

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO OESTE – CEO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE – MPEAPS**

FRANCIOLE MARIA BRIDI MALLMANN

**IMPLEMENTAÇÃO DO FLUXOGRAMA DE MANEJO DA DOENÇA DIARREICA
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

CHAPECÓ

2023

**Ficha catalográfica elaborada pelo programa de geração automática da
Biblioteca Setorial do CEO/UDESC,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

Mallmann, Franciole Maria Bridi
IMPLEMENTAÇÃO DO FLUXOGRAMA DE
MANEJO DA DOENÇA DIARREICA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE /
Franciole Maria Bridi Mallmann. -- 2023.
67 p.

Orientador: Arnildo Korb
Coorientadora: Sandra Mara
Marin

Dissertação (mestrado) -- Universidade do
Estado de Santa Catarina, Centro de Educação
Superior do Oeste, Programa de
Pós-Graduação Profissional em Enfermagem na
Atenção Primária à Saúde, Chapecó, 2023.

1. Enfermagem. 2. Diarreia. 3. Fluxograma. 4.
Atenção Primária à Saúde. 5. Tecnologias Cuidativo-
Educativas . I. Korb, Arnildo .

FRANCIOLE MARIA BRIDI MALLMANN

**IMPLEMENTAÇÃO DO FLUXOGRAMA DE MANEJO DA DOENÇA DIARREICA
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional na Atenção Primária à Saúde – Centro de Educação Superior do Oeste, da Universidade do Estado de Santa Catarina.
Orientador: Prof. Dr. Arnildo Korb
Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sandra Mara Marin

CHAPECÓ

2023

FRANCIOLE MARIA BRIDI MALLMANN

**IMPLEMENTAÇÃO DO FLUXOGRAMA DE MANEJO DA DOENÇA DIARREICA
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional na Atenção Primária à Saúde – Centro de Educação Superior do Oeste, da Universidade do Estado de Santa Catarina.
Orientador: Prof. Dr. Arnildo Korb
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Sandra Mara Marin

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Arnildo Korb – UDESC Oeste – Presidente

Prof^a Dr^a Sandra Mara Marin – Co-orientadora – Membro titular interno

Prof^a Dr^a Lucimare Ferraz – Membro titular interno

Prof^a Dr^a Lucieli Dias Pedreschi Chaves – USP – Ribeirão Preto – Membro externo

Prof^a Dr^a Leila Zanatta – Membro titular interno – Suplente

CHAPECÓ

2023

AGRADECIMENTOS

A Deus e aos anjos de luz, por terem permitido que eu tivesse saúde e determinação para ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo da realização deste trabalho.

Aos meus pais Lauro Mallmann “*in memoriam*” e Elaine Maria Bridi Mallmann, minha irmã e meu filho, pelo apoio e incentivo em todos os momentos e por compreenderem a minha ausência enquanto eu me dedicava aos estudos.

Ao professor Dr. Arnildo Korb, pela oportunidade e confiança que me foi depositada, por ter sido meu orientador e desempenhado tal função com dedicação e, acima de tudo, pela amizade e compreensão demonstradas durante o percurso que foi árduo, porém de grande crescimento pessoal e profissional.

À professora Dr^a. Sandra Mara Marin, pelo suporte e solicitude sempre que requisitada.

Aos docentes da banca examinadora, pelas orientações no processo do trabalho.

À instituição Universidade do Estado de Santa Catarina, docentes e demais colaboradores, que foram essenciais no meu processo de formação, pela dedicação e atenção concedidas.

Às pessoas com quem convivi ao longo desses anos de curso, que me incentivaram e que certamente tiveram impacto na minha formação acadêmica.

Aos colegas de turma, por compartilharem comigo tantos momentos de descobertas e aprendizado e por todo o companheirismo ao longo do percurso.

Ao município, instituição e profissionais onde foi aplicada a metodologia definida pelo projeto, por viabilizarem a pesquisa.

À Secretaria de Saúde do município de Palmitos e seus gestores, que possibilitaram minha participação nas aulas, conseqüentemente meu aprimoramento profissional.

APRESENTAÇÃO DA MESTRANDA

A escolha da graduação em Enfermagem se deu pelo fato de eu gostar de trabalhar com pessoas. O meu ingresso na Universidade do Contestado, em 1999, ocorreu por meio de concurso de habilitação (vestibular). Durante a graduação, cujo enfoque era voltado para a Saúde Pública, fiz diversos cursos e estágios, entre os quais destaco os estágios em saúde pública realizados nas unidades básicas de saúde no município de Concórdia, Santa Catarina. Atuante em Educação Continuada participei de projetos de pesquisas, sempre visando à assistência em enfermagem e na educação. A área escolhida para o desenvolvimento do meu Trabalho de Conclusão de Curso foi Saúde da Mulher, com enfoque na coletividade e a monografia desenvolvida se intitulou “Benefício que as mulheres na menopausa obtiveram com o uso da terapia hormonal – TRH”.

Após ingressar na Universidade do Contestado e observar que, além da parte assistencial, existe um grande campo a ser explorado na área de promoção da saúde, me interessei ainda mais pelo assunto, vindo a frequentar em seguida dois cursos de pós-graduação na modalidade *Lato sensu*, a saber: “Saúde Pública – Área de Concentração em Programa de Saúde da Família” (UnC) e “Educação Profissional na Área de Saúde – Enfermagem” (ENSP).

Iniciei minha vida profissional no município de Palmitos, Santa Catarina, localizado na microrregião de Chapecó e na mesorregião do Oeste Catarinense, estando a uma altitude de 406 metros. Sua população é de 16.050 habitantes, segundo o último censo do IBGE 2010, onde ingressei por meio de concurso público e onde atuo desde 2003. Na atenção básica, fui enfermeira de Estratégia de Saúde da Família - ESF, Coordenadora da Estratégia de Saúde da Família e Gestão em Saúde e Coordenadora da Vigilância Epidemiológica e Imunização, enfermeira do CAPS I e implantei o Ambulatório de IST/HIV/HV no município, sempre fazendo parte da equipe de saúde coletiva, que são determinantes sociais. Hoje estou alocada na estratégia de saúde da família – ESF e coordeno o curso Técnico em Enfermagem – FAOSC Palmitos.

Escolhi atuar na área de atenção primária, pois tenho convicção de que a partir da promoção e prevenção da saúde, podemos reduzir riscos e prevenir comorbidades. Assim sendo, diminuimos os gastos públicos e aumentamos a qualidade de vida do indivíduo.

Minhas vivências fizeram com que eu precisasse de aperfeiçoamentos constantes. Assim, além dos cursos e capacitações dos quais participei, desenvolvi interesse em fazer

parte do corpo docente da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC, onde estive por quatro anos como professora colaboradora de diversas disciplinas, incluindo, prioritariamente, a disciplina de Saúde Comunitária.

Na docência e posteriormente, participei de projetos, pesquisas e bancas de trabalhos de conclusão de curso, atuando em bancas de conclusão de curso da Universidade Comunitária Regional de Chapecó – UNOCHAPECÓ e da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.

Ingressar no Mestrado Profissional na Atenção Primária à Saúde em Enfermagem da UDESC me permite o acesso ao conhecimento necessário para que, através da prática, aliada ao conhecimento científico e agregando a *expertise* dos profissionais de saúde, eu possa trabalhar a assistência de forma integral ao ser humano. Tal convergência tem potencial de trazer grandes contribuições para a prática da enfermagem, tornando-a mais eficiente e eficaz, bem como, melhorando a qualidade de vida do indivíduo e comunidade.

Mediante a aprovação no processo seletivo do mestrado profissional, e após discutir com o orientador, colegas profissionais de saúde e egressos do mestrado, mostrou-se relevante a implantação, por meio de tecnologias cuidativo-educacionais, do fluxograma de manejo do paciente com doença diarreica na atenção primária à saúde, sendo a região Oeste de Santa Catarina escolhida, por se tratar da região onde a discente e egressa desenvolvem suas atividades na área da enfermagem e se trata de um trabalho inovador.

RESUMO

IMPLEMENTAÇÃO DO FLUXOGRAMA DE MANEJO DA DOENÇA DIARREICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Introdução: O trabalho em tela vem sendo desenvolvido em etapas, que estão se demonstrando de grande eficiência. A primeira etapa, realizada previamente, consistiu na adaptação do Fluxograma de Manejo de Doença Diarreica do Ministério de Saúde para uma determinada realidade local, utilizando-se de dados epidemiológicos coletados e analisados em seis municípios do Oeste de Santa Catarina, escolhidos pelo elevado índice de notificações de casos de doença diarreica. Concluída tal etapa, prosseguiu-se com a implementação do fluxograma adaptado para tal realidade com a técnica do *World Café*. **Objetivo:** Implementar o Fluxograma de Manejo da Doença Diarreica na atenção primária à saúde. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa com caráter exploratório e descritivo. O trabalho foi desenvolvido na Atenção Primária à Saúde em um município da região Oeste de Santa Catarina, contemplando dois médicos, dois enfermeiros e três técnicos em enfermagem. O fluxograma foi implementado utilizando a estratégia metodológica do *World Café*, seguindo todos os princípios da metodologia. O registro do processo e dos resultados se deu por meio de fotos, gravações e apreciação dos envolvidos. Os encontros foram adaptados para a realidade local na unidade básica de saúde, num total de três, duração de duas horas cada, nos meses de Agosto e Outubro/2022. **Resultado:** O método qualitativo e a estratégia metodológica do *Word Café* atenderam as expectativas para a implementação do fluxograma, bem como escolha do município alvo quanto a estrutura e cobertura da Estratégia da Saúde as Família e o número populacional atendido. **Discussão:** Os impactos iniciais sugerem que a capacitação e utilização de instrumentos como o fluxograma aliada à práxis dos profissionais podem ser ferramentas efetivas de trabalho em termos de praticidade, para melhores estratégias de saúde, diminui custos, tempo de recuperação e qualidade de vida dos pacientes. **Considerações finais:** Quanto aos resultados da implantação do fluxograma, estes poderão ser avaliados em curto espaço de tempo e quanto a metodologia e a estratégia metodológica do *Word Café*, a recomendamos para replicação em outros espaços similares às critérios metodológicos utilizados neste estudo. Propõe-se a avaliação da tecnologia, objetivando a adesão ao instrumento e a potencialização da práxis dos profissionais de saúde e sua implicação na saúde da comunidade.

Palavras-chave: Enfermagem. Diarreia. Fluxograma. Atenção primária à saúde. Tecnologias cuidadoso-educacionais.

ABSTRACT

IMPLEMENTATION OF THE DIARRHEAL DISEASE MANAGEMENT FLOWCHART IN PRIMARY HEALTH CARE

Introduction: The work on canvas has been developed in stages, which are proving to be very efficient. The first stage, carried out previously, consisted of adapting the Diarrheic Disease Management Flowchart of the Ministry of Health to a specific local reality, using epidemiological data collected and analyzed in six municipalities in the west of Santa Catarina, chosen due to the high rate of case reports of diarrheal disease. Once this step was completed, the implementation of the flowchart adapted for this reality with the World Café technique continued. **Objective:** To implement the Diarrheal Disease Management Flowchart in primary health care. **Methodology:** Qualitative research with exploratory and descriptive character. The work was developed in Primary Health Care in a municipality in the western region of Santa Catarina, including two doctors, two nurses and three nursing technicians. The flowchart was implemented using the World Café methodological strategy, following all the principles of the methodology. The process and results were recorded through photos, recordings and appreciation of those involved. The meetings were adapted to the local reality at the basic health unit, in a total of three, lasting two hours each, in the months of August and October/2022. **Result:** The qualitative method and the methodological strategy of Word Café met the expectations for the implementation of the flowchart, as well as the choice of the target municipality regarding the structure and coverage of the Family Health Strategy and the number of population served. **Discussion:** The initial impacts suggest that the training and use of instruments such as the flowchart combined with the professionals' practice can be effective work tools in terms of practicality, for better health strategies, reduce costs, recovery time and quality of life for patients. **Final considerations:** Regarding the results of implementing the flowchart, these can be evaluated in a short period of time and regarding the methodology and methodological strategy of Word Café, we recommend it for replication in other spaces similar to the methodological criteria used in this study. It proposes the evaluation of the technology, aiming at adherence to the instrument and the potentialization of the praxis of health professionals and their implication in the health of the community. **Keywords:** Nursing. Diarrhea. Flowchart. Primary health care. Care-educational technologies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE	Auxiliar de Enfermagem
APS	Atenção Primária à Saúde
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DA	Diarreia Aguda
DDA	Doença Diarreica Aguda
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GEA	Gastroenterite Aguda
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MDDA	Monitoração das Doenças Diarreicas Agudas
MS	Ministério da Saúde
NOV	Norovírus
OMS	Organização Mundial da Saúde
SC	Santa Catarina
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINAN NET	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SRO	Solução de Reidratação Oral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCE	Tecnologia Cuidativo Educacional
TE	Técnico em Enfermagem
TRH	Terapia de Reposição Hormonal
TRV	Terapia de Reidratação Venosa
UDESC	Universidade do Estado de Santa Catarina
UnC	Universidade do Contestado
WGO	<i>World Gastroenterology Organisation</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – “Princípios”	25
-------------------------------	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS.....	14
2.1	OBJETIVO GERAL.....	14
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
3.1	DOENÇA DIARREICA AGUDA.....	15
3.2	MANEJO DA DOENÇA DIARREICA AGUDA.....	17
3.3	TECNOLOGIAS CUIDATIVO-EDUCACIONAIS.....	19
3.4	FLUXOGRAMA.....	24
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	27
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	27
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	27
4.3	ASPECTOS ÉTICOS.....	28
4.4	PARTICIPANTES.....	28
4.5	TECNOLOGIA IMPLEMENTADA.....	29
4.6	IMPLEMENTAÇÃO DO FLUXOGRAMA COM A TÉCNICA <i>WORLD CAFÉ</i>	29
4.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	31
5	RESULTADO.....	32
6	DISCUSSÃO.....	38
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
	REFERÊNCIAS.....	41
	ANEXOS.....	50
	APÊNDICES.....	60

1 INTRODUÇÃO

A diarreia aguda é uma doença caracterizada pela perda de água e eletrólitos, que resulta no aumento do volume e da frequência das evacuações e na diminuição da consistência das fezes, podendo apresentar ainda muco e sangue (disenteria). A maioria dos episódios de diarreia aguda é provocada por um agente infeccioso e dura menos de duas semanas (BRASIL, 2007). A enfermidade deve ser tratada de forma atenta e imediata, uma vez que o manejo adequado, em regra, resulta em melhora do quadro clínico sem gastos desnecessários ou danos maiores ao paciente.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), (WGO, 2012), a cada ano são registrados cerca de dois bilhões de casos de diarreias no mundo. Este dado relevante despertou nosso interesse em implementar o Fluxograma de Manejo do Paciente com Doença Diarreica em Municípios do Oeste de Santa Catarina, desenvolvido pela mestra egressa Carlise Krein, do Programa de pós-graduação em mestrado profissional da Enfermagem, e que pode auxiliar os profissionais de saúde no manejo das doenças diarreicas.

Em Santa Catarina no ano de 2012, o território do Estado foi subdividido em 16 regiões de saúde (SANTA CATARINA, 2012), que foram demarcadas para potencializar o planejamento de ações em saúde, e organizar redes de atenção temáticas, entre municípios limítrofes e com características semelhantes. A região de saúde Oeste é formada por 25 municípios, que em sua maioria são de pequeno porte populacional, e que totalizam aproximadamente 300 mil habitantes. Conforme (KREIN; KORB; ZANATTA, 2019), entre os anos de 2014 e 2018, a região Oeste apresentou a maior morbidade hospitalar em decorrência de diarreias, em comparação às demais regiões de saúde do Estado. Os impactos são visíveis nos custos sociais da doença e os gastos financeiros do sistema público de saúde. (BRASIL, 2021).

O fluxograma citado foi adaptado do ministério da saúde (BRASIL, 2015) para a realidade local, sendo que os profissionais de saúde participaram do processo.

A implementação do fluxograma de manejo do paciente com doença diarreica, estabelecidos nos locais de trabalho contribuiu para a qualificação da equipe de profissionais da atenção primária à saúde e para a prossecução da tecnologia produzida.

Fluxograma é uma tecnologia que organiza as atividades dos profissionais de saúde, uma vez que facilita o seu desenvolvimento de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (KREIN, 2020). Segundo (TEIXEIRA, 2020), a tecnologia, aliada ao cuidado e à educação, possibilita um cuidar que vai além de assistir, que é ser/estar e fazer

imbuído de aspectos objetivos e subjetivos e que agrega o ser do profissional ao ser do paciente, da família e da comunidade.

Segundo (MEHRY, 1997) as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como tecnologias duras, leve-duras ou leves. A primeira se refere ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais. A leve-dura diz respeito aos saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, tais como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e o fayolismo. Finalmente, a leve se refere às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão como uma forma de governar processos de trabalho. O Fluxograma de Manejo da Doença Diarreica Aguda pode ser enquadrado como uma tecnologia leve-dura.

A proposta do trabalho consistiu na implementação do fluxograma supracitado por meio da capacitação de profissionais, utilizando a técnica *World Café*, no município de Cunhataí situado na região Oeste de Santa Catarina.

Além da mitigação desses fatores, o manejo adequado da diarreia possui impacto positivo na diminuição da morbidade hospitalar pela doença (BRAND; *et al.*, 2015). Nos serviços de saúde, a avaliação das condições dos pacientes precisa ocorrer de maneira criteriosa, com anamnese e exame físico completo. Atualmente, o manejo da doença no Brasil segue orientações dispostas no documento intitulado “Manejo do Paciente com Diarreia”, distribuído pelo Ministério da Saúde desde o ano de 2015. Posteriormente e, de acordo com o grau de desidratação identificado, o quadro de diarreia é classificado, o que irá nortear o tratamento adotado (BRASIL, 2015).

Destacando a necessidade de processos educativos constantes voltados a profissionais, o termo Educação Permanente foi cunhado na década de 1950 na França e difundido internacionalmente pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) a partir da década de 1960 (SCHULTZ, 1985; LEMOS, 2016). Neste contexto, a educação permanente vem sendo construída como uma prática formativa contínua que propõe a reflexão sobre o trabalho e a aprendizagem no ambiente laboral, norteadas por processos de aprendizagem coletivos, colaborativos e significativos, com compartilhamento de saberes, diálogos horizontais e participação social (BRASIL, 2018; GONÇALVES *et al.*, 2019; SOUZA; COSTA, 2019).

O fluxograma é uma ferramenta de extrema importância para qualificar e o atendimento prestado ao indivíduo, reduzir danos à saúde e custos financeiros, uma vez que é de fácil manuseio na prática profissional.

A técnica do *World Café* contribui para a implementação do fluxograma, de forma dinâmica, objetiva e efetiva.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Implementar o Fluxograma de Manejo da Doença Diarreica na atenção primária à saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O texto, na sequência, busca apresentar subsídios teóricos que fundamentam e justificam o processo de implementação do respectivo fluxograma. Para melhor estruturar o processo de leitura, o texto está organizado em tópicos, a citar: doença diarreica aguda, manejo da doença diarreica aguda, tecnologias cuidativo-educacionais e fluxograma para a tomada de decisão, respectivamente.

3.1 DOENÇA DIARREICA AGUDA

As doenças diarreicas agudas (DDA) têm uma distribuição singular e, em muitos aspectos, surpreendentes, persistindo como uma prioridade em políticas e programas de saúde, inclusive em países desenvolvidos (SINMEGN *et al.*, 2014). A mortalidade em função da DDA tornou-se gradualmente menor nas duas últimas décadas. No ano de 1991, foram registrados 3,5 milhões de óbitos no mundo; já no ano de 2010 foram observadas 1,5 milhões de mortes pela mesma doença (LEE *et al.*, 2020).

No que se diz respeito ao cenário nacional, no ano de 2015, o quadro clínico de DDA foi responsável por aproximadamente 4% dos óbitos em todo o território ocupando o quarto lugar entre as principais causas de mortalidade infantil, ainda que no ano de 1980 ocupasse a segunda posição, fato este que evidencia uma melhora da taxa de mortalidade por GEA (LEUNG; HON, 2021).

Segundo relatório publicado pelo Ministério da Saúde, as diarreias agudas (também nominadas como gastroenterite, enterite aguda ou enteroinfecção) são consideradas doenças infecciosas gastrointestinais caracterizadas pela ocorrência de no mínimo, três episódios em até 24 horas, de evacuação com fezes de consistência líquida, aumento de evacuações e duração de até 14 dias. Esse quadro pode ser acompanhado de outros sintomas, tais como: dor abdominal, cefaleia, febre, náusea, dores de cabeça, dores abdominais, cólicas e sangramento nas fezes (BRASIL, 2017; SHANE *et al.*, 2017).

A DDA é evitável e tratável, tendo em vista que uma proporção significativa das doenças diarreicas são transmitidas pela água. No Brasil, essa doença mantém relação direta com as precárias condições de vida e saúde dos indivíduos, em consequência da falta de saneamento básico, da ocorrência de desastres naturais (estiagem, seca e inundação), do destino inadequado dos dejetos, da alta densidade populacional, das carências habitacionais,

da higiene inadequada e da deficiência do sistema de abastecimento de água tratada, fatores que favorecem a instalação e rápida disseminação das doenças diarreicas (BRASIL, 2017).

No Brasil encontra-se implantado, desde 1994, o Programa de Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA), um sistema de vigilância de avaliação contínua que consiste na coleta de dados referentes aos casos de diarreia cujos acometidos buscam atendimento nas unidades de saúde. O programa tem por objetivo detectar alterações no comportamento das diarreias em cada área (QUEIROZ; HELLER; SILVA, 2009). Desde 2006, os casos atendidos nas unidades de saúde sentinelas (US) são registrados no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica das Doenças Diarreicas Agudas (BRASIL, 2017).

Os casos individuais de DDA são de notificação compulsória em unidades sentinelas. O principal objetivo da Vigilância Epidemiológica das doenças diarreicas agudas é monitorar o perfil epidemiológico dos casos, visando detectar precocemente surtos, especialmente aqueles relacionados: ao acometimento entre menores de cinco anos; a agentes etiológicos virulentos e epidêmicos, como é o caso da cólera; e a situações de vulnerabilidade social; seca, inundações e desastres ambientais. Já em surtos, a notificação de DDA/DTA é compulsória e imediata. É feita no Sinan NET por meio da ficha de notificação/investigação de Síndrome Diarreica Aguda (BRASIL, 2017).

De acordo com Pereira e Cabral (2008), a diarreia aguda atinge pessoas de qualquer faixa etária, mas é na infância que esta afecção causa maior mortalidade. É considerada uma causa importante de morbidade e de mortalidade infantil e, atualmente, representa mundialmente a segunda causa de internação hospitalar infantil e morte em crianças menores de cinco anos, precedida apenas pelas infecções respiratórias, consideradas a principal causa de mortalidade infantil (BRASIL, 2021; SANTOS *et al.*, 2015). Contudo, conforme supracitado, no Brasil houve notável diminuição da letalidade pela doença nos últimos anos (KUIVANA *et al.*, 2019).

Na infância, a ocorrência da diarreia é determinada pela suscetibilidade do organismo infantil e pelo grau de exposição aos enteropatógenos, essencialmente dependentes, pelo acesso à água tratada e ao saneamento ambiental e pelo estado nutricional da criança, constituindo de especial importância a prática do aleitamento materno (MENEGUESSI *et al.*, 2015). Na maioria das crianças, a DDA tipicamente dura menos de sete dias e não mais de 14 (SHANE *et al.*, 2017). Nos textos médicos, com frequência, o termo disenteria aparece como sinonímia de DA com sangue (fezes sanguinolentas) (ONYON; DAWSON, 2018). Outros autores caracterizam a disenteria como presença de fezes com sangue e/ou muco, associada a febre e cólicas abdominais (TICKELL *et al.*, 2017).

De acordo com a OMS (2005), a doença diarreica pode ser classificada em três categorias: diarreia aguda aquosa, diarreia aguda com sangue (disenteria) e diarreia persistente. A maioria dos casos de DDA é de leve ou moderada gravidade e não é atendida nos serviços de saúde, daí a importância das campanhas de orientação de manejo domiciliar da doença diarreica para prevenir a desidratação. Nos hospitais chegam os casos com sintomas mais exuberantes e pacientes desidratados ou em risco de desidratação, além de quadros secundários de vômitos intensos ou diarreia de alto débito (OMS, 2005; GUARINO *et al.*, 2014).

A investigação da etiologia da diarreia aguda não é obrigatória em todos os casos, devendo ser realizada nos casos graves e nos pacientes hospitalizados (SBP, 2017). O diagnóstico para identificação das principais causas etiológicas é realizado por pesquisas de micro-organismos nas fezes, primordiais para que se estabeleçam condições terapêuticas. Vale ressaltar que a coleta deve ser realizada com 2 ou 3 amostras por paciente, antes mesmo da administração de qualquer medicamento indicado por profissional da saúde (BRASIL, 2021). Pode ser causada por vários agentes etiológicos como vírus (norovírus, rotavírus, entre outros), bactérias (*Salmonelas spp* não tifóides, *Escherichia coli*, entre outras) e parasitas (*Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, etc) (BRASIL, 2021), sendo o norovírus (NoV) o principal responsável por surtos de gastroenterite aguda de origem não bacteriana em todo o mundo (ROCHA, 2012).

Quando não infecciosa, a DDA é representada por diarreias causadas por medicamentos, como antibióticos, laxantes e quimioterápicos utilizados para o tratamento de câncer, pela ingestão de grandes quantidades de adoçantes, gorduras não absorvidas e até pelo uso de bebidas alcoólicas. Além disso, algumas doenças não infecciosas também podem desencadear diarreia, como é o caso da doença de Crohn, das colites ulcerosas, da doença celíaca, da síndrome do intestino irritável e das intolerâncias alimentares como à lactose e ao glúten (PEREIRA *et al.*, 2018).

3.2 MANEJO DA DOENÇA DIARREICA AGUDA

O manejo adequado das diarreias é a principal estratégia para reduzir a mortalidade por DDA e se compõe de prevenção e tratamento da desidratação. O manual do Ministério da Saúde preconiza que o paciente portador de DDA seja devidamente avaliado e considerando seu grau de desidratação, o tratamento é definido em Plano A (sem sinais de desidratação/tratamento domiciliar), Plano B (com sinais de desidratação/reidratação na

unidade e retorno em 24h/48h para avaliação) e Plano C (desidratação grave/reidratação venosa e oral na unidade) (BRASIL, 2010).

De acordo com POONAI *et al.*, (2021), o plano A é aplicado para pacientes que não possuem sinais clássicos de desidratação. Por este motivo, nestes casos, o paciente recebe alta da unidade de saúde e realiza a reposição volêmica por via oral em domicílio, além de orientações sobre sinais de alarme e piora do caso com manifestações clínicas como rebaixamento do nível de consciência, prostração ou choro seco. Após, é prescrita a reposição de líquidos com sais de reidratação oral em domicílio.

No plano B, o paciente apresenta sinais clínicos de desidratação, porém os sinais são mais brandos em relação a um quadro mais grave. O paciente já apresenta uma certa irritabilidade, tem sede e bebe rapidamente tudo que é oferecido (IRO *et al.*, 2018). Em paciente com essas manifestações, a reidratação ainda pode ser realizada por via oral, porém, se apresentar náuseas, vômitos ou sintomas que não sejam compatíveis com a ingesta por esta via, deve receber soroterapia venosa. Após reavaliação, e se possuir condições clínicas para tal, é dada alta hospitalar com complementação de reposição volêmica a nível domiciliar (POSOVSZKY *et al.*, 2020).

Segundo Florez *et al.* (2020), o plano C é realizado totalmente em ambiente hospitalar, uma vez que o paciente apresenta sinais importantes de desidratação com repercussões clínicas que justificam a permanência hospitalar, tais como rebaixamento do nível de consciência, depressão da fontanela e tempo de enchimento capilar aumentado. Os primeiros cuidados na unidade de saúde são importantíssimos e já devem ser efetuados à medida que o paciente seja encaminhado ao serviço hospitalar de saúde (BRANDT *et al.*, 2015).

A desidratação é a principal complicação da diarreia aguda e a avaliação do estado de hidratação deve ser uma das primeiras atitudes a serem tomadas na abordagem da criança com diarreia. A perda aguda de peso ocorrida durante o episódio diarreico é considerada o melhor parâmetro para avaliar a desidratação (GUARINO *et al.*, 2014). Os princípios fundamentais para o tratamento da diarreia aguda são a terapia de reidratação e a manutenção de alimentação que atenda às necessidades nutricionais do paciente (SBP, 2017).

Segundo Aguiar (2016), existe uma expectativa por parte do Ministério da Saúde de que a maioria dos casos de diarreia sejam tratados por meio dos planos A e B, pois, além de serem menos onerosos ao sistema de saúde, indicariam menor gravidade das DDAs. De acordo com a OMS (2005), o manejo de 90% das diarreias pode ser efetuado com Solução de Reposição Oral – SRO, cujo tratamento apresenta custo menor, mesma eficácia, e é menos invasivo que a Terapia de Reposição Venosa – TRV.

Do ponto de vista fisiopatológico, são dois os mecanismos básicos envolvidos: osmótico e secretor (WHYTE; JENKINS, 2012). De acordo com Poonai *et al.* (2021), o mecanismo fisiopatológico da diarreia é atribuído a um processo inflamatório que promove a liberação de água e sais minerais para a luz intestinal, o que promove uma diarreia osmótica de grande volume, podendo levar o paciente a um quadro de desidratação.

Já o mecanismo conhecido como secretor ocorre pela liberação de mediadores químicos, como exotoxinas produzidas por agentes bacterianos (como a *Vibrio cholerae* e *Escherichia coli*) ou de mediadores de inflamação, como na diarreia associada a cepas de *shigella*. Do ponto de vista das perdas fecais, na diarreia secretora ocorre perda de sódio, que é mais elevada na secretória e pode ser maior do que 70 mEq de sódio por litro de fezes. O paciente pode apresentar um quadro de hiponatremia em decorrência do alto volume de líquido perdido, principalmente nas diarreias causadas por mecanismo secretor (WHYTE; JENKINS, 2004; POSOVSKY *et al.*, 2020).

De acordo com Tavares (2017) o manejo adequado depende exclusivamente da avaliação do profissional de saúde, visto que não há nenhum sinal clínico, sintoma ou exame desenvolvido que, isoladamente, apresenta sensibilidade para diagnóstico do grau de desidratação. Durante a avaliação clínica, o enfermeiro deve atentar a quadros clínicos de desidratação, condição geral da criança e sinal de prega com lentificação, além de observar se esta se apresenta irritada ou inquieta, letárgica ou inconsciente, com vômitos, presença de melena, olhos fundos, ausência de lágrimas durante o choro, dificuldade ou incapacidade de ingerir líquidos e fontanela deprimida (ARAÚJO *et al.*, 2010; BRASIL, 2017).

As diarreias não variam de forma significativa em relação ao agente causador. Por esta razão, geralmente não é solicitado exame parasitológico de fezes, que tem como propósito detectar a presença de bactérias, parasitas ou vírus. Em alguns casos, as crianças não receberam aleitamento ou foram desmamadas precocemente e o quadro diarreico assemelha-se ao do episódio agudo. Porém, nestas circunstâncias, está associado à síndrome de má absorção, a qual, se não controlada com reidratação oral, pode levar à desnutrição e ao retardo do desenvolvimento (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

3.3 TECNOLOGIAS CUIDATIVO-EDUCACIONAIS

De acordo com Salbego (2016), uma tecnologia pode ser compreendida de diferentes modos, incluindo ferramentas, instrumentos, aparatos tecnológicos, dentre outros. Sobretudo, é necessário revelar e clarificar o(s) propósito(s) e o(s) modo(s) como e para qual finalidade o

profissional a utiliza. O principal atributo envolve a práxis que exige o despertar de níveis de consciência prática e/ou da práxis do enfermeiro durante o exercício de um processo prático (trabalho humano).

O desenvolvimento do conceito de Tecnologia Cuidativo-Educacional introduz, nos cenários da prática e da pesquisa em Enfermagem e saúde, um novo modo de conceber produtos e processos tecnológicos (SALBEGO *et al.*, 2018). A educação é uma das ferramentas mais efetivas para a assertividade das estratégias de saúde. Promover educação nos participantes dos sistemas de saúde resulta em mudanças de rotina, disciplina nos retornos, aproveitamento de tarefas e melhor adesão aos tratamentos (RAGUZE; SILVA, 2016).

No processo de cuidar em Enfermagem, a tomada de decisões do Enfermeiro pode elucidar manifestações importantes da sua subjetividade, pois suas escolhas determinam o comportamento e atitudes, o estabelecimento de relações de cuidado e de interações com a equipe de saúde (BUSANELLO *et al.*, 2013). Mesquita (2016) afirma que o enfermeiro, por sua proximidade com as pessoas que sofrem, requer em seu processo de cuidar a capacidade técnica-pessoal para pensar e agir consciente diante das tomadas de decisões que se deparam no âmbito de sua cotidianidade.

A organização de protocolos institucionais em conformidade com as diretrizes estabelecidas promove aumento na qualidade da assistência clínica à doença diarreica (WIEDENMAYER *et al.*, 2021). Nesta dinâmica, frequentemente, os fluxogramas são utilizados, pois possibilitam uma visão clara sobre o curso dos fluxos no momento da produção da assistência à saúde e contribuem de forma positiva com o processo administrativo-organizacional (NASCIMENTO, 2013).

TEIXEIRA, 2020 destaca que, as tecnologias cuidativo-educacionais tem sido amplamente difundido no meio corporativo, governamental, de empreendedorismo e de inovação no intuito de proporcionar diálogo entre os atores envolvidos em ações de co-criação, planejamento, avaliação, mudança de processos e inovação.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem no capítulo referente a educação, aponta que os profissionais têm o direito de inovar e atualizar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais. Portanto, são corresponsáveis por manter-se atualizado, ampliando o conhecimento em prol da clientela, da coletividade e do desenvolvimento profissional (COFEN, 2007). No Brasil, os processos de Educação Permanente foram instituídos pela Portaria GM/MS nº 198/2004, sendo alterada pela Portaria GM/MS nº 1996/2007, e atualmente, em vigência pela Portaria de consolidação no2/2017. Em sua proposta, a PNEPS

fornece a base normativa adequada para a organização dos processos de gestão da educação permanente, nas diferentes esferas de gestão pautadas na realidade dos serviços que promovam transformações nos processos de trabalho e reflexões acerca da prática profissional (BRASIL, 2009; BRASIL, 2017).

Cabe destacar, que o enfermeiro é responsável por processos de educação permanente da equipe de enfermagem, mediante supervisão direta das atividades e realização de cursos e oficinas de capacitação e atualização, difundindo conhecimentos relevantes para a prática assistencial e conseqüente melhoria da realidade de saúde (VERÍSSIMO *et al.*, 2003). O enfermeiro, em sua prática, está em constante processo educativo, e para torna-lo consciente desse fato, é necessário haver no desenvolvimento de suas ações a reflexão crítica, a curiosidade, a criatividade e a investigação. A aquisição disso é possível por meio da educação permanente do indivíduo (PASCHOAL, 2004; PASCHOAL *et al.*, 2006).

Parte dos profissionais da saúde ainda possuem visão incipiente da Educação permanente em saúde (EPS), reproduzindo-a como atividades pontuais de transmissão do conhecimento com temas pré-definidos baseados exclusivamente nas necessidades de gestão (ROSSETI *et al.*, 2019). A falta de entendimento sobre o tema e dificuldades na utilização e manejo dos recursos destinados à EPS têm implicações para sua apropriação com limitações de ações resolutivas que poderiam fortalecer as práticas do cuidado e o fluxo de atendimento na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (MICAS; BATISTA, 2014; FRANÇA *et al.*, 2017; ROSSETI *et al.*, 2019)).

De acordo com o estudo de Dornelles *et al.* (2020), alguns autores salientam que apesar da PNEPS ter sido instituída há mais de 15 anos, além da dificuldade para a compreensão do significado da EPS, há confusão ou desconhecimento da sua definição por profissionais da saúde e gestores, visto que muitas vezes não conseguem distingui-la da educação continuada e/ou educação em saúde. É notório que por diversas vezes os termos são utilizados como sinônimos nos processos educativos em serviço. Embora algumas ações possuam a finalidade de educação permanente, é visto que na prática se conformaram como educação continuada ou como educação em saúde, persistindo confusão em relação aos termos, o que dificulta a organização e concretização de ações efetivas voltadas à EPS (CAMPOS *et al.*, 2017; RAMOS *et al.*, 2018).

Mais do que atualização, ela é um compromisso pessoal a ser aprendido e conquistado com as mudanças de atitudes que emergem das experiências vividas, mediante a relação com os outros, com o meio, com o trabalho, na busca da transformação pessoal, profissional e social (PASCHOAL, 2004; PASCHOAL *et al.*, 2006). Os processos de qualificação dos

trabalhadores de saúde devem ter como referência as necessidades da população, da gestão e do controle social (CARVALHO *et al.*, 2011). É importante que tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho sendo estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2009; FALKENBERG *et al.*, 2014).

A EPS é responsável pela transformação dos conhecimentos coletivos das pessoas envolvidas no processo de trabalho dentro da área da saúde, criando uma dinâmica no processo de fazer-se e refazer-se (SILVA *et al.*, 2010). A educação na enfermagem tem a responsabilidade de capacitar a equipe em relação ao aperfeiçoamento das técnicas e das novas tecnologias (PUGGINA *et al.*, 2015). Além da sua evidente dimensão pedagógica, ela também deve ser encarada como uma importante estratégia de gestão, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho” (BRASIL, 2017; MOREIRA *et al.*, 2017).

Essa reflexão reforça a premissa de que a EPS se firma na construção de relações e processos que partem do interior das equipes de saúde em consonância às práticas organizacionais. Ao repensarem e refletirem sobre suas práticas no cotidiano laboral, é possível que as equipes de saúde identifiquem as principais necessidades da população atendida e os nós críticos em relação ao acesso (LOPES *et al.*, 2015; MOREIRA *et al.*, 2017).

A EPS traz vários benefícios, permitindo em curto prazo proporcionar condições de melhorias do desempenho técnico dos enfermeiros, prevenindo falhas e valorizando a ciência como fonte de conhecimento. O médio e longo prazo, pode favorecer a reflexão crítica do trabalho, articulando o arcabouço teórico com a prática profissional (CAMPOS *et al.*, 2010). A estruturação do conhecimento deve ser orientada a partir da realidade do próprio ambiente de trabalho por meio da adoção de metodologias reflexivas e problematizadoras que proporcionem real transformação da prática (RIBEIRO *et al.*, 2016).

A EPS está pautada em diferentes perspectivas metodológicas, de modo a incorporar o aprender e o ensinar ao cotidiano do trabalho. Como os problemas de saúde precisam ser analisados e contextualizados mediante a prática social, os processos de EPS precisam ser incentivados pelas esferas estaduais e municipais (RIBEIRO *et al.*, 2016; BRASIL, 2017; BEZERRA; MEDEIROS, 2018). Schweickardt *et al.* (2015) afirma que as práticas de EPS devem estar embasadas no uso de metodologias ativas para construção do conhecimento, e não no repasse de informações, em que o educando não é aquele que escuta e decora, mas aquele que constrói para si o saber que foi emitido nos debates.

A utilização das tecnologias para o processo da EPS vai ao encontro dos profissionais como uma forma de aprendizagem e ampliação dos saberes, visto que permite o compartilhamento de informações em tempos e lugares distintos (SILVA *et al.*, 2015). A utilização correta das tecnologias, associada ao conhecimento previamente adquirido dos profissionais poderá auxiliar na prática clínica, sendo necessário a conscientização destes quanto a inserção das tecnologias no processo de educação em saúde, a fim de mostrar as diferentes formas de utilizá-las como fonte benéfica no seu cotidiano (VICENTE *et al.*, 2019).

Oliveira *et al.* (2017) aponta a educação permanente como estratégia para oportunizar o desenvolvimento da sistematização da assistência de enfermagem/processo de enfermagem, bem como dos atores envolvidos neste processo, sendo também adotada como uma estratégia positiva em outros serviços de saúde. Miccas e Batista (2014) evidenciam em seu estudo que o principal benefício da educação permanente nos serviços está entrelaçado à existência de diálogo em rodas de conversa, relacionadas à responsabilidade no trabalho, consolidação da integração ensino-serviço, incentivando o desenvolvimento da capacidade crítica, criativa do profissional. Visto que a proposta da educação permanente permite a construção partilhada do conhecimento, supera a concentração das resoluções em um indivíduo apenas e organiza os procedimentos por meio de concepções e necessidades da vivência da realidade.

No âmbito pedagógico, a Educação Permanente em Saúde é uma estratégia que opera processos de aprendizagem para a qualificação dos profissionais, de modo que o próprio trabalhador após ser capacitado analisa seu trabalho, identificando potências e lacunas para desenvolver melhor seu papel na prática clínica (MATUMOTO *et al.*, 2011). Por esta razão a EPS é considerada fundamental às transformações do trabalho pois enfoca o cotidiano do trabalhador em saúde e o leva à autoanálise e à reflexão de processo, proporcionando uma atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente (CECCIM, 2005).

Destaca-se que a EPS se apresenta como uma decisão política voltada a construir e produzir conhecimento teórico-prático socialmente engajado, que envolva de maneira parceira estudantes, docentes, trabalhadores, gestores do SUS e comunidade para a especialização indissociável do cuidado e da formação em saúde. Trata-se de uma estratégia que visa romper com os paradigmas tradicionais e tecnicistas do processo de ensino-aprendizagem em saúde, objetivando a interação ensino-serviço-comunidade em um viés problematizado, coletivo e interdisciplinar (JACOBOVSKI; FERRO, 2021).

Espera-se, portanto, que a educação permanente ao ser realizada com e nas relações de trabalho, possa se constituir numa rede de ensino-aprendizagem para o fortalecimento do

SUS. Por meio dos quais se torna possível promover mudanças e transformações na perspectiva da integralidade da saúde (BATISTA; GONCALVES, 2011; FORTUNA *et al.*, 2013). Percebe-se a importância da educação permanente e a necessidade de investir no uso e facilitar a realização da mesma, visto que ela propõe, entre outras coisas, a melhoria contínua e a qualidade assistencial. Mas, acima de tudo seria fundamental proporcionar uma maior sensibilização da equipe sobre os benefícios recorrentes à execução da educação permanente (DORNELES *et al.*, 2020).

3.4 FLUXOGRAMA

De acordo com a Resolução nº 03/2001 do Ministério da Educação, Art. 4º, inciso II, a tomada de decisões se destaca como uma competência e habilidade do enfermeiro com vistas ao uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho dos serviços e práticas, além de fornecer habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada (BRASIL, 2001).

A tomada de decisão, ou processo decisório, pode ser definido como a escolha entre duas ou mais alternativas que possibilitem atingir um determinado resultado (PEREIRA *et al.*, 2013; MARQUIS; HUSTON, 2005; ALMEIDA *et al.*, 2011). Deve ser realizada com conhecimento, racionalidade, competência e consciência para que resulte no alcance do objetivo esperado, ou o mais próximo dele, posto que o conhecimento do processo decisório permite visualizar certezas, debilidades e possíveis omissões, além de incitar reforço de pontos fracos com correções necessárias, colaborando para evitar decisões errôneas (ALMEIDA *et al.*, 2011; MARQUIS; HUSTON, 2005).

No processo de cuidar em Enfermagem, a tomada de decisões do Enfermeiro pode elucidar manifestações importantes da sua subjetividade, pois suas escolhas determinam o comportamento e as atitudes, o estabelecimento de relações de cuidado e de interações com a equipe de saúde (BUSANELLO *et al.*, 2013).

De acordo com Franco (2003), o “fluxograma analisador” é um instrumento que tem o poder de captar a estrutura do processo de trabalho desenvolvido, o que acaba por evidenciar lógicas presentes neste, bem como os saberes e práticas predominantes. Como consequência, seu uso é capaz de propiciar à equipe de saúde que esta visualize como o seu processo de trabalho se conforma e busque formas de remodelá-lo e adequá-lo, se necessário.

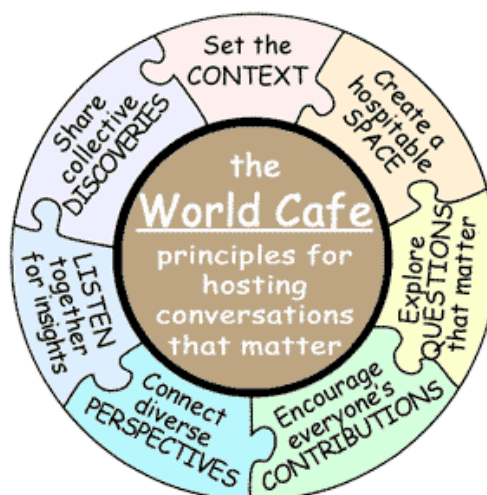
O Fluxograma de Manejo do Paciente com Doença Diarreica Aguda constitui um instrumento de análise que interroga os “para que”, os “que” e os “como” dos processos de

trabalho, e ao mesmo tempo revela a maneira de governá-lo. Seus aspectos principais permeiam-se na busca de padronizar a representação dos métodos com rapidez na descrição (BARBOZA; FRACOLLI, 2005; FRANCO, 2003). Essa situação se deve ao dinamismo das ações em saúde e aos movimentos sociais a favor da ampliação da assistência aos indivíduos. Neste contexto os fluxogramas de atendimento são susceptíveis a alterações constantes, o que depende também do tipo de gestão e dos sistemas administrativos (NASCIMENTO, 2013), o que os torna instrumentos dinâmicos e versáteis.

3.5 DINÂMICA *WORLD CAFÉ*

As dimensões que sustentam a técnica do *World Café* são: a crença em todos; a diversidade; o convite; o ouvir; o movimento; boas perguntas; a energia (TEIXEIRA, 2020). Os princípios fundamentais estão contemplados na Figura 1 e descritos a seguir.

Figura 1 – “Princípios”



Fonte: Adaptado de Brown, 2007.

Ao propor a realização de um *World Café*, é preciso ter claro o propósito da estratégia para elaborar as perguntas, explorar o máximo da temática, envolver todas as partes interessadas.

O propositor também deverá optar pelos melhores recursos para atingir o objetivo com os participantes do *World Café* (The World Café, 2021). Embora seja flexível e adaptável conforme o contexto trabalhado (número de encontros, participantes e temas, escolha das perguntas, entre outros).

Princípio 1. Estabelecendo o contexto: o anfitrião-pesquisador determina a estrutura contextual, o objetivo a ser atingido (propósito – o porquê?, a práxis educativa em curso na ESF), os participantes (o grupo – quem?), e a pergunta significativa/geradora do problema a ser resolvido (parâmetros – como?).

Princípio 2. Criação de um espaço acolhedor: é criado um ambiente temático, bucólico, caloroso, seguro, confortável e com comida e bebida disponível, para que todos se sentissem num ambiente informal e livre para oferecer seus melhores pensamentos, um ambiente propício à criatividade humana.

Princípio 3. Exploração de questões significativas: as ideias surgem em resposta a uma pergunta geradora das conversas. A pergunta tem pertinência com o objetivo do estudo, o que auxilia os convidados a pensarem na solução dos problemas.

Princípio 4. Estimulação da contribuição de todos: as pessoas são estimuladas ao engajamento para expor suas ideias de acordo com seu conhecimento e experiência, proporcionando a escuta ativa e a construção dialógica. Este princípio evidencia o fazer coletivo, a geração de conexões entre as responsabilidades e oportunidades para o bem comum.

Princípio 5. Promoção da polinização cruzada e as conexões dos diferentes pontos de vista: os membros movem-se entre as mesas promovendo novas conexões e possibilidades e revelando a inteligência coletiva.

Princípio 6. Escuta compartilhada para descoberta de padrões, percepções e questões mais profundas: saber ouvir o que está sendo compartilhado faz surgir uma síntese do que é comum no grupo.

Princípio 7. Recolha e compartilhamento das descobertas coletivas: as ideias mais significativas são compartilhadas com todos de forma que a equipe possa opinar.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa é de natureza qualitativa, com caráter exploratório e descritivo. Esta modalidade dá profundidade aos fatos, a dispersão, a riqueza interpretativa, a contextualização do ambiente, os detalhes e as experiências únicas. Oferece um ponto de vista recente, natural e holístico dos fenômenos, assim como flexibilidade (MINAYO, 2014).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A definição da área de estudo anterior foi conduzida após a discussão de dados obtidos nos municípios da região Oeste e Santa Catarina (KREIN; KORB; ZANATTA, 2019), segundo os quais entre os anos de 2014 e 2018, houve maior frequência relativa populacional de morbidade hospitalar por diarreias, em comparação aos demais municípios da mesma região.

A implementação do fluxograma de manejo do paciente com doença diarreica ocorreu na atenção primária, por meio de capacitação dos profissionais de saúde. O município contemplado foi Cunhataí com 1.882 habitantes, menor município dos demais envolvidos no estudo, conforme dados obtidos no IBGE (2021), porém justificando:

- ✓ Estar localizado em região do Estado onde há histórico de maior frequência relativa populacional de morbidade hospitalar causada por diarreias, o que despertou inicialmente o interesse pela região;
- ✓ Tratar-se de um município com base de dados sólida em termos de notificações, o que permite ter segurança nas informações a serem trabalhadas;
- ✓ Município com uma unidade de saúde, o que favorece a consolidação e a padronização de dados e otimiza o esforço amostral;
- ✓ Se trata de unidade de saúde bem estruturada fisicamente, o que facilita a aplicação da metodologia sob o ponto de vista logístico;
- ✓ A totalidade da população é coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e o município têm população em proporção que permite a realização da pesquisa, o que faz com que estudos reflitam a realidade e que as estratégias tenham potencial de impactar sua totalidade;

- ✓ A equipe profissional é capacitada e preparada, com potencial para compreender, colaborar e, eventualmente, replicar a metodologia que foi aplicada.

Ressaltamos que os serviços de atenção primária da saúde estão estruturados, a totalidade da população é coberta pela Estratégia Saúde da Família e que o município não possui hospital, sendo o hospital de São Carlos referência.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

No momento da aplicação da entrevista, o pesquisador teve o devido cuidado quanto a manter a discrição não divulgar informações sem o consentimento do participante, mantendo o sigilo das informações. Ademais, foram respeitados os princípios éticos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Os dados coletados ficarão guardados nas dependências do Departamento de Enfermagem de UDESC por um período de cinco anos.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética, parecer consubstanciado CAAE número 62743.722.20000.0118 (ANEXO I).

Os participantes da pesquisa tiveram plena liberdade de não aceitar e será respeitada sua vontade em participar ou não, deixando claro ao mesmo que sua não participação não influenciará de forma alguma na qualidade do atendimento prestado. Entretanto, lhe foi garantida assistência imediata, sem ônus de qualquer espécie a sua pessoa com todos os cuidados necessários à sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.

Os benefícios e vantagens em terem participado deste estudo referem-se à possibilidade de ajudar a solucionar problemas encontrados pelos trabalhadores de saúde e, conseqüentemente, aos usuários na promoção à saúde no que se refere ao tema abordado.

4.4 PARTICIPANTES

Foram convidados todos os membros da equipe de saúde da estratégia de saúde da família, que atuam nos turnos matutino e vespertino (Tabela 1), sendo que todos participaram da capacitação.

- ✓ Médicos;
- ✓ Auxiliares de enfermagem;
- ✓ Técnicos de enfermagem;
- ✓ Enfermeiros.

Tabela 1 – Quantidade de profissionais por categoria e município

Localidade	Médicos	Enfermeiros	Técnico de Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem
Cunhataí	2	2	3	0

Fonte: E-Gestor, 2022.

Quanto aos critérios de inclusão e exclusão, foram contemplados:

- ✓ Profissionais de saúde da área assistencial, com vínculo empregatício de no mínimo seis meses na atenção primária à saúde das categorias listadas e com idade superior a 18 anos;
- ✓ Para os critérios de exclusão os profissionais que durante o período do trabalho usufruíam de férias ou em afastamento para tratamento de doenças.

Após breve apresentação do estudo ao gestor de saúde e profissionais de saúde, todos assinaram:

- ✓ Declaração de Ciência e Concordância das instituições envolvida (ANEXO II);
- ✓ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO III);
- ✓ Termo de Fotografia e Gravações (ANEXO IV).

4.5 TECNOLOGIA IMPLEMENTADA

O instrumento utilizado para implementação do estudo foi o **Fluxograma de Manejo do Paciente com Doença Diarreica nos Serviços de Saúde do Oeste de Santa Catarina**, publicado no ISBN 978-65-00-42165-1, formato Livro Digital, veiculação Digital, conforme referenciado na introdução e autorizado pela autora (ANEXO V).

4.6 IMPLEMENTAÇÃO DO FLUXOGRAMA COM A TÉCNICA *WORLD CAFÉ*

A implementação foi realizada com uso da técnica do *World Café* para os profissionais de saúde da atenção primária a saúde. Utilizamos também a forma híbrida para apresentação, do objeto do trabalho com as adaptações e orientações sobre o fluxograma.

Com o desenvolvimento do projeto em tela, conhecemos melhor o potencial de aplicabilidade desta importante tecnologia no contexto da doença diarreica aguda.

Por tratar-se de um projeto que envolveu a implementação de uma tecnologia já elaborada no próprio cenário de estudo, o método e as estratégias adotadas, e relatadas a seguir, objetivam definir essa trajetória de implantação do fluxograma para melhorar a adesão nos serviços de saúde e potencializar sua aplicabilidade e replicabilidade.

A dinâmica do *World Café* surgiu na Califórnia, no ano de 1995 e foi inspirado no modelo dos cafés parisienses. Trata-se de uma metodologia de livre acesso para todas as pessoas, criada por Juanita Brown e David Isaacs ou ainda de processo criativo que visa gerar e fomentar diálogos entre os indivíduos, criando uma rede viva de diálogo colaborativo que acessa e aproveita a inteligência coletiva para responder a questões de grande relevância para organizações e comunidades (*The World Café*, 2001). Esta técnica promove o encontro de pessoas que, por meio de conversações significativas e estratégicas, buscam sentidos para os múltiplos contextos em que vivem, trabalham ou se divertem. Nele, as conversas favorecem a descoberta e a construção participativa de soluções conjuntas para problemas coletivos.

Para a organização do *World Café* foi realizado as seguintes etapas:

ETAPA 1 – Contatado com gestor de saúde e orientado sobre o trabalho a ser desenvolvido, realizado de forma presencial, assinatura dos termos;

ETAPA 2 – Explicação sobre o trabalho para a equipe definida, feito pela pesquisadora;

ETAPA 3 – Desenvolvimento do trabalho: explicação do fluxograma – vídeo explicativo;

ETAPA 4 – O desenvolvimento da dinâmica do *World Café*.

Os encontros foram adaptados na unidade básica de saúde da atenção primária, durante o período de trabalho e nos dias das reuniões de equipe, tendo como objetivo facilitar o acesso dos profissionais e não perturbar o fluxo de trabalho. Foram realizados:

- ✓ Três encontros em semanas consecutivas;
- ✓ Duração de duas horas;
- ✓ Contemplado a equipe da atenção primária à saúde;
- ✓ Meses de agosto e setembro de 2022;
- ✓ Avaliação dos dados e devolutiva em janeiro e fevereiro de 2023.

A técnica possui dimensões teórico-metodológicas fundamentais para a transformação de possibilidades em realidade, sendo uma estratégia participativa e dialógica para o desenvolvimento e implementação de acordo com os princípios:

Princípio 1. O objetivo foi a implementação do fluxograma de atendimento do paciente com doença diarreica com a técnica *World Café*;

Princípio 2. O ambiente foi adaptado, acolhedor, com café, chá e comidas para que se tornasse informal;

Princípio 3. Após apresentação da tecnologia, surgiram perguntas e conversas pertinentes ao objeto de estudo;

Princípio 4. Participação ativa dos envolvidos;

Princípio 5. Produção de dados;

Princípio 6. Incentivo das percepções coletiva e individual e escuta ativa;

Princípio 7. Compartilhamento das experiências.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Será utilizado a Análise de Conteúdo Temática de Minayo. Essa técnica permite desmembrar os textos em frações menores, extraíndo as informações importantes para o estudo (MINAYO, 2014).

Para Minayo 2014, a construção da análise de conteúdo deve ser composta por três etapas: A pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e interpretação (MINAYO, 2014).

A matéria-prima da análise de conteúdo pode constituir-se de qualquer material oriundo de comunicação verbal ou não-verbal, como cartas, cartazes, jornais, revistas, informes, livros, relatos autobiográficos, discos, gravações, entrevistas entre outros (MINAYO, 2014).

A finalidade de uma abordagem qualitativa não é contar opiniões e pessoas, e sim explorar o espectro de opiniões e as diferentes representações acerca de um assunto. Embora as experiências possam parecer únicas ao indivíduo, às representações de tais experiências não surgem somente das mentes individuais: em alguma medida, elas são o resultado de processos sociais. Alguns termos estruturantes que fundamentam a investigação qualitativa devem ser conhecidos e estar contidos numa análise qualitativa: os substantivos “experiência”, “vivência”, “senso comum” e “ação social” e os verbos “compreender” e “interpretar” (MINAYO, 2012).

5 RESULTADO

O resultado contemplou o esperado, foi um processo dinâmico e criativo que fomentou e polinizou diálogos entre os indivíduos, criando uma rede viva e colaborativa de ideias, onde foi acessada a inteligência coletiva para responder a todas as questões. A condução às discussões foi feita pela pesquisadora, que fez a sensibilização dos participantes e encorajados a expressarem suas ideias. Dessa forma observamos a grande relevância dessa metodologia para organizar o processo de trabalho e melhorar as condições de saúde da comunidade.

A equipe de saúde aderiu ao trabalho de forma plena, fornecendo um feedback positivo ao pesquisador.

Conforme o trabalho proposto pela pesquisadora, os resultados foram registrados e atendidos de acordo com a dinâmica do World Café. Nos registros abaixo, explicamos os detalhes enriquecedores de tal dinâmica:

O município escolhido e aplicado a técnica: Município de Cunhataí/SC.



Fonte: Acervo pessoal da autora (2023).

A equipe de saúde envolvida no processo: Equipe da Unidade Básica de Saúde.



Fonte: Acervo pessoal da gestora (2022).

A aceitação e assinatura de termos da Gestora de Saúde e explanação da pesquisadora, sobre o desenvolvimento do trabalho.

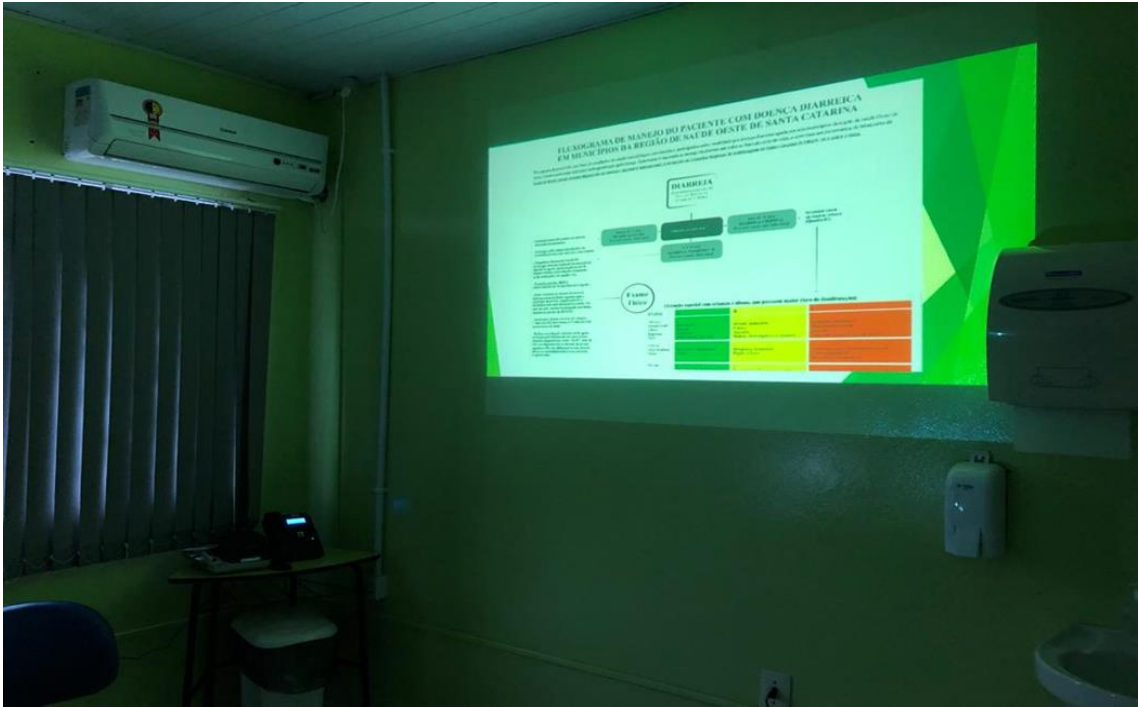


Fonte: Acervo pessoal da autora (2023).



Fonte: Acervo pessoal da autora (2023).

Compartilhamento de informações com o grupo, para que os participantes sejam protagonistas na comunicação, na idealização e na geração de soluções para o problema. Portanto, inicialmente foi realizada a explanação do fluxograma por meio de vídeo explicativo.



Fonte: Acervo pessoal da autora (2023).



Fonte: Acervo pessoal da autora (2023).

O preparo do ambiente que foi adaptado para a realidade local, porém confortável, para expor ideias, sem receio de julgamentos, com pensamento, fala e escuta atenta e direcionada para resultar em alto potencial criativo para reproduzir uma atmosfera de um café com amigos, numa conversa informal e descontraída, que é o objetivo da Dinâmica do *World Café*.



Fonte: Acervo pessoal da autora (2023).

Foi estimulado um debate que motivou o aprofundamento do nível da conversa. Realizada a polinização de ideias, combinação de pontos de vista diversos, estimulando a participação de todos, garantindo que cada pessoa envolvida contribuísse e fosse ouvida apresentando suas ideias.



Fonte: Acervo pessoal da autora (2023).

Ao final os participantes tiveram a oportunidade de conhecer e conectar perspectivas distintas. Realizando uma plenária para que os envolvidos tivessem uma visão global dos resultados gerados na atividade. Tal fechamento tem efeito muito positivo, pois o grupo percebe o valor do resultado gerado pelo trabalho.

6 DISCUSSÃO

“Concordamos que o fluxograma implementado é objetivo, de fácil manuseio, válido para nossa realidade local e que podemos seguir com sua utilização”.

(Equipe saúde)

Avaliando o trabalho de conclusão realizado, analisando o referencial teórico e a equipe capacitada, concluímos que o fluxograma é aliado à organização, planejamento e desenvolvimento das atividades baseados em informações sucintas e objetivas para o processo de trabalho. As informações são distribuídas, seguindo seu processo, organizadas de maneira proposital e com uma razão racional para uma maior absorção na mente humana e facilitação da prática profissional.

Teixeira (2020) considera que o *World Café* possui dimensões teórico-metodológicas fundamentais para a transformação de possibilidades em realidades vibrantes. Revela-se, assim, como uma estratégia participativa e dialógica para o desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais.

A dinâmica do *World Café* como técnica que norteou a implementação do fluxograma instigou os resultados gerados pela capacidade de mobilizar os indivíduos para a ação, trazendo sinergia e conexão do grupo trazendo um compartilhamento de conhecimentos e acesso da inteligência coletiva dos participantes. A construção de diálogos em grupos onde os participantes avaliavam e discutiam as questões norteadoras, germinando ideias que ao final descreveram as percepções e aprendizados gerados pelo coletivo.

Durante a realização do processo percebeu-se a motivação, descontração, animação e compartilhamento de descobertas e conhecimentos do público-alvo, houve conversação calorosa, com risos, e posturas confortáveis, seguindo os princípios da dinâmica e dialogando sobre assunto definido. A plenária para apresentar as ideias e conhecimentos foram compartilhadas de forma organizada, seguindo um padrão de resposta as perguntas presentes. Nos registros que cada participante escreveu, ficou nítida a interação, o comprometimento em aprender e sintetizar os conhecimentos de forma clara e eficaz para o processo da organização de ideias. Todos registraram seus conhecimentos através de desenhos e escritas, nos quais foram apreciados por todos os participantes.

Pensar no desenvolvimento conceitual significa partir de três influências distintas, ou seja, “significado”, “utilização” e “aplicação” de um conceito na práxis dos profissionais. Um

conceito adquire significado(s) através de sua possibilidade de servir aos propósitos estabelecidos pelo ser humano em casos práticos reais. Este propósito está relacionado com a capacidade do conceito em ajudar na resolução de problemas e a sua capacidade para caracterizar fenômenos de forma adequada, promovendo, assim, os esforços no sentido da realização de ideais intelectuais (RODGERS *et al.*, 2000).

Tal metodologia, por ser flexível e adaptável, oportuniza a comunicação e relacionamento entre os envolvidos, extraindo o conhecimento de suas equipes e a participação ativa na tomada de decisão para melhores condições de saúde e desenvolvimento da prática profissional.

A prática cuidativo-educacional, enquanto saber da enfermagem, desperta para possibilidades de desenvolvimento, validação, avaliação e utilização de tecnologias que possam promover/auxiliar o processo de autonomia e/ou empoderamento dos sujeitos envolvidos durante o ato de cuidar-educar e educar-cuidar. Uma TCE pode apresentar “potencial empoderador” do ser humano, seja paciente, acompanhante ou mesmo profissional de enfermagem. O ato de empoderar no contexto da práxis humana emerge como uma atividade programada, com intenções planejadas e que permite ao ser humano adquirir conhecimento, de si mesmo e do contexto em que está inserido, podendo exercer mudanças nesse ambiente e na sua própria conduta (SALBEGO, 2016).

Além disso, capacita à pessoa com vistas a definir/intervir os/nos seus próprios problemas e necessidades; a compreender como pode resolver esses problemas com os seus próprios recursos ou com apoios externos, e a promover ações mais apropriadas para fomentar uma vida saudável e de bem-estar (HAMMERSCHMIDT *et al.*, 2010).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação propriamente dita ocorreu de forma híbrida e foi conduzida pela discente para desenvolver o objetivo do trabalho por meio da técnica do *World Café*. A egressa que fez a adaptação do fluxograma de doença diarreica explicou em dois vídeos sua aplicabilidade para a realidade local.

A finalidade sobre a melhoria das condições de saúde da população, por meio do acesso da ampliação do conhecimento dos profissionais, proporciona melhores condições socioeconômicas em populações vulneráveis.

Quanto à replicabilidade do produto, tem abrangência territorial regional, devido a sua adaptação, e é um método inovativo para as práticas de saúde, uma vez que os programas do ministério da saúde são verticalizados, e nesse contexto do estudo experimental, observamos que a demanda para o controle de doenças diarreicas obteve êxito na solução do problema previamente identificado.

Socializar o conhecimento científico com a prática profissional proporciona mudanças comportamentais e potencializa um olhar para o uso das tecnologias cuidativo-educacionais disponíveis, promove saúde e previne agravos melhorando as condições socioambientais.

O impacto inicial é real e sugerem que a educação aliada à práxis dos profissionais podem ser ferramentas efetivas para as estratégias de saúde, para solução de problemas previamente identificados, diminuindo custos municipais e federais, tempo de recuperação e aumentando a qualidade de vida do indivíduo e comunidade.

O estudo tem ainda potencial para instigar e apinhar conhecimentos técnicos e científicos à equipe no que tange ao manejo da doença diarreica. Como sugestão para estudos futuros e após a conclusão do trabalho, seria de grande interesse a avaliação da tecnologia, objetivando a adesão ao instrumento e a potencialização da práxis dos profissionais de saúde e sua implicação na saúde da comunidade. Compete ressaltar que há interesse em implementar o instrumento nos demais municípios.

O estudo inicia discussões acadêmicas, científicas e profissionais sobre as TCE. Viabiliza conhecimentos e saberes dos profissionais, que envolvem o processo de cuidar e educar, a partir dos princípios da práxis como contexto criador, transformador e multidimensional entre os seres envolvidos.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, D. B. **O perfil epidemiológico da diarreia aguda e sua correlação com indicadores ambientais sócio-econômicos do município de Boa Vista-Roraima**. 2016. 63 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, 2016.
- ALMEIDA, M. L. *et al.* Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. Esp, p. 131- 7, 2011.
- ARAÚJO, T. M. E. *et al.* Surto de diarreia por rotavírus no município de Bom Jesus (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1039-1046, jun. 2010.
- BARBOZA, T. A. V.; FRACOLLI, L. A. A utilização do "fluxograma analisador" para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1036-1044, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5tygxnDVp8xM4YQVvZxpKtR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2022.
- BATISTA, K. B. C., GONCALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/9QMxSsmqMcqQPjXP9fbthCn/>. Acesso em: 4 jun. 2023.
- BEZERRA, M. M.; MEDEIROS, K. R. Limites do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): em foco, a gestão do trabalho e a educação na saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 188-202, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042018000600188&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 7 ago. 2019.
- BRANDT, K. G. *et al.* Diarreia aguda: manejo baseado em evidências. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 91, n. 6, supl. 1, p. 36- 43, nov./dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/xBGFDFKmnhQZZJmh9LGbhRw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 4 jun. 2023.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu desenvolvimento?** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): **Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF**. Terceiro ciclo (2015-2017). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). Brasília: MS, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Capacitação em monitorização das doenças diarreicas agudas –MDDA**: manual do monitor. 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/capacitacao_monitoramento_diarreicas_monitor.pdf. Acesso em: 05 mar. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças diarreicas agudas (DDA)**: causas, sinais e sintomas, tratamento e prevenção [online]. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/doencas-diarreicas-agudas-dda-1/doencas-diarreicas-agudas-dda>. Acesso em: 05 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. Vol. único. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 705p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf. Acesso em: 05 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis. **Surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos no Brasil**. Informe 2018. Disponível em: <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/fevereiro/15/Apresenta----o-Surtos-DTA---Fevereiro-2019.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2022.

BUSANELLO, J. *et al.* Produção da subjetividade do enfermeiro e a tomada de decisão no processo de cuidar. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 140-147, jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000200018. Acesso: 05 mar. 2022.

CAMPOS, F. C. C. *et al.* **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2010.

CAMPOS, K. F. C. *et al.* Educação permanente nos serviços de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/9vD6Ww7FyM9qHFKqgrRkT3c/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 jun. 2023.

CARTA DE OTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa: [s. n.], 1986. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 4 jun. 2023.

CARVALHO, B. G. *et al.* Percepção dos médicos sobre o curso Facilitadores de Educação Permanente em Saúde. **Rev Brasil de Educação Médica**, Brasília, v. 35, n. 1, p. 132-41, 2011.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, Porto Alegre, v. 9, n. 16, p.161-77, set. 2004/fev. 2005. Disponível em:

<https://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº160/93**. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2007.

DORNELES, L. L. *et al.* Desenvolvimento de infográfico animado sobre Educação Permanente em Saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/CXVXhMH7x4pxgqdcv5B3Lpr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 maio 2022.

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>. Acesso em: 22 fev. 2022.

FLOREZ, I. D. *et al.* Acute Infectious Diarrhea and Gastroenteritis in Children. **Current Infectious Disease Reports**, v. 22, n. 2, p. 4, 2020.

FORTUNA, C. M. *et al.* Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, p. 990-997, 2013.

FRANCO, T. B. Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos para Análise de Serviços de Saúde, em apoio ao Planejamento: o caso de Luz (MG). *In*: MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. *et al.* **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 161-198. Disponível em:

https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/fluxograma_descritor_e_Projetos_Terapeuticos_-_Prof_Dr_Tulio_Franco.pdf. Acesso em: 22 fev. 2022.

FRANÇA, T. *et al.* Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1817-28, jun. 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/gxPVCCx7x83PrSJ5yvppYXz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 4 jun. 2023.

GONÇALVES, C. B. *et al.* A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 12-23, ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s101>. Acesso em: 4 jun. 2023.

GUARINO A. *et al.* European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: update 2014. **J Pediatr Gastroenterol Nutr.**, v. 59, p. 132-152, 2014.

IRO, M. A. *et al.* Rapid intravenous rehydration of children with acute gastroenteritis and dehydration: a systematic review and meta-analysis. **BMC pediatrics**, v. 18, n. 1, p. 44, 2018.

JACOBOVSKI, R.; FERRO, L. F. Permanent education in Health and Active Learning methodologies: a systematic integrative review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. e39910313391, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13391>. Acesso em: 21 ago. 2022.

KREIN, C.; KORB, A.; ZANATTA, L. Hospitalizações por doença diarreica aguda em Santa Catarina e tecnologias educativas para intervenção. In: 3. CONGRESSO SUL BRASILEIRO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E 2. MOSTRA INTERNACIONAL DE CUIDADO DE ENFERMAGEM NO CICLO DA VIDA, 2019, Chapecó-SC. Anais do 3. Congresso Sul Brasileiro de Sistematização da Assistência de Enfermagem e 2. Mostra Internacional de Cuidado de Enfermagem no Ciclo da Vida. Florianópolis: Editora UDESC, 2019.

KUIAVA, V. A.; PERIN, A. T.; CHIELLE, E. O. Hospitalização e taxas de mortalidade por diarreia no Brasil: 2000-2015. **Revista Ciência e Saúde**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, abr./jun. 2019. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/32022>. Acesso em: 10 mar. 2022.

LEE, B. *et al.* Pediatric acute gastroenteritis associated with adenovirus 40/41 in low-income and middle-income countries. **Current opinion in infectious diseases**, Hampshire, Reino Unido, v. 33, n. 5, p. 398-403, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/QCO.0000000000000663>. Acesso em: 10 mar. 2022.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: Educação ou gerenciamento permanente? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-22, mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fjKYMRN6cVdt3SrJqrPhwJr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 4 jun. 2023.

LEUNG, A. K.; HON, K. L. Paediatrics: how to manage viral gastroenteritis. **Drugs in Context**, v. 10, 2021. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/8fd8/111affe82c79067cb16e799de5ae47988983.pdf?_gl=1*1nk7vfu*_ga*MjA2MTU5NjY0LjE2ODU5MDg5NjM.*_ga_H7P4ZT52H5*MTY4NTkwODk2My4xLjAuMTY4NTkwODk2NS41OC4wLjA. Acesso em: 4 jun. 2023.

LOPES, E. A. A. *et al.* O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e a organização dos processos de trabalho. **Tempus**, Brasília, v. 9, n. 2, p. 237-50, jun. 2015. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/download/1757/1441>. Acesso em: 4 abr. 2018.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática**. 4. ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 2005.

MATUMOTO, S. *et al.* A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 123-30, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/cMqtYP4XYqDCyDw94qD4Bhb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 jun. 2023.

MENEGUESSI, G. M. *et al.* Morbimortalidade por doenças diarreicas agudas em crianças menores de 10 anos no Distrito Federal, Brasil, 2003 a 2012. **Epidemiologia serviço de saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 721-730, out./dez. 2015. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742015000400014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 4 jun. 2023.

MESQUITA, K. S. F. **Fluxograma de apoio à tomada de decisões para assistência de enfermagem à pessoa em sofrimento psíquico na atenção básica**. 2016. 160 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do Conhecimento**. 14 Ed. São Paulo. Hucitec, 2014.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/mgS9mfHm6ScNLRxq9DRJYdf/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 4 jun. 2023.

MOREIRA, K. S. *et al.* Educação permanente e qualificação profissional para a atenção básica. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 101-109, jan./abr. 2017. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5682/3010>. Acesso em: 4 abr. 2022.

NASCIMENTO, V. F. Fluxograma de Acesso e Atendimento de Enfermagem em Unidade de Saúde Da Família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 4, n. 1, p. 1922-1927, 2013. Disponível em: http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/309/pdf_1. Acesso em: 03 mar. 2022.

OLIVEIRA, M. J. C. *et al.* Assistência de enfermagem no cuidado a diarreia infantil: revisão de literatura. **Revista Ciência & Saberes**, Maranhão, v. 3, n. 1 p. 401-406 jan./mar. 2017.

OLIVEIRA, R. C. D. S. *et al.* Práticas educativas para os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 18, n. 1, p. 120-129, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/index.php/rbps/article/view/15143>. Acesso em: 4 jun. 2023.

ONYON C.; DAWSON T. Gastroenteritis. **Paediatr Child Health**, v. 28, p. 527-32, 2018.

PASCHOAL, A. S. **O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal**. 2004. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

PASCHOAL, A. S. *et al.* A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 27, n. 3, p. 336-43, set. 2006. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rngenf/article/view/4621/2633>. Acesso em: 4 jun. 2023.

PEREIRA, F. J. R.; SILVA, C. C.; LIMA NETO, E. A. O Processo do Ensino de Tomada de Decisão em Enfermagem: Avaliação Perceptiva de Docentes de Uma Instituição de Ensino Superior Pública. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 17, n. 4, p. 349-356, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/13400/11435>. Acesso em: 4 jun. 2023.

PEREIRA, G. L. T. *et al.* Prevalência de infecções parasitárias intestinais oriundas de crianças residentes em áreas periféricas, município de Juazeiro do Norte - Ceará. **Revista Interfaces**, Juazeiro do Norte, v. 5, n. 14, p. 23-30, mai. 2018.

PEREIRA, I. V.; CABRAL, I. E. Diarreia aguda em crianças menores de um ano: subsídios para o delineamento do cuidar. **Escola Anna Nery Rev Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 224-9, jun. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/pB9njdBhysRrNpDZYBWfV4p/?lang=pt>. Acesso em: 4 jun. 2023.

POONAI, N. *et al.* Variables Associated With Intravenous Rehydration and Hospitalization in Children With Acute Gastroenteritis: A Secondary Analysis of 2 Randomized Clinical Trials. **JAMA network open**, v. 4, n. 4, p. e216433, abr. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33871616/>. Acesso em: 4 jun. 2023.

POSOVSZKY, C. *et al.* Acute Infectious Gastroenteritis in Infancy and Childhood. **Deutsches Arzteblatt International**, v. 117, n. 37, p. 615–624, 11 set. 2020.

PUGGINA, C. C. *et al.* Educação Permanente em Saúde: instrumento de transformação do trabalho de enfermeiros. **Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 16, n. 4, p. 87-97, out./dez. 2015. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasauade/article/view/22580/11>. Acesso em: 18 mar. 2022.

QUEIROZ, J. T. M.; HELLER, L.; SILVA, S. R. Análise da Correlação de Ocorrência da Doença Diarreica Aguda com a Qualidade da Água para Consumo Humano no Município de Vitória-ES. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 479-489, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/5zXJ7RZVBHF6v9cx6W5GFSz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 jun. 2023.

RAGUZE, T.; SILVA, R. P. **Gamificação aplicada a ambientes de aprendizagem**. Universidade Feevale: Gamepad – Seminário de Games e Tecnologias, jun. 2016. Disponível em: <https://www.feevale.br/Comum/midias/7fe3e6be-385f-4e8b-96e4-933a0e63874f/Gamificac%C2%B8a~o%20aplicada%20a%20ambientes%20de%20Aprendizagem.pdf> Acesso em: 10 mar. 2022.

RAMOS, W. T. S. *et al.* Permanent education in primary health care: an integrative review. **Braz J Health Rev.**, v. 1, n. 1, p. 35-45, 2018. Disponível em: <http://brjd.com.br/index.php/BJHR/article/view/556/478> 37. Acesso em: 4 jun. 2023.

RIBEIRO, D. T. *et al.* O PMAQ-AB como umas das estratégias de estímulo à prática da educação permanente em saúde. *In*: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. **A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas.** Porto Alegre: Rede Unida, 2016, p. 129-141. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/134335/000988700.pdf?sequence=1>. Acesso em: 4 jun. 2023.

ROCHA, S. R. F. **Estudo epidemiológico e etiológico de crianças com diarreia aguda por norovírus e outros agentes em unidade de emergência pediátrica.** 2012. 23 f. Monografia (Graduação em Medicina), Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/8110/1/Sergio%20Rodrigo%20Figueredo%20Rocha%20%282012.1%29.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2022.

ROSSETTI, L. T.; SEIXAS, C. T.; CASTRO, E. A. B. Permanent education and health management: a conception of nurses. **Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 129-134, jan./mar. 2019. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/0885/893ffb91df80afa9ec5f9682fa7dc6112769.pdf?_gl=1*1q60vfn*_ga*MjA2MTU5NjY0LjE2ODU5MDg5NjM.*_ga_H7P4ZT52H5*MTY4NTkxMzEzMS4yLjAuMTY4NTkxMzEzMi41OS4wLjA. Acesso em: 4 jun. 2023.

SAIORON, I. *et al.* **World Café: desafios e métodos.** Book, 2022. Disponível em: <file:///C:/Users/franc/Downloads/v10121.pdf> . Acesso em 15 jun. 2023.

SALBEGO, C. **Tecnologias cuidativo-educacionais: a práxis de enfermeiros em um hospital universitário.** 2016. 176 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/7476>. Acesso em: 10 mar. 2022.

SALBEGO, C. *et al.* Care-educational technologies: an emerging concept of the praxis of nurses in a hospital context. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, p. 2666-2674, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/zPJy9NvkcDJVw9Jr7ZKhNQs/>. Acesso em: 10 mar. 2022.

SANTOS, F. S. *et al.* Aleitamento materno e proteção contra diarreia: revisão integrativa da literatura. **Einstein**, São Paulo, v. 13, n. 3, jul. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/xm5g7tY9M7CkKVnNfZwGrZx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2022.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. Diarreia aguda: diagnóstico e tratamento. **Sociedade Brasileira de Pediatria**, [S. l.], n. 1, mar. 2017.

SCHULTZ, T. W. **O valor econômico da educação.** Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

SCHWEICKARDT, J. *et al.* **Educação permanente em gestão regionalizada da saúde: saberes e fazeres no território do Amazonas.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

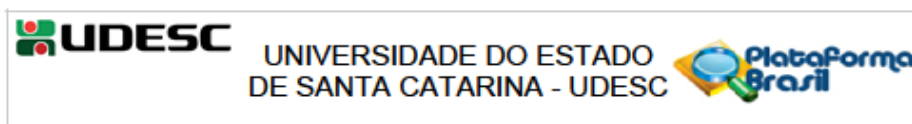
- SHANE A. L. *et al.* Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Infectious Diarrhea. **Clin Infect Dis.**, v. 65, n. 12, p.e45-e80, nov. 2017. Disponível em:
<https://academic.oup.com/cid/article/65/12/e45/4557073?login=false>. Acesso em: 4 jun. 2023.
- SILVA, A. N. *et al.* Limites e possibilidades do ensino a distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1099-1107, 2015. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/VWbbPLVr6vWq4wx3CdNyNZR/?lang=pt>. Acesso em: 4 jun. 2023.
- SILVA, L. A. A. *et al.* Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 557-561, set. 2010. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/hz6h9Fw57xMm4KmvvJdwpvF/?lang=pt>. Acesso em: 4 jun. 2023.
- SAIORON, I. *et al.* **World Café: desafios e métodos**. Book, 2022. Disponível em:
<file:///C:/Users/franc/Downloads/v10121.pdf> . Acesso em 15 jun. 2023.
- SINMEGN, M. T. *et al.* Determinants of childhood diarrhea among underfive children in Benishangul Gumuz Regional State, North West Ethiopia. **BMC Pediatr.**, v. 14, n. 102, p. 54-61, maio 2014.
- SOUZA, R. M. P.; COSTA, P. P. Educação Permanente em Saúde na formação da Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 116-126, ago. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ZF8GgM4MQjZVKskXS8BdGmN/?lang=pt>. Acesso em: 4 jun. 2023.
- TEIXEIRA, E. (org.). **Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais**. vol. 2. Porto Alegre: Moriá, 2020.
- TICKELL, K. D. *et al.* Identification and management of Shigella infection in children with diarrhoea: a systematic review and meta-analysis. **Lancet Glob Health.**, v. 5, n. 12, p. e1235-e1248, dez. 2017. Disponível em:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214109X17303923>. Acesso em: 4 jun. 2023.
- VERISSIMO, M. L. Ó. R. *et al.* A formação do enfermeiro e a estratégia atenção integrada às doenças prevalentes na infância. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 396-400, ago. 2003. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/QwkkdNdhsVG9vrRqksbxgqD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 4 jun. 2023.
- VICENTE, C. *et al.* Cuidado à pessoa com ferida oncológica: educação permanente em enfermagem mediada por tecnologias educacionais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, p. e20180483, 2019. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/cH36TXRzCs9J7ryRdDgg43b/?lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2022.
- WIEDENMAYER, K. *et al.* Adherence to standard treatment guidelines among prescribers in primary healthcare facilities in the Dodoma region of Tanzania. **BMC Health Serv Res**, v.

21, n. 272, 2021. Disponível em:
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-06257-y>. Acesso em: 4 jun. 2023.

WHO, World Health Organization. **The Treatment of Diarrhoea. A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers** (WHO/CAH/03.7). Geneva: World Health Organization, 2005.

WHYTE, L. A.; JENKINS, H. R. Pathophysiology of diarrhoea. **Paediatrics and Child Health**, v. 22, n. 10, p. 443-447, 2012.

ANEXOS

ANEXO I

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE: IMPLEMENTAÇÃO DO FLUXOGRAMA DE MANEJO DA DOENÇA DIARREICA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Pesquisador: Amildo Korb

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62743722.2.0000.0118

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SC UDESC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.726.508

Apresentação do Projeto:

Trata-se da segunda versão para atendimento do Parecer Consubstanciado de número 5.869.117 emitido em 28 de Setembro de 2022. Protocolo apresentado ao CEP/UDESC. Pesquisa vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional na Atenção Primária à Saúde – Centro Educacional Oeste, da Universidade do Estado de Santa Catarina.

Pesquisador responsável: Amildo Korb

Equipe de pesquisa as pesquisadoras: Mestranda FRANCIOLE MARIA BRIDI MALLMANN

Coorientadora: Profa. Dra. Sandra Mara Marin

Participantes da pesquisa: 4 profissionais da Atenção Básico do Município de Cunhataí/SC.

Metodologia proposta conforme o Projeto Básico: "Estar localizado em região do Estado onde há histórico de maior frequência relativa populacional de morbidade hospitalar causadas por diarreias, o que despertou inicialmente o interesse pela região; Tratar-se de um município com base de dados sólida em termos de notificações, o que permite ter segurança nas informações a serem trabalhadas; Se trata de município com apenas uma unidade de saúde, o que favorece a consolidação e a padronização de dados e otimiza o esforço amostral; Se trata de unidade de

Endereço: Avenida Madre Benvenuta, 2007, Retoria - Térreo -sala CEP/UDESC
Bairro: Itacorubi **CEP:** 88.035-001
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3664-8084 **Fax:** (48)3664-7881 **E-mail:** cepsh.retoria@udesc.br

ANEXO II

GABINETE DO REITOR

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES
ENVOLVIDAS**

Com o objetivo de atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, os representantes legais das instituições envolvidas no projeto de pesquisa intitulado "**Implementação do Fluxograma de Manejo da Doença Diarreica nos Serviços de Saúde**" declaram estarem cientes com seu desenvolvimento nos termos propostos, lembrando aos pesquisadores que no desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da resolução 466/2012, 510/2016 e 251/1997 do Conselho Nacional de Saúde.

Cunhataí, 11 /10/2022.

Ass: Pesquisador Responsável

Responsável pela Instituição de origem

Nome:

Cargo:

Instituição:

Número de Telefone:

Responsável de outra instituição

Nome:

Cargo:

Instituição:

Número de Telefone:

ANEXO III

GABINETE DO REITOR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa de iniciação científica de mestrado intitulada **“Implementação do Fluxograma de Manejo da Doença Diarreica nos Serviços de Saúde”**, que fará implementação do fluxograma, tendo como objetivo Implementar o Fluxograma de Manejo da Doença Diarreica na atenção primária à saúde em município da região Oeste do Estado de Santa Catarina, Reconhecer o público alvo; Capacitar os técnicos, enfermeiros e médicos da atenção primária à saúde, utilizando as tecnologias cuidativo-educacionais; Estimular a aplicabilidade do conhecimento e produto gerado nos serviços de saúde. Esta pesquisa envolve ambientes virtuais como e-mails, sites eletrônicos, formulários disponibilizados por programas, telefone - ligação de áudio, de vídeo. Não é obrigatório (participar de todas as atividades).

Por isso, antes de responder às perguntas/participar das atividades disponibilizadas em ambiente não presencial ou virtual, será apresentado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para a sua anuência. Esse Termo de Consentimento será realizado presencialmente pela pesquisadora, após será enviado no formato eletrônico de registro.

As informações coletadas serão armazenadas e tratadas e o descarte após período previsto. **OBS:** Conforme Comunicado CONEP “ORIENTAÇÕES PARA PROCEDIMENTOS EM PESQUISAS COM QUALQUER ETAPA EM AMBIENTE VIRTUAL”, “É da responsabilidade do pesquisador o armazenamento adequado dos dados coletados, bem como os procedimentos para assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações do participante da pesquisa”).

O(a) Senhor(a) não terá despesas e nem será remunerado(a) pela participação na pesquisa. Todas as despesas decorrentes de sua participação serão ressarcidas. Em caso de danos, decorrentes da pesquisa, será garantida a indenização. **OBS:** Conforme Comunicado CONEP “ORIENTAÇÕES PARA PROCEDIMENTOS EM PESQUISAS COM QUALQUER

ETAPA EM AMBIENTE VIRTUAL”, “Caberá ao pesquisador explicar como serão assumidos os custos diretos e indiretos da pesquisa, quando a mesma se der exclusivamente com a utilização de ferramentas eletrônicas sem custo para o seu uso ou já de propriedade do mesmo”).

Os riscos destes procedimentos serão avaliados como mínimos e considera-se que as perguntas não têm potencial de desencadear danos físicos, psicológicos, sociais e/ou econômicos aos entrevistados. A enfermagem está preparada para abordar sobre essa temática, por meio do conhecimento científico e da atenção humanizada. No momento da aplicação da entrevista, o pesquisador teve cuidado quanto a manter a discricção não divulgar informações sem o consentimento do participante, mantendo o sigilo das informações. Foram respeitados os princípios éticos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Os dados coletados ficarão guardados nas dependências do Departamento de Enfermagem de UDESC por um período de cinco anos. Os participantes da pesquisa possuíam plena liberdade de não aceitar. Foi respeitada sua vontade em participar ou não, deixando claro ao mesmo que sua não participação não influenciava de forma alguma na qualidade do atendimento prestado. Entretanto, lhe foi garantida assistência imediata, sem ônus de qualquer espécie a sua pessoa com todos os cuidados necessários a sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico. Conforme Comunicado CONEP “ORIENTAÇÕES PARA PROCEDIMENTOS EM PESQUISAS COM QUALQUER ETAPA EM AMBIENTE VIRTUAL”, “Cabe ao pesquisador destacar, além dos riscos e benefícios relacionados com a participação na pesquisa, aqueles riscos característicos do ambiente virtual, meios eletrônicos, ou atividades não presenciais, em função das limitações das tecnologias utilizadas. Adicionalmente, devem ser informadas as limitações dos pesquisadores para assegurar total confidencialidade e potencial risco de sua violação.”)

A sua identidade será preservada pois cada indivíduo será identificado por um número.

Os benefícios e vantagens em participar deste estudo referem-se à possibilidade solucionar problemas encontrados pelos trabalhadores de saúde e conseqüentemente aos usuários na promoção à saúde no que se refere ao tema abordado.

As pessoas que estarão acompanhando os procedimentos da pesquisa serão os pesquisadores estudante de mestrado, Franciole Maria Bridi Mallmann, os professores responsáveis Dr. Arnildo Korb e Dra. Sandra Mara Marin.

O(a) senhor(a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento.

Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não-identificação do seu nome.

É importante que o (a) senhor(a) guarde em seus arquivos uma cópia deste documento eletrônico, para tanto, o documento irá ser enviado por correio eletrônico.

NOME DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PARA CONTATO: Franciole Maria Bridi
Mallmann

NÚMERO DO TELEFONE: 49 999679227

ENDEREÇO: R. Almirante Barroso, 76 Centro – Palmitos/SC

ASSINATURA DO PESQUISADOR:

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEPESH/UEDESC

Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi – Florianópolis – SC -88035-901

Fone/Fax: (48) 3664-8084 / (48) 3664-7881 - E-mail: cep.udesc@gmail.com

CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

SRTV 701, Via W 5 Norte – lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte - Brasília-DF -
70719-040

Fone: (61) 3315-5878/ 5879 – E-mail: conep@saude.gov.br

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim, e que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso

Assinatura _____

Local: Cunhataí/SC

Data: 11/10/2022

OBS: a estrutura final de declaração pode ser alterada conforme meio virtual utilizado.

ANEXO IV

GABINETE DO REITOR

CONSENTIMENTO PARA FOTOGAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES

Permito que sejam realizadas (x) fotografia, (x) filmagem ou (x) gravação de minha pessoa para fins da pesquisa científica intitulada **“Implementação do Fluxograma de Manejo da Doença Diarreica nos Serviços de Saúde”**, e concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em eventos científicos ou publicações científicas. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada por nome ou rosto em qualquer uma das vias de publicação ou uso.

As (x) fotografias, (x) vídeos e (x) gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e, sob a guarda dos mesmos.

Cunhataí, 11 de outubro de 2022.

Local e Data

Nome do Sujeito Pesquisado

Assinatura do Sujeito Pesquisado

ANEXO V**DECLARAÇÃO**

Eu, Carlise Krein, brasileira, solteira, RG 5.384.505, declaro nos devidos fins que autorizo a discente do Mestrado Profissional na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) Franciele Maria Bridi Malferrari, e seu orientador Dr. Arnildo Korba utilizarem o produto intelectual denominado "Fluxograma de manejo do paciente com doença diarreica nos municípios do Oeste de Santa Catarina" para fins acadêmicos.

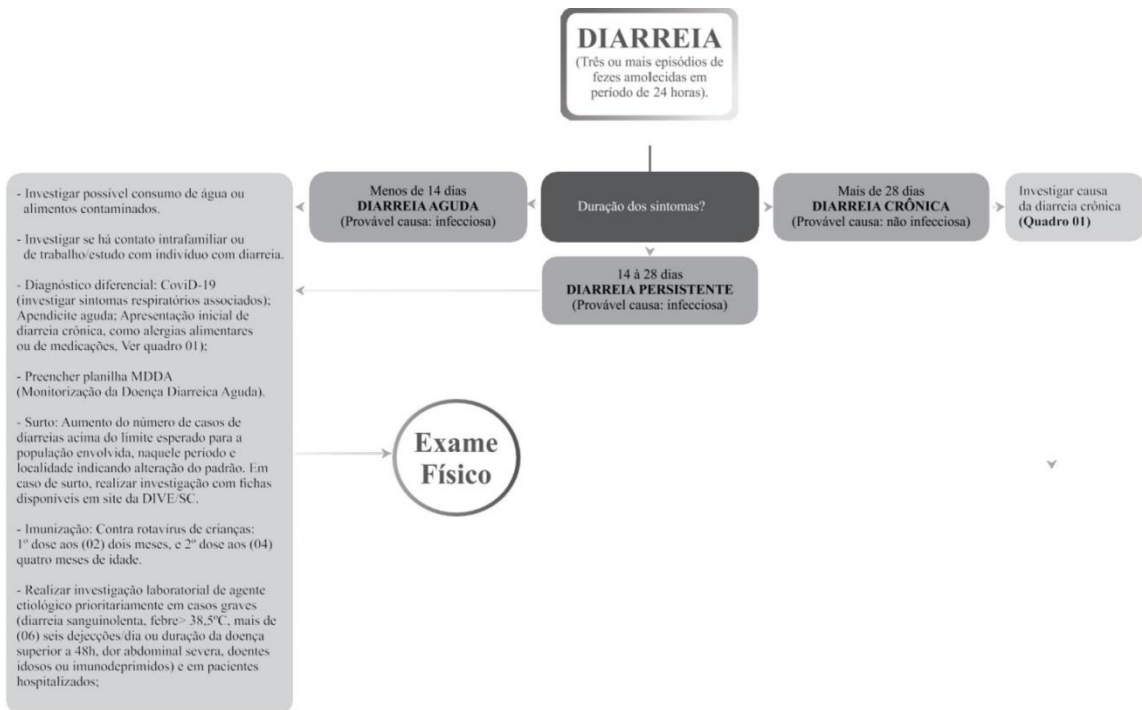


Carlise Krein

Mondai - Santa Catarina, 19 de maio de 2022

ANEXO VI

FLUXOGRAMA DE MANEJO DO PACIENTE COM DOENÇA DIARREICA NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DE SAÚDE OESTE/SC



Exame Físico

(Atenção especial com crianças e idosos, que possuem maior risco de desidratação)

ETAPAS	A	B	C
Observe Estado Geral Olhos Lágrimas Sede	- Bem alerta Normal Presentes Bebe normal, sem sede	- Irritado, intranquilo Fundos Ausentes Sedente, bebe rápido e avidamente	- Comatoso, hipotônico* Muito fundos e secos Ausentes Bebe mal, ou não é capaz de beber*
Explore Sinal de praga Pulso	- Desaparece rapidamente Cheio	- Desaparece lentamente Rápido e fraco	- Desaparece muito lentamente (mais de 2 (dois) segundos). Muito Fraco ou ausentes*
Decida	- Sem sinais de desidratação	- Se apresentar dois ou mais sinais: Com desidratação	- Se apresentar dois ou mais sinais, incluindo pelo menos um dos destacados com asterisco (*): Desidratação grave

Sem desidratação - Plano A

Atendimento de Técnico de Enfermagem (com supervisão do Enfermeiro), Enfermeiro ou Médico.

Objetiva prevenir a desidratação no domicílio.

- INGESTÃO DE LÍQUIDOS E ALIMENTOS**
Ingerir mais líquidos que o habitual, e uso de Soro de Reidratação Oral (SRO) após cada episódio de diarreia. Chá de goiabeira (*Psidium guajava* L.) possui propriedades antidiarreicas (Farmacopéia Brasileira de Fitoterápicos)^{**}.
Manter dieta habitual de adultos e crianças, bem como o aleitamento materno em crianças. Não utilizar refrigerantes e não adoçar chás ou sucos. Evitar alimentos gordurosos ou com muitas fibras (i.e., frutas como mamão e melancia, verduras, frutos secos e vegetais como milho, feijão e lentilha).
- SINAIS DE ALERTA**
Orientar a procurar o serviço de saúde em caso de não melhora dos sintomas ou sinais de alerta a seguir:
• Hora da diarreia;
• Recusa de alimentos;
• Vômitos repetidos;
• Sangue nas fezes;
• Sede aumentada;
• Diminuição da diurese.
- ORIENTAR O PACIENTE OU ACOMPANHANTE PARA:**
• Reconhecer os sinais de desidratação;
• Preparar e administrar a SRO;
• Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar: lavagem adequada das mãos, higienização dos alimentos, tratamento da água, higiene do banheiro (vaso sanitário ou outro local de evacuação).
- ADMINISTRAR ZINCO UMA VEZ AO DIA, DURANTE 10 A 14 DIAS:**
• Até seis (06) meses: 10mg/dia;
• Maiores de seis (06) meses de idade: 20mg/dia.

Desidratação Leve ou Moderada - Plano B

Atendimento de Enfermeiro ou Médico.

- ADMINISTRAR SOLUÇÃO DE REIDRATAÇÃO ORAL:**
• A quantidade de solução ingerida dependerá da sede do paciente.
• A SRO deve ser administrada continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação.
• Apenas como orientação inicial, o paciente deverá receber de 50 a 100ml/kg para ser administrado no período de 4-6 horas.
- DURANTE A REIDRATAÇÃO REAVALIAR O PACIENTE A CADA 30 MINUTOS SEGUINDO AS ETAPAS DO QUADRO "EXAME FÍSICO" E PESAR A CADA 2 HORAS**
• Se desaparecerem os sinais de desidratação, utilize o PLANO A.
• Se continuar desidratado, indicar sondagem nasogástrica (gastrólise). Iniciar a administração pela sonda na velocidade de 20 a 30 ml/kg hora até a reidratação. E caso de criança com náusea e vômito, reduzir para 15 ml/kg hora, aumentando para dose inicial após a cessação dos sintomas.
• Se o paciente evoluir para desidratação grave, seguir o PLANO C.
- DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE OU ACOMPANHANTE NO SERVIÇO DE SAÚDE ORIENTAR A:**
• Reconhecer os sinais de desidratação;
• Preparar e administrar a SRO;
• Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar: lavagem adequada das mãos, higienização dos alimentos, higiene do banheiro (vaso sanitário ou outro local de evacuação).

O PLANO B DEVE SER REALIZADO NA UNIDADE DE SAÚDE. OS PACIENTES DEVERÃO PERMANECER NA UNIDADE DE SAÚDE ATÉ A REIDRATAÇÃO COMPLETA.

Desidratação Grave - Plano C

Atendimento privativo do Médico.

COMPANHIA E COLABORAÇÃO DE CASAS PARA TODAS AS CRIANÇAS E ADULTOS COM DIARRÉIA E VÔMITO EM UNIDADE DE SAÚDE.

FASE RÁPIDA - MENORES DE 5 ANOS (Fase de expansão)

SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
Soro Fisiológico a 0,9%	Iniciar com 20 ml/kg de peso. Repetir essa quantidade até que a criança esteja hidratada, reavaliando os sinais clínicos após cada fase de expansão administrativa.	30 minutos
Para recém-nascidos e cardiopatas graves começar com 10ml/kg de peso.		

FASE RÁPIDA - MAIORES DE 5 ANOS (Fase de expansão)

SOLUÇÃO	VOLUME TOTAL	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
1º Soro Fisiológico a 0,9%	30ml/Kg	30 minutos
2º Ringer Lactato ou Soluções Polieletrólíticas	70ml/Kg	2 horas e 30 minutos

SOLUÇÃO DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS

SOLUÇÃO	VOLUME EM 24 HORAS	
Soro Glicemado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9%	Peso até 10kg	1000ml/kg
na proporção de 4:1 (manutenção)	Peso de 10 a 20kg	1000ml + 50 ml/kg de peso que exceder 10kg
	Peso acima de 20kg	1500ml + 20ml/kg de peso que exceder a 20k
Soro Glicemado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 1:1 (reposição)	Iniciar com 50 ml/kg/dia. Reavaliar esta quantidade de acordo com as perdas do paciente.	
KCl a 10%	2ml para cada 100ml de solução da fase de manutenção.	

AVANÇAR O PACIENTE PARA O PLANO B SE:

SE NÃO HOUVER MELHORIA DA DEIDRATAÇÃO, ACOMPANHANTE A MELHOR DIA DO DIA.

Quando o paciente puder beber, geralmente 2 a 4 horas após o término da reidratação com soro, iniciar a reidratação por via oral com SRO, mantendo a reidratação contínua.

Interromper a reidratação por via endovenosa somente quando o paciente puder ingerir SRO em quantidade suficiente para se manter hidratado. A quantidade de SRO necessária varia de um paciente para outro, dependendo dos sinais de desidratação.

Terminar após a quantidade de SRO a ser ingerida deves ser maior nos primeiros 24 horas da reidratação. Observar o paciente nos serviços de saúde e em casa, orientando a rede de atenção da comunidade por pelo menos seis (06) horas. Reavaliar o paciente continuamente, pelo menos, a cada hora.

** BRASIL - Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Farmacopéia Brasileira de Fitoterápicos. 1ª Ed. 2016. Disponível em: http://www.farmacopia.pe.gov.br/sites/farmacopia.saude.pe.gov.br/files/documento_fitoterapico.pdf. Acesso em: 15/01/2021.

BRASIL - Ministério da Saúde. Cautar: Manção do paciente com diarreia. 2015. Disponível em: https://bvs.sns.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cautar_paciente_diarreia_cautar.pdf. Acesso em: 20/01/2021.

COREN-SC - Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina. Protocolo de Enfermagem: Atenção à demanda espontânea de cuidados no adulto. Florianópolis-SC, Volume 4, 2017. Disponível em: Acesso em: 01/02/2021.

Diarreia crônica

Quadro 01:

Diarreia crônica e possíveis causas

Classificação da Causa Fisiológica	Características	Possíveis Causas
Osmótica	É gerada pela ingestão de solutos, pouco absorvíveis, e que promovem o aumento da osmolaridade, atraindo líquidos ao lúmen intestinal, em quantidade que excede a capacidade de reabsorção no colon. A eliminação fecal em geral cessa durante o jejum do indivíduo, e com a interrupção da ingestão do agente causador da disfunção.	Ingestão de laxantes osmóticos como sais de fosfato, magnésio, ou açúcares pouco absorvíveis, como lactulose e sorbitol. A deficiência da enzima lactase gera intolerância à ingestão de lactose.
Secretoras	Originam-se em decorrência de distúrbios no transporte hidroeletrolítico da mucosa intestinal. Caracterizam-se clinicamente por eliminações fecais aquosas, indolores, e em grande volume, que persistem mesmo durante períodos de jejum do indivíduo.	Entre as causas estão a ingestão crônica de bebida alcoólica, uso de laxativos, e ressecção, doença, ou fistula intestinal, que promovem menor absorção hídrica pela mucosa entérica. Também pode manifestar-se em decorrência de tumores produtores de hormônios, da utilização de fármacos e infecção por toxinas.
Esteatorreicas	Caracterizam-se pela elevada presença de fezes de aspecto líquido e gorduroso, de odor fétido, e difícil escoamento.	A sintomatologia é consequente à má digestão alimentar (como por exemplo, insuficiência pancreática exócrina, cirurgia bariátrica, e doença hepática), ineficiente absorção de lipídios pela mucosa intestinal (doença celíaca e infecções), ou obstrução linfática (obstrução linfática de 1º ou 2º grau).
Inflamatória	Apresenta como principais características a diarreia associada a febre, dor, sangramento, e secreção purulenta, consequentes à lesão na mucosa intestinal.	As principais causas incluem doença de crohn, colite ulcerativa crônica, alergia alimentar, infecções e neoplasias gastrointestinais.
Dismotilidade	Surgem em consequência ao trânsito com velocidade aumentada (hipermotilidade), do bolo alimentar pelo sistema digestório. As eliminações fecais apresentam características de alimentos parcialmente digeridos, e de consistência líquida. São acompanhadas de dor abdominal, aliviada após evacuação.	Entre as causas, estão o hipotireoidismo, síndrome do intestino irritável (avaliação compatível aos Critérios de Roma IV), diarreia diabética e indução por fármacos agentes procinéticos, como metoclopramida e eritromicina.
Factícias	A diarreia factícia pode ser encontrada em indivíduos com distúrbios psiquiátricos, quando os mesmos possuem o intuito de obter benefício em decorrência da doença. É caracterizada por sintomatologia resultante de autolesão do indivíduo, ou simulação de episódio pelo mesmo.	Pode advir de síndrome de munchausen, uso indevido de laxativos e bulimia.

Fonte: Longo DN, Fauci AS. Gastroenterologia e hepatologia de Harrison. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.

Burgers K, Lindberg B, Bevis ZJ. Chronic Diarrhea in Adults: Evaluation and Differential Diagnosis. American Family Physician [revista em internet] 2020 Abril [acesso 20 de dezembro de 2020]; 101(8). Disponível em: <http://web-b.ebscohost.ez74.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=28&sid=d8be73a5-8caf-41a8-ad76-bc2a42bc358b/v4?sessionmgr10>

APÊNDICES

APÊNDICE I

Folder disponibilizado para as Unidades de Saúde e para Mídia



EM PALMITOS*

No ano de 2021 tivemos 311 casos notificados de doença diarreica aguda entre as duas unidades de saúde e o hospital regional. Em 2022, até o momento, foram registrados 53 casos.

*Fonte: SIVER/MDDA, 2022

Elaboração:



Prof. Dr. Arnildo Korb

Enfª. Franciele Bridi Mallmann
Mestranda em Enfermagem na
Atenção Primária à Saúde -
UDESC/CEO



Doença Diarreica ou Diarreia

Saiba Mais

COMO PREVENIR?

- ▶ Lavar as mãos antes e depois de: utilizar o banheiro, trocar fraldas, preparar os alimentos, amamentar, tocar em animais;
- ▶ Lavar e desinfetar as superfícies, utensílios e equipamentos usados na preparação de alimentos; proteger os alimentos e as áreas da cozinha contra insetos, animais de estimação e outros animais e guardar os alimentos em recipientes fechados;
- ▶ Tratar a água para beber (por fervura ou colocar duas gotas de hipoclorito de sódio a 2,5% para cada litro de água, aguardar por 30 minutos antes de usar);
 - ▶ Guardar água tratada em vasilhas limpas;
 - ▶ Não utilizar água de riachos, rios, cacimbas ou poços contaminados ou sem inspeção;
 - ▶ Ensacar e manter a tampa do lixo sempre fechada, quando não houver coleta de lixo, este deve ser enterrado.

+ Manter o aleitamento materno aumenta a resistência das crianças contra as diarreias;

+ Manter a vacinação da criança atualizada - o Sistema Único de Saúde oferece gratuitamente a vacina da Rotavírus.



ATENÇÃO!

Se os sintomas da doença persistirem ou agravarem, procure atendimento na Unidade de Saúde.

O QUE É DIARREIA?

A diarreia tem como características fezes mais líquidas e em maior frequência. Pode ser causada por vírus, bactérias ou parasitos. Em geral, a diarreia é auto-limitada, com duração entre 2 a 14 dias. As formas variam desde leves até graves, com desidratação e distúrbios eletrolíticos.

QUAIS SÃO OS SINTOMAS?

- ▶ Náusea;
- ▶ Vômito;
- ▶ Febre;
- ▶ Dor abdominal.

COMO TRANSMITE?

A transmissão ocorre por via fecal-oral, ou seja, por fezes contaminadas através da boca. Pode ser por contato pessoa a pessoa, por meio de água, alimentos e objetos contaminados. A eliminação do vírus é através das fezes, contaminando o meio ambiente. Uma pequena quantidade deles é suficiente para causar infecção, razão pela qual são frequentes os surtos em ambientes com muitas pessoas.

APÊNDICE II



Enfermeira da Unidade Básica de Saúde do município repassa informações imp...
Se os sintomas da doença persistirem ou ag...

<https://www.palmitos.sc.gov.br/noticias/ver/2022/03/enfermeira-da-unidade-basica-de-saude-do-municipio-repassa-informacoes-importantes-sobre-doenca-diarreica-ou-diarreia>

22:24 ✓

<https://www.palmitos.sc.gov.br/noticias/ver/2022/03/enfermeira-da-unidade-basica-de-saude-do-municipio-repassa-informacoes-importantes-sobre-doenca-diarreica-ou-diarreia>

APÊNDICE III

**O GRUPO DE PESQUISA DA UDESC:
AMBIENTE, DESENVOLVIMENTO E SAÚDE HUMANA, COM O APOIO
CULTURAL DA FAPESC, CONVIDA A TODOS PARA O PROGRAMA**

O INCRÍVEL MUNDO DAS EVIDÊNCIAS

**AS DIARREIAS AGUDAS EM MUNICÍPIOS DO OESTE
CATARINENSE: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA**

CONVIDADA

Franciole Maria Bridi Malmann



- Graduada Em Enfermagem pela Fundação Universidade do Contestado- Campus Concórdia
- Pós- Graduada em Saúde Pública
- Mestranda Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde- Udesc.



- **Apresentador: Professor Arnildo**

Acessos:

WhatsApp Rádio: 49 410101100
<http://radiocentenario.com.br>
<https://youtube.com/channel/UCFkpo4p6vkfbpY9F656rM9g>
 ou Aplicativo
www.rádiosnet.com - Disponível em App Store e Playstore

- **18/06/2022 (SÁBADO) ÀS 9:00**
- **LOCAL / RÁDIO CENTENÁRIO/ YOUTUBE**

APÊNDICE IV

TRABALHO APRESENTADO E PREMIADO

I ENCONRO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM DA REGIÃO SUL DO BRASIL

TECNOLOGIA CUIDATIVO-EDUCACIONAL PARA IMPLEMENTAÇÃO DO FLUXOGRAMA DE MANEJO DA DOENÇA DIARREICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Franciole Maria Bridi Mallmann¹, Sandra Mara Marin², Arnildo Korb¹

INTRODUÇÃO

A diarreia aguda é uma doença caracterizada pela perda de água e eletrólitos, que resulta no aumento do volume, na frequência das evacuações e na diminuição da consistência das fezes, podendo apresentar ainda muco e sangue (disenteria). A maioria dos episódios de diarreia aguda é provocada por um agente infeccioso e apresenta duração menor de duas semanas (BRASIL, 2007). A enfermidade deve ser tratada de forma atenta e imediata, uma vez que o manejo adequado, em regra, resulta em melhora do quadro clínico sem custos desnecessários ou maiores danos ao paciente. Além de possuir impacto positivo na diminuição da morbidade hospitalar pela doença (BRAND; ANTUNES et al., 2015).

Nos serviços de saúde, a avaliação das condições dos pacientes deve ocorrer de maneira criteriosa, com anamnese e exame físico completo. Atualmente, o manejo da doença no Brasil segue orientações dispostas no documento intitulado “Manejo do Paciente com Diarreia”, distribuído pelo Ministério da Saúde desde o ano de 2015, cuja classificação ocorre de acordo com o grau de desidratação identificado, o que irá nortear o tratamento adotado (BRASIL, 2015).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), (WGO, 2012), a cada ano são registrados cerca de dois bilhões de casos de diarreia no mundo. Este dado relevante despertou no grupo de pesquisa o interesse em implementar o Fluxograma de Manejo do Paciente com Doença Diarreica em Municípios do Oeste de Santa Catarina, desenvolvido pela

¹Enfermeira, Atenção Primária à Saúde. ²Enfermeira Docente UDESC/CEO. ³Farmacêutico Docente UDESC/CEO. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional na Atenção Primária à Saúde – Centro Educacional Oeste, UDESC. francimallmann@hotmail.com

mestre Carlise Krein, no Programa de Pós-graduação em Mestrado Profissional da Enfermagem.

Considerando que essa ferramenta é de extrema importância para qualificar o atendimento prestado ao indivíduo, reduzir danos à saúde e custos financeiros, esse trabalho consistiu na implementação do fluxograma supracitado no serviço de atenção primária à saúde, em um município da região Oeste do Estado de Santa Catarina, envolvendo os diferentes profissionais de saúde através de tecnologias cuidado-educacionais.

DESENVOLVIMENTO

O trabalho em questão refere-se a um estudo metodológico, com abordagem qualitativa, na modalidade exploratória-descritiva.

Para implementação do estudo empregou-se o Fluxograma de Manejo do Paciente com Doença Diarreica nos Serviços de Saúde do Oeste de Santa Catarina, conforme já referenciado e autorizado pela autora. Uma adaptação da versão do fluxograma disponibilizado pelo Ministério da Saúde foi realizada para a realidade local. Para a capacitação foi empregada a técnica de *World Café* aos profissionais membros da equipe do programa da estratégia de saúde da família (médicos, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, enfermeiros).

Quanto aos critérios de inclusão, foram contemplados: profissionais de saúde da área assistencial, com vínculo empregatício de no mínimo seis meses na atenção primária à saúde das categorias listadas e com idade superior a 18 anos. Já os critérios de exclusão contemplaram os profissionais que durante o período de coleta de dados usufruísem de férias ou mantivessem afastamento para tratamento de doenças.

O estudo foi encaminhado para as instituições envolvidas para a aprovação expressa por meio da assinatura na Declaração de Ciência e Concordância. Além disso, todos os profissionais participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

A implementação propriamente dita ocorreu na Unidade Básica de Saúde – UBS, em um município da região Oeste do Estado de Santa Catarina, num total de três encontros, com duração de duas horas cada encontro, nos meses de Agosto e Outubro/2022. A equipe contemplada incluiu: um Gestor Saúde; três Técnicos de Enfermagem; dois Enfermeiros e dois Médicos. O fluxograma de atendimento ao paciente com doença diarreica aguda foi implementado na unidade de saúde da atenção primária à saúde, conforme a proposta inicial do trabalho, com uso da tecnologia cuidado-educacional, nominalmente *World Café*, como

forma de capacitar os profissionais, visando otimizar o atendimento prestado ao indivíduo e facilitar a práxis dos mesmos, além de melhorar a saúde do paciente em menor tempo com mais qualidade.

A dinâmica do *World Café* foi adaptada à realidade local, e seu objetivo contemplou o esperado, sendo considerado um processo dinâmico e criativo que fomentou e polinizou diálogos entre os indivíduos, criando uma rede viva e colaborativa de ideias, onde foi acessada a inteligência coletiva para responder a todas as questões. A condução às discussões foi realizada pela pesquisadora, a partir da sensibilização dos participantes, os quais foram encorajados a expressarem suas ideias. Dessa forma, foi possível observar a grande relevância dessa metodologia na organização do processo de trabalho e por consequência imediata a melhoria das condições de saúde da comunidade.

RESULTADO

Os impactos iniciais do estudo sugerem que a educação aliada a práxis dos profissionais pode ser uma ferramenta efetiva para as estratégias de saúde, reduzindo custos municipais e federais, tempo de recuperação do paciente e aumentando a qualidade de vida do indivíduo e comunidade. Quanto a usabilidade, observou-se que a mesma foi de extrema valia e fácil replicação. Além disso, a equipe de saúde aderiu ao trabalho de forma plena, fornecendo um feedback positivo ao pesquisador.

TEIXEIRA, 2020, considera que o Word Café possui dimensões teórico-metodológicas fundamentais para a transformação de possibilidades em realidades vibrantes. Revela-se, assim, como uma estratégia participativa e dialógica para o desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais.

O estudo demonstra ainda potencial para instigar e ampliar conhecimentos técnicos e científicos à equipe no que tange ao manejo da doença diarreica, sendo uma das possibilidades a avaliação da tecnologia, objetivando a adesão ao instrumento e a potencialização das práxis dos profissionais de saúde e sua implicação na saúde da comunidade.

Sendo assim, a implementação do fluxograma de manejo do paciente com doença diarreica estabelecido no local de trabalho objeto deste estudo contribuiu para a qualificação da equipe de profissionais da atenção primária à saúde e para a prossecução da tecnologia produzida.

Descritores: Enfermeiros. Atenção primária à saúde. Diarreia aguda. Tecnologia Educacional.

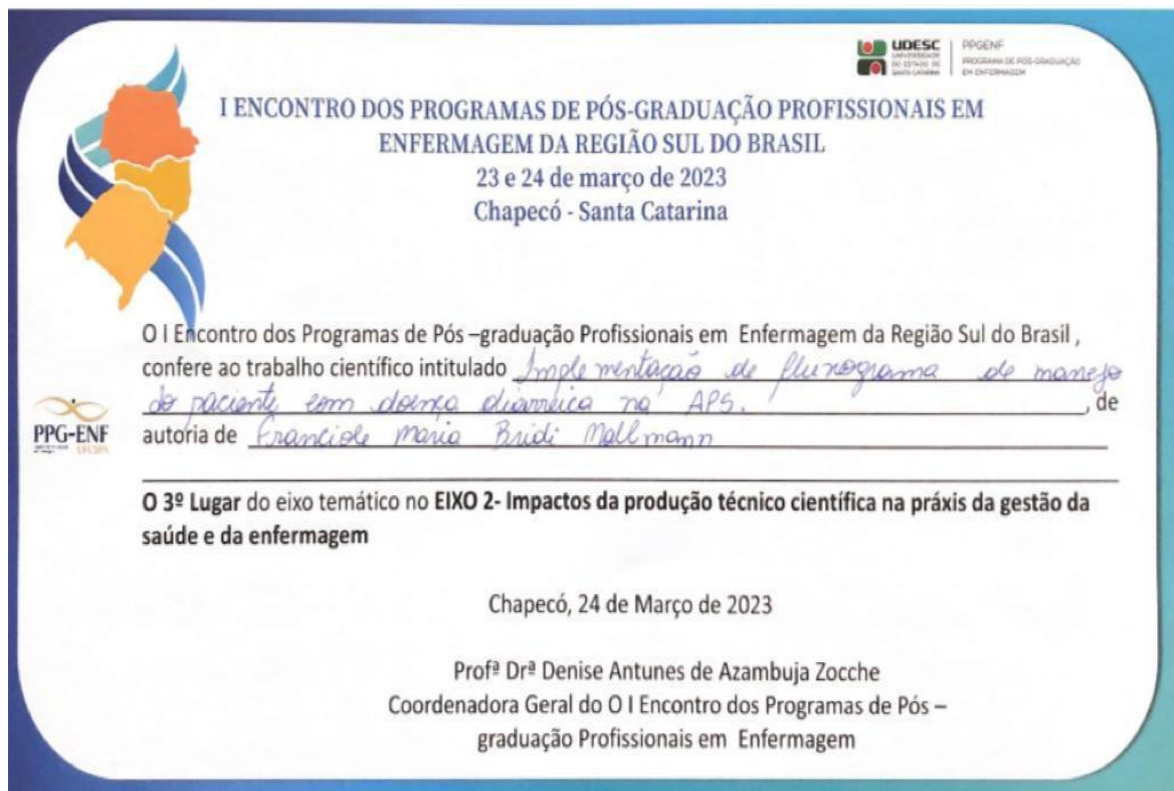
REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRANDT, K. G.; ANTUNES, M. M. C.; SILVA, G. A. P. Diarreia aguda: manejo baseado em evidências. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 91, n. 6, p. 36- 43, 2015. Supl. 1.

TEIXEIRA, E. (org.). Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais. vol. 2. Porto Alegre: Moriá, 2020.

WHO, World Health Organization. The Treatment of Diarrhoea. **A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers** (WHO/CAH/03.7). Geneva: World Health Organization, 2005.



UDESC UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA

PPGENF PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

I ENCONTRO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAIS EM ENFERMAGEM DA REGIÃO SUL DO BRASIL
23 e 24 de março de 2023
Chapecó - Santa Catarina

O I Encontro dos Programas de Pós-graduação Profissionais em Enfermagem da Região Sul do Brasil, confere ao trabalho científico intitulado Implementação de fluxograma de manejo de paciente com doença diarreica na APS., de autoria de Franciele Maria Briedi Mallmann

PPG-ENF

O 3º Lugar do eixo temático no EIXO 2- Impactos da produção técnico científica na práxis da gestão da saúde e da enfermagem

Chapecó, 24 de Março de 2023

Profª Drª Denise Antunes de Azambuja Zocche
Coordenadora Geral do O I Encontro dos Programas de Pós-graduação Profissionais em Enfermagem

APÊNDICE V**CRONOGRAMA**

	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai	jun
Revisão de Literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Determinação dos Objetivos	X															
Qualificação				X												
Envio Comitê Ética					X											
Teste Piloto						X										
Coleta de Dados							X	X								
Análise/Intepretação Dados									X	X						
Avaliação dos Juízes														X		
Relatório Final																X
Revisão da Redação														X	X	X
Apresentação da Defesa																X
Entrega TCC																X

ORÇAMENTO

DISCRIMINAÇÃO	DISPÊNDIO (R\$)
Materiais impressos	400,00
Combustível	2.000,00
Livros	1.000,00
Assessorias	600,00
Eventos	1.000,00
Hospedagem	1.500,00
TOTAL (R\$)	6.500,00