



Série

**Estudos e Inovações
em Enfermagem**

Volume 3

**PRODUÇÕES DO
MESTRADO
PROFISSIONAL EM
ENFERMAGEM NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE:**

**CONTRIBUIÇÕES
TÉCNICO-CIENTÍFICAS
PARA A GESTÃO E O
CUIDADO**

Organização

Profa. Dra. Edlamar Kátia Adamy

Profa. Dra. Letícia de Lima Trindade

Profa. Dra. Silvana dos Santos Zanotelli

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC

Reitor

Dilmar Baretta

Vice-Reitor

Luiz Antonio Ferreira Coelho

Pró-Reitora de Administração

Mariana Fidelis Vieira da Rosa

Pró-Reitor de Planejamento

Alex Onacli Moreira Fabrin

Pró-Reitora de Ensino

Gabriela Botelho Mager

Pró-Reitor de Extensão, Cultura e Comunidade

Alfredo Balduino Santos

Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação

Letícia Sequinatto

EDITORA UDESC - CONSELHO EDITORIAL

Presidente

Luiza da Silva Kleinubing

Secretário

Marcelo Gomes Cardoso

CAV

Veraldo Liesenberg (Titular)

Roseli Lopes da Costa Bortoluzzi (Suplente)

CCT

Gilmario Barbosa Dos Santos (Titular)

Regina Helena Munhoz (Suplente)

CEAD

Carmen Maria Cipriani Pandini (Titular)

Tania Regina da Rocha Unglaub (Suplente)

CEART

Giselle Schmidt Alves Diaz Merino (Titular)

Milton de Andrade Leal Junior (Suplente)

CEAVI

Rogério Simões (Titular)

Iraci Leitzke (Suplente)

CEFID

Caroline Ruschel (Titular)

Carla Garcia Hostalacio Barros (Suplente)

CEO

Denise Antunes de Azambuja Zocche
(Titular)

Rosana Amora Ascari (Suplente)

CEPLAN

Delcio Pereira (Titular)

Fernanda Hansch Beuren (Suplente)

CERES

Danielle Rocha Benicio (Titular)

Carolina Stolf Silveira (Suplente)

CESFI

Luiz Filipe Goldfeder Reinecke (Titular)

Alexandre Magno de Paula Dias (Suplente)

ESAG

Leonardo Secchi (Titular)

Fabiano Maury Raupp (Suplente)

FAED

Fernando Coelho (Titular)

Luciana Rossato (Suplente)

EDITORA UDESC

Fone: (48) 3664-8100

E-mail: editora@udesc.br

<http://www.udesc.br/editorauniversitaria>

Série
**Estudos e Inovações
em Enfermagem**
Volume 3

**PRODUÇÕES DO MESTRADO
PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

CONTRIBUIÇÕES TÉCNICO-CIENTÍFICAS
PARA A GESTÃO E O CUIDADO

2023

Mestrado Profissional em Enfermagem
na Atenção Primária à Saúde

Organização

Profa. Dra. Edlamar Kátia Adamy
Profa. Dra. Letícia de Lima Trindade
Profa. Dra. Silvana dos Santos Zanotelli

Revisão

Janete Maria Gheller

Capa/Projeto Gráfico

Alexandre Lunelli e Adriana Suzena

Diagramação

Isadora Matiello Noal

P964 Produções do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: contribuições técnico-científicas para a gestão e o cuidado / organizado por Edlamar Kátia Adamy, Letícia de Lima Trindade, Silvana dos Santos Zanotelli. – Florianópolis: Editora UDESC, 2023.

194 p. – (Estudos e inovações em enfermagem; 3)

ISBN-e: 978-65-88565-85-8

1. Enfermagem – estudo e ensino. 2. Saúde – administração. I. Adamy, Edlamar Kátia. II. Trindade, Letícia de Lima. III. Zanotelli, Silvana dos Santos.

CDD: 610.73 - 20. ed.

ORGANIZAÇÃO

Edlamar Kátia Adamy

Enfermeira. Doutora. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina.

Letícia de Lima Trindade

Enfermeira. Doutora. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina

Silvana dos Santos Zanotelli

Enfermeira. Doutora. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina

AUTORES

Alice Hirdes

Enfermeira. Doutora em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de Porto Alegre. Professora de Enfermagem e do Mestrado em Promoção da Saúde, Desenvolvimento Humano e Sociedade da Universidade Luterana do Brasil. E-mail: alice.hirdes@ulbra.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3318-0514>

Aline Lemes de Souza

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina. Enfermeira e Coordenadora da Atenção Básica na Secretaria Municipal de Saúde de Sul Brasil, Santa Catarina. E-mail: alinedbeth@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0072-3642>

Arnildo Korb

Biólogo. Doutor em Meio Ambiente e Desenvolvimento. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina. E-mail: arnildo.korb@udesc.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7333-0754>

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora do Colegiado de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Biociências e Saúde (mestrado e doutorado) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. E-mail: beatriz.oliveira@unioeste.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7366-077X>

Camila Soligo Bernardi

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina, Coordenadora de Atenção Primária à Saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Pinhalzinho/SC. E-mail: enfcamilasoligo@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8419-6378>

Carla Argenta

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina. E-mail: carla.argenta@udesc.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9729-410X>

Carine Vendruscolo

Enfermeira. Pós-doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina. E-mail: carine.vendruscolo@udesc.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5163-4789>

Carlise Krein

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina. Enfermeira na Secretaria Municipal da Saúde de Mondaí-SC. E-mail: carlise.krein02@edu.udesc.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7781-7172>

Clarissa Bohrer da Silva

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina. E-mail: clarissa.bohrer@udesc.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1254-019X>

Denise Antunes de Azambuja Zocche

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina.
E-mail: denise.zocche@udesc.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4754-8439>

Edlamar Kátia Adamy

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina.
E-mail: edlamar.adamy@udesc.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8490-0334>

Elisangela Argenta Zanatta

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina.
E-mail: elisangela.zanatta@udesc.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7426-6472>

Elisabete Maria das Neves Borges

Enfermeira. Pós-doutora em Enfermagem. Docente da Escola Superior de Enfermagem e Investigadora integrada do Center for Health Technology and Services Research, Porto – Portugal.
E-mail: elisabete@esenf.pt
ORCID: 0000-0002-6478-1008

Francieli Cecconello

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina. Coordenadora do Hospital da Criança Augusta Muller Böhner.
E-mail: francecconello@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4386-0022>.

Jamine Bernieri

Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Enfermeira na Secretaria Municipal de Saúde de Erval Grande-RS.
E-mail: minebernieri@yahoo.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5256-5041>

Jeane Barros de Souza

Enfermeira. Pós-doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal Fronteira Sul.
E-mail: jeane.souza@uffs.edu.br
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0512-9765>

Junir Antonio Lutinski

Biólogo. Doutor pela Universidade Federal de Santa Maria. Biólogo da Secretaria da Saúde do município de Chapecó, SC e professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Professor visitante na Universidad Nacional de Misiones, Argentina.
E-mail: junir@unochapeco.edu.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0149-5415>

Kaciane Boff Bauermann

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina. Enfermeira na Gerência Regional de Saúde de Maravilha.
E-mail: kacianebb@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1897-1203>

Karine Regina Reinehr

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina.
E-mail: karine.reinehr@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4361-2296>

Karina Schopf

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina. Coordenadora de equipe de Saúde da Família no Município de Paraíso/SC.
E-mail: karinaschopf70@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8143-2056>

Larissa Thielle Arcaro

Advogada. Mestre em Direito. Tribunal de Justiça de Santa Catarina.
E-mail: larissat_smo@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7116-3796>

Leila Zanatta

Farmacêutica. Doutora em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora do Departamento de Enfermagem e do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina.
E-mail: leila.zanatta@udesc.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0935-4190>

Letícia de Lima Trindade

Enfermeira. Pós-doutora pela Universidade do Porto. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina. Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó e visitante na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.
E-mail: letrindade@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7119-0230>

Letícia Maria Rostirolla

Enfermeira. Mestre pela Universidade do Estado de Santa Catarina. Enfermeira na Secretaria Municipal de Saúde de Guatambu/SC.
E-mail: lethi@unochapeco.edu.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1480-7502>

Lucieli Dias Pedreschi Chaves

Enfermeira. Pós-Doutorado em Gestão e Avaliação. Livre-docente em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem Ribeirão Preto e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental.
E-mail: dpchaves@eerp.usp.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8730-2815>

Lucimare Ferraz

Enfermeira. Pós-doutora pela Universidade do Porto. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina.
E-mail: lucimare.ferraz@udesc.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2487-8614>

Maiara Daís Schoeninger

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina, doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, bolsista da CAPES.
E-mail: maia_schoeninger@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0095-1485>

Rafael Gue Martini

Jornalista. Doutor em Educação. Professor do Centro de Educação a Distância e do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina.
E-mail: rafael.martini@udesc.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7409-4340>

Raquel Cristina Sulzbach

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina. Enfermeira de Estratégia de Saúde da Família do município de Pinhalzinho - SC.
E-mail: raquelcristina16@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1062-375X>

Rosana Amora Ascari

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina.
E-mail: rosana.ascari@udesc.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2281-8642>

LISTA DE SIGLAS

ABEn - Associação Brasileira de Enfermagem

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AD - Atenção Domiciliar

APS - Atenção Primária à Saúde

ATS - Atenção Terciária em Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CBL - Câmara Brasileira do Livro

CBO - Cadastro Brasileiro de Ocupações

CE - Consulta do Enfermeiro

CEP - Comitê de Ética em Pesquisas

CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CIR - Comissão Intergestores Tripartite

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

COREN-SC - Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina

COVID-19 - Coronavirus Disease 2019

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais

DSMV - Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais

EBE - Enfermagem Baseada em Evidências

EPA - Enfermagem de Prática Avançada

EPS - Educação Permanente em Saúde

eSB - equipe de Saúde Bucal

eSF - equipe de Saúde da Família

ESF - Estratégia Saúde da Família

ESPIN - Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional

FN-SUS - Força Nacional do Sistema Único de Saúde

GESTRA - Grupo de Estudos em Saúde e Trabalho

GF - Grupos Focais

GT -Grupo de Trabalho

IA - Investigação Apreciativa

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICS - Índice de Concordância Semântica

IMCI - Integrated Management of Childhood Illness

ISBN - International Standard Book Number
IVC - Índice de Validade de Conteúdo
LILACS - Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MeSH - Medical Subject Heading
MPEAPS – Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde
MiCBT - Mindfulness-integrated Cognitive Behavior Therapy
MS - Ministério da Saúde
NASF-AB - Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica
NE - Nível de Evidência
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PAR - Plano de Ação Regional
PDF - Portable Document Format
PE - Processo de Enfermagem
PICS - Práticas Integrativas e Complementares
PNAB - Política Nacional da Atenção Básica
PNAU – Política Nacional de Urgência e Emergência
PNPS - Política Nacional de Promoção a Saúde
PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PR – Paraná
PTS - Projeto Terapêutico Singular
PNAU - Política Nacional de Atenção às Urgências
P4 - Prevenção Quaternária
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RI - Revisão Integrativa
RS - Rio Grande do Sul
RT - Relacionamento Terapêutico
RUE - Rede de Urgência e Emergência
SAD - Serviço de Atenção Domiciliar
SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAM - Suitability Assessment of Materials
SAMU - Serviço de Atendimento

Móvel de Urgência
SAS - Secretaria de Atenção à Saúde
SC - Santa Catarina
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SRO - Solução de Reidratação Oral
SUS - Sistema Único de Saúde
TCC - Terapia Comportamental Cognitiva
TCC - Trabalho de Conclusão de Curso
TCE - Tecnologias Cuidativo-educacionais
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE - Tecnologias Educacionais
TEA - Transtorno do Espectro do Autismo
TIC - Tecnologias de Comunicação e Informação
TMC - Transtornos Mentais Comuns
UBS - Unidades Básicas de Saúde
UDESC - Universidade do Estado de Santa Catarina
UPA - Unidades de Pronto Atendimento
WOFD - World Organization of Family Doctors

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
PREFÁCIO	14
PARTE 1 REFLEXÕES SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	16
CONSULTA DO ENFERMEIRO: UM OLHAR SOB A ÓTICA DA ENFERMAGEM DE PRÁTICA AVANÇADA	18
PANORAMA DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO BRASIL E SUAS INTERFACES COM A POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE DE SC	34
ESTRATÉGIAS DE CUIDADO A USUÁRIOS EM SOFRIMENTO MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA	48
TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO: SABERES PARA A PRÁXIS DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	72
PARTE 2 PRODUÇÕES TECNOLÓGICAS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	84
INFOGRÁFICO: TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	86
MANUAL TÉCNICO PARA A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA: UMA TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	110
PRODUÇÃO DE UM JOGO DE TABULEIRO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS	134
FLUXOGRAMA DE MANEJO DA DOENÇA DIARREICA: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO	148
FLUXOGRAMAS DE ENFRENTAMENTO DO ASSÉDIO MORAL: TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS E INSTRUMENTOS DE TRABALHO	160
STORYBOARD PARA PRODUÇÃO DE VÍDEOS SOBRE O CUIDADO DOMICILIAR À CRIANÇA EM USO DE TRAQUEOSTOMIA	178

APRESENTAÇÃO

Apresentamos nesta obra produções do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS), como continuidade da série - Estudos e Inovações em Enfermagem -, constituindo o Volume 3.

O Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina, em funcionamento desde agosto de 2017, possui sua área de concentração na Promoção da saúde na Atenção Primária, focado no desenvolvimento de competências para o exercício da liderança em serviços de saúde; qualificação da prática profissional para a intervenção no contexto das Redes de Atenção à Saúde (RAS); produção e implementação de tecnologias para o cuidado de enfermagem e promoção da saúde dos indivíduos e coletividades. Para isso, suas produções se distribuem em duas linhas, Tecnologias do Cuidado, que investiga, aprimora e produz conhecimento e tecnologias para o cuidado em práticas avançadas de enfermagem nas RAS, com foco na promoção da saúde e Gestão do trabalho e Educação em Saúde, que estuda e propõe intervenções no contexto do processo de gestão do trabalho e educação em saúde, para desenvolver a autonomia e fortalecer a tomada de decisão do enfermeiro na resolução de problemas e promoção da saúde.

Nesta direção, neste exemplar apresentamos contribuições técnico-científicas para a gestão e o cuidado, oriundas dos Trabalhos de Conclusão de Curso de dez mestres em enfermagem. Está dividido em duas seções, nas quais são apresentadas, na Parte I - Reflexões sobre a Atenção Primária à Saúde e na Parte II - As produções tecnológicas para a Atenção Primária à Saúde.

As Organizadoras

PREFÁCIO

Esta é uma publicação que traz contribuições técnico-científicas à gestão e o cuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Tais contribuições são oriundas de produções do Mestrado Profissional em Enfermagem na APS da UDESC-Chapecó. Apresenta dois conjuntos de contribuições: nos quatro primeiros capítulos, encontram-se estudos com reflexões e geração de evidências; nos seis capítulos seguintes temos estudos com produções tecnológicas.

A APS e o Sistema Único de Saúde (SUS) são marcos de sustentação da obra. As ancoragens estudos perpassam pelo Processo de Enfermagem (PE), Enfermagem de Prática Avançada (EPA), Rede de Urgência e Emergência (RUE), Transtornos Mentais Comuns (TMC), Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), Prevenção Quaternária (P4), Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), dentre outros.

Considerando a classificação de tecnologias de Nietzsche (tecnologias assistenciais, gerenciais, educacionais), destacam-se na obra as educacionais, seguidas das assistenciais. As tecnologias educacionais (TE), dispositivos para mediar ações-intervenções educativas com foco no processo ensino-aprendizagem, podem ser de diferentes formatos; na obra encontramos infográficos, manual, jogo de tabuleiro, storyboard para a produção de série de vídeos. As TE também podem ser para distintos públicos (estudantes, comunitários, profissionais); na obra temos TE para equipe, comunitários e cuidadores informais de idosos, dentre outros.

No que tange aos estudos com produções tecnológicas, perpassam pelos processos de produção e validação, etapas da pesquisa metodológica. Para a produção, são aplicados modelos baseados em evidências da literatura, evidências da realidade bem como o modelo de desenvolvimento participativo. Para a validação, são utilizados os modelos de validação de conteúdo, de aparência e semântica, envolvendo juízes-especialistas e também público-alvo.

Ressalta-se a praticidade da obra, que pode assessorar professores, profissionais que atuam na APS, estudantes de cursos de graduação e pós-graduação, pois além de trazer estudos de reflexão e geração de evidências, dá ênfase ao processo de produção-validação de soluções tecnológicas para a APS.

Esta é, necessariamente, uma publicação que convida o leitor a pensar na multidimensionalidade das ações na APS. Há uma relação da obra com a realidade, subsidia educadores-pesquisadores, contribui com o acompanhamento e monitoramento das atividades de gestão e cuidado na APS e, com certeza, merece uma leitura “reflexiva” atenta e aberta.

Elizabeth Teixeira

PARTE 1

REFLEXÕES SOBRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CAPÍTULO 1

CONSULTA DO ENFERMEIRO: UM OLHAR SOB A ÓTICA DA ENFERMAGEM DE PRÁTICA AVANÇADA

LETICIA MARIA ROSTIROLLA

EDLAMAR KÁTIA ADAMY

CARINE VENDRUSCOLO

INTRODUÇÃO

No Brasil, atualmente, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é reconhecida como a principal porta de entrada para o serviço de saúde, promovendo novas formas de cuidar e de intervir na saúde ao priorizar a promoção da saúde, a prevenção de doenças ou agravos, bem como a organização da rede de serviços, o estabelecimento de vínculo com a comunidade, a interdisciplinaridade e a família (BRASIL, 2017).

Como um dos principais componentes da equipe de ESF, o Enfermeiro deve nortear a sua prática assistencial de forma científica, para isso, esse profissional dispõe da Consulta do Enfermeiro (CE) como tecnologia que requer a combinação entre o conhecimento humano, científico e empírico, para sistematizar o fazer ao prestar assistência de qualidade, o qual se efetiva no cuidado ao indivíduo, família, comunidade (DANTAS; SANTOS; TOURINHO, 2016; MARANHA; SILVA; BRITO, 2017).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) prescreve, dentre as atribuições específicas da atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde (APS), a realização de CE, a solicitação de exames complementares, a prescrição de medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS), gestores estaduais, municipais ou do Distrito Federal (BRASIL, 2017).

Cabe ressaltar, que a prática do Enfermeiro na APS ocorre mediante as exigências legais da profissão e que a CE desenvolvida nesse grau de atenção, geralmente, está relacionada à coleta do exame de Papanicolaou, pré-natal e puerpério, planejamento familiar, atendimento de puericultura, de hipertensos e de diabéticos, além da atenção em saúde mental (FERREIRA *et al.*, 2018).

No que tange à legislação específica da enfermagem, a Lei do exercício profissional nº 7.498/86, a consulta é considerada uma atividade privativa do Enfermeiro e consiste na aplicação do Processo de Enfermagem (PE) ao indivíduo, à família e à comunidade de forma direta e independente. Demanda um trabalho profissional com habilidades e capacidades cognitivas (pensamento, raciocínio), psicomotoras (físicas) e afetivas (emoções, sentimentos e valores) e implica pensar e estudar para a inovação de planos de cuidado que sejam aderentes às necessidades humanas e sociais da clientela (COFEN, 1986; GARCIA, 2016). Ainda, a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) n. 358/2009 conceitua PE como “um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional”. Nessa mesma resolução, o termo PE é entendido como sinônimo de CE quando executada todas as suas etapas e desenvolvido em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros (COFEN, 2009).

Segundo a resolução supracitada, a CE, quando operacionalizada com base nas etapas do PE, compreende a entrevista para a coleta de dados, o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem, o planejamento de Enfermagem, a implementação dos cuidados e a avaliação (COFEN, 2009).

No âmbito da APS, o PE/CE vem se destacando nas reflexões com ênfase na Enfermagem de Prática Avançada (EPA), uma vez que essa terminologia define esse profissional como “um Enfermeiro que adquiriu a base de conhecimento especializado, habilidades complexas de tomada de decisão e competências clínicas para a prática expandida, cujas características são moldadas pelo contexto ou país em que é credenciada para a prática” (ICN, 2009, p. 9).

A EPA deve integrar pesquisa, educação, prática assistencial e gestão e suas ações devem ser sempre baseadas em evidências científicas. O profissional que realiza a EPA, propostos para os países da América Latina são *nurse practitioners*, com formação de nível mestrado, que prestariam assistência, incluindo o diagnóstico aos usuários de doenças agudas leves e crônicas; enfermeiros gestores de casos, que atua na conexão e integração entre os pontos de atenção, além da perspectiva de atuação em redes integradas e enfermeiros de prática avançada, especialista em obstetrícia e geriatria, com atenção voltada a essas populações específica (CASSIANI, DIAS, 2021).

O Enfermeiro, nesta atividade, também precisa desenvolver habilidades em determinada área de especialidade e ser capaz de prestar cuidados em saúde efetivos e eficientes com alto grau de autonomia; ser reconhecido por sua liderança pela equipe de saúde e usuários; utilizar evidências científicas para nortear sua prática clínica, integrando o conhecimento em Enfermagem com sua experiência clínica e demais áreas correlatadas. Deve ter experiência em métodos de pesquisa e capacidade de examiná-las, criticamente, de acordo com a qualidade e a relevância para sua prática clínica e para promover melhorias nos sistemas de saúde; explicar e aplicar referenciais teóricos; compreender, desenvolver e divulgar a Enfermagem Baseada em Evidências (EBE) (CANADIAN NURSES ASSOCIATION, 2019).

Neste sentido, a EPA pode ser estabelecida nos diferentes contextos de saúde, contudo aspectos externos da profissão influenciam no seu desenvolvimento e implementação, dentre eles os aspectos legais e regulatórios locais, sendo capazes de limitar ou favorecer o seu reconhecimento (QUIROZ; TOSO, 2021).

Nos últimos 30 anos, vários países buscaram a implementação de programas de educação da EPA. Atualmente, sua ênfase está na padronização desses programas e na certificação profissional da EPA, facilitando sua mobilização e reconhecimento internacional em diferentes ambientes de saúde. No entanto, ainda persiste a necessidade de estabelecer o papel do EPA entre os profissionais de enfermagem e demais profissionais da saúde, especialmente, os responsáveis pela política e regulamentação profissional e a comunidade em geral. É preciso dirimir a confusão de papéis entre o Enfermeiro especialista com ampla experiência clínica, o Enfermeiro com formação acadêmica em sua especialidade e o EPA com título de mestrado no sentido de integrar totalmente a função do EPA aos sistemas de saúde (QUIROZ; TOSO, 2021).

Há Enfermeiros de prática avançada em diferentes áreas do conhecimento, como na saúde do adulto, do idoso, da criança, da mulher, de recém-nascidos, na saúde pública, saúde mental, anestesia, obstetrícia, ortopedia, cuidados em unidades de urgência, terapia intensiva e gestão (ICN, 2009).

A EPA tem grande potencial para responder à crescente complexidade de cuidados, e os Enfermeiros de prática avançada podem melhorar os resultados em saúde relacionados à satisfação do usuário, qualidade de vida, acesso aos serviços de saúde, eficiência de custo, permitindo a prestação de cuidados integrados e coordenados. Além disso, as práticas avançadas podem colaborar para o desenvolvimento da prática baseada em evidência e, consequentemente, promover o aperfeiçoamento da clínica (CNA, 2008).

Um estudo de revisão da literatura realizado no Canadá para verificar as barreiras e os facilitadores para a prática avançada de enfermagem identificou vários estudos controlados e randomizados, comparando os cuidados oferecidos por enfermeiras de prática avançada com os cuidados habituais de enfermagem. Os resultados evidenciaram maior eficácia, maior satisfação do usuário e melhor qualidade do atendimento, principalmente na APS (QUIROZ; TOSO, 2021).

Tratando-se da EPA, no Brasil, o COFEN em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), tem promovido discussões relacionadas às práticas avançadas, visando a sua implementação no âmbito da APS. Tais discussões baseiam-se nos modelos canadenses e americanos e têm como objetivo aumentar o escopo da EPA e sua resolutividade para ampliar o acesso e a cobertura da população.

O perfil desse profissional seria obtido, preferencialmente, a nível de mestrado profissional e na residência vinculada ao mestrado profissional (COFEN, 2016). Em reunião realizada em 2016 houve uma pactuação entre o COFEN, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Grau Superior (CAPES) e o MS para a implantação das práticas avançadas no Brasil, por meio de ações que fortaleçam os centros de excelência, formando docentes e multiplicadores. Foi proposta a criação de um currículo nuclear para enfermeiras residentes de programas multiprofissionais, com complementação de estudos que possibilitassem acelerar seu ingresso no mestrado profissional, além de medidas para facilitar a implantação de protocolos utilizados na ESF, por exemplo, para a prescrição de medicamentos (COFEN, 2016).

A regulamentação do papel da EPA é o alicerce que sustentará a prática aliada à qualidade da formação para os futuros profissionais de enfermagem. No Brasil, ainda, não existe um processo de regulação, de formação e de espaço de atuação da EPA, contudo a reflexão sobre esta modalidade formativa converge para produzir o reconhecimento da EPA com vistas a atender os princípios e conceitos norteadores do SUS concretizados nas práticas de saúde, principalmente, na APS. A implementação da EPA deve levar em conta a identificação

de necessidades de saúde da população e das expectativas do Enfermeiro quanto aos seus papéis profissionais e sociais, além de fortalecer a sua inclusão nas discussões curriculares e nas pesquisas desenvolvidas, referentes à realidade social e política do país (TOSO; PADILHA; BREDA, 2019).

A partir dessas discussões, destaca-se que atualmente tem-se avançado na construção da EPA, contudo no Brasil não existe uma definição consensual e um título para se referir a esses profissionais de prática avançada, pois ainda precisa ser construído. Neste sentido, é possível afirmar que a CE se constitui um dos principais instrumentos para o empoderamento do enfermeiro e pode contribuir na definição dos caminhos a serem traçados para desenvolver uma definição nacional para um Enfermeiro de prática avançada.

Apesar de não existir uma definição sobre a EPA no Brasil, há estudos que categorizaram as principais práticas de Enfermeiros na APS e que indicam que a atuação desses profissionais na APS é comparada aos papéis de um *practitioner* e/ou *clinical nurse specialist*.

Um estudo de revisão que buscou identificar e categorizar as práticas de Enfermeiros brasileiros no contexto da APS, à luz das atribuições previstas legalmente, classificou-as em: *práticas no serviço*, destacando-se a CE, a realização de procedimentos como curativos e coleta de exames, além dos atendimentos clínicos; *práticas na comunidade*, com atividades educativas para grupos prioritários (hipertensos, diabéticos, gestantes) e visitas domiciliares e *práticas de gestão* e formação, destacando-se a supervisão, os treinamentos de técnicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, além da elaboração de planos de ação (BARBIANI *et al.*, 2016).

Diante do exposto, pretende-se compartilhar este capítulo com os leitores a percepção de Enfermeiros sobre a CE para sistematizar o trabalho, a qual favorece a atuação destes profissionais nas suas dimensões: assistencial, gerencial e investigativa (PEDUZZI *et al.*, 2019). Dessa forma, objetivou-se compreender o significado da Consulta do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde sob a ótica da Enfermagem de Prática Avançada.

O CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo pesquisa-ação com base no método proposto por Thiollent (2011). A pesquisa-ação

[...] é um tipo de pesquisa social com base empírica, concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 2011, p. 20).

Segundo Thiollent (2011), a pesquisa-ação tem dois tipos de objetivos: (1) objetivo prático – contribuir para melhor equacionamento dos problemas que foram elencados na pesquisa, propondo levantamento de soluções e auxiliando o pesquisador na sua atividade transformadora da situação; considera-se que as soluções devem ser reais, sem exageros, passíveis de realizá-las, considerando o tempo necessário: curto, médio ou longo prazo; (2) objetivo de conhecimento - obter informações que seriam de difícil acesso por meio de outros procedimentos, aumentar o conhecimento sobre determinadas situações, por exemplo, capacidades de ação, mobilizações, reivindicações, entre outros; ou seja, deve haver aquisição de experiências e conhecimento a partir das discussões produzidas a respeito do tema debatido e investigado.

O universo do estudo compreendeu a participação de 10 Enfermeiros da APS pertencentes à Macrorregião de Saúde do Grande Oeste de Santa Catarina. Para a seleção dos Enfermeiros da APS, foram adotados os seguintes critérios: ser Enfermeiro, atuar na assistência direta ao paciente há mais de seis meses, atuar em ESF de município com população inferior a 10 mil habitantes. E como critério de exclusão, estar afastado das atividades por motivos de férias ou licença.

O convite aos participantes foi realizado via *e-mail*, enviado às Coordenações de Atenção Básica dos municípios. Após o aceite, os participantes foram contatados via telefone para participarem dos Grupos Focais (GF) que foram realizados de forma remota, devido à situação pandêmica da *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) naquele momento.

O GF é uma técnica em que o pesquisador tem como objetivo coletar informações sobre um tema específico, por meio de discussões participativas entre os envolvidos, reunidos em um mesmo local e durante certo período de tempo. É uma estratégia adequada nas pesquisas em que é proposta a compreensão de experiências grupais e variações da realidade. Essa técnica valoriza a interação entre os participantes e o pesquisador, realizado a partir das discussões focadas em tópicos específicos e diretivos. Proporciona a troca de experiências, conceitos e opiniões entre os participantes (KINALSKI, 2017).

Os GF foram realizados via plataforma *Microsoft Teams* e com a duração média de duas horas, num total de seis encontros no período de 01/10/2020 à 29/10/2020. Neste capítulo é retratado o tema abordado no segundo GF. Os relatos foram gravados e transcritos na íntegra. Os participantes do estudo foram identificados por nomes de flores, a fim de preservar o anonimato. As questões norteadoras foram: Qual o significado de CE para você? Você realiza a CE? Com qual público realiza a CE? Quais as dificuldades para realizar a CE no seu cenário de prática? Quais as potencialidades para realizar a CE no seu cenário de prática?

Os dados foram analisados seguindo a técnica de análise de conteúdo na modalidade análise temática. A análise de conteúdo é um grupo de técnicas de análise das comunicações, no qual são utilizadas formas sistemáticas e concretas para expor o texto das mensagens (BARDIN, 2011). Para o tratamento dos dados, procedeu-se primeiramente a uma leitura do material transcrito, seguida de uma pré-análise para identificar o perfil dos participantes. Posteriormente, foi realizado o recorte, a agregação e a enumeração dos dados, permitindo esclarecer os indícios de categoria. Vale ressaltar que, por se tratar de pesquisa-ação, o processo analítico se desenvolveu ao longo de toda a pesquisa. Passou-se à categorização propriamente dita, em que as informações contidas nas falas dos participantes formaram o corpus de análise que levou à elaboração de indicadores, que foram submetidos aos procedimentos analíticos e posterior inferência, comparando-se com os dados da literatura (BARDIN, 2011).

Para a preservação dos aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, foram seguidas as disposições das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/MS (MS) 466/2012, e 510/2016 o projeto de pesquisa foi submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, antes do início da coleta de dados, com parecer de aprovação nº 2.380.748/CAAE: 79506717.6.0000.0118, de 14 de novembro de 2017, que integra a macro pesquisa intitulada “Cuidado e gestão em enfermagem como saberes na rede de atenção à saúde: proposições para as melhores práticas”, do Grupo de Estudos em Saúde e Trabalho (GESTRA) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

O ENFERMEIRO E SEU PROTAGONISMO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, POR MEIO DA CONSULTA

A CE compõe a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como eixo estruturante da construção do conhecimento e da prática profissional da enfermagem (ensino, assistência, pesquisa e gestão e gerenciamento). Como tal, demanda diferentes habilidades, capacidades, estudo, flexibilidade, criatividade e inovação para que o cuidado considere a realidade de vida e das necessidades das pessoas (GARCIA, 2016). Os resultados indicam os significados da consulta para os Enfermeiros e foram organizados de acordo com as seguintes subcategorias: subcategoria 1: “Consulta do Enfermeiro: ferramenta de empoderamento, autonomia e identidade do Enfermeiro.” Subcategoria 2: “Eu só quero conversar com o Enfermeiro: percepção dos Enfermeiros sobre a fragmentação da Consulta.” Subcategoria 3: “Aplicação da Consulta do Enfermeiro: voltada a quem e para quem?” e analisados à luz dos referenciais que discorrem sobre a EPA.

Consulta do enfermeiro: ferramenta de empoderamento, autonomia e identidade do Enfermeiro

Os Enfermeiros participantes da pesquisa entendem a CE como uma ferramenta de trabalho que traduz a cientificidade do cuidado, mediante respaldo legal e conferindo autonomia, corroborando com a legislação brasileira que afirma ser, a consulta, um instrumento privativo do Enfermeiro.

[...] eu também considero a CE uma ferramenta de trabalho e ela nos permite uma autonomia maior, um embasamento científico da realização do nosso trabalho, e, favorece a valorização da nossa profissão (Rosa).

[...] eu vejo a CE como a essência do trabalho do Enfermeiro, eu acho que é o que nos diferencia das demais profissões e dos demais profissionais da área da saúde (Lavanda).

[...] para mim a CE é um instrumento que empodera o trabalho do Enfermeiro. Se pudesse citar uma palavra seria empoderamento (Orquídea).

[...] CE é fundamental na avaliação do paciente (Girassol).

Os Enfermeiros descrevem as percepções sobre a importância que a CE confere ao seu trabalho, dentre elas a autonomia, identidade e empoderamento profissional. Segundo Castells (1999, p. 23), a identidade pode ser definida como:

[...] processo de construção de significado, com base em um atributo cultural, ou ainda, um conjunto de atributos culturais inter-relacionados, o(s) qual(ais) prevalece(m) sobre outra(s) forma(s) de significado(s), podendo haver múltiplas identidades para determinado indivíduo ou ator coletivo.

Sendo assim, o contexto social onde se desempenha determinada profissão é fundamental para a consolidação da identidade profissional e está relacionada às práticas e saberes profissionais. Isso significa que somente quando atribuímos significado ao que sabemos e faze-

mos é que incorporamos como algo próprio à nossa identidade profissional. Dessa forma, cabe aos Enfermeiros reconhecerem a CE como uma estratégia para conferir identidade à profissão, para que seja aplicada e confirmada como o maior dos atributos da profissão (GUTIÉRREZ; MORAIS, 2017).

O reconhecimento da identidade profissional por meio da CE é força motriz para se efetivar a EPA no Brasil. No que tange à visibilidade, os Enfermeiros deveriam ter um autoconceito da identidade profissional a partir da imagem pública, do ambiente de trabalho, da valorização do trabalho e da educação, das implicações sociais e culturais, enaltecer a comunicação profissional e usar a mídia social para mostrar ao público o que realmente é essa profissão, pois isso contribui para o aumento da visibilidade profissional (ADAMY *et al.*, 2020).

Num estudo realizado com o objetivo de descrever e analisar a EPA na Espanha, mostrou que os Enfermeiros atuam na assistência de pacientes com doenças crônicas estáveis e realizam ações de promoção à saúde. Apesar disso, os pesquisadores indicam que ainda é necessário fortalecer a formação acadêmica para que a EPA seja aplicada com todo o seu potencial. Dessa forma, é essencial que o Enfermeiro de prática avançada possua uma base extensa de conhecimentos interdisciplinares. Também é necessário o reconhecimento de seu papel por outros profissionais, haja vista a necessidade de intercâmbio de conhecimentos para discussão dos casos de pacientes (HÄMEL *et al.*, 2020).

O empoderamento, citado pelos Enfermeiros deste estudo, é o processo pelo qual os profissionais fortalecem ou desenvolvem competências para a promoção de mudanças positivas no contexto em que estão inseridos. Na literatura de enfermagem, o empoderamento é usado como um conceito abrangente para descrever elementos de crescimento e desenvolvimento profissional (MOURA *et al.*, 2020). Nesse sentido, a enfermagem para resgatar e empoderar-se com autonomia profissional, necessita incorporar o PE/CE e seus referenciais teóricos em suas ações assistenciais, além de desenvolver pesquisas que fundamentem novas intervenções, e do apoio dos gestores de saúde que reconheçam e defendam sua área de atuação (PETRY *et al.*, 2019).

A literatura científica também descreve contribuições da CE que vão para além das citadas pelos Enfermeiros do estudo, sendo elas a organização do serviço, qualidade assistencial, controle de gastos, melhor avaliação e fiscalização da assistência e aumento da segurança do paciente (SOUSA *et al.*, 2020).

Para que a CE se mantenha como uma prática assistencial frequente, é necessário que os gestores de saúde se preocupem em minimizar os obstáculos para a sua efetivação. Os aspectos que mais desencorajam os Enfermeiros a realizar a consulta são, segundo estudo: necessidade de acompanhamento sequencial do paciente e maior disponibilidade de tempo para avaliar, planejar, prescrever, executar e registrar as respostas do paciente no prontuário (BERWANGER *et al.*, 2019).

Embora os Enfermeiros reconheçam a importância da CE para a profissão, no âmbito da APS apresenta fragilidades para ser implementada e efetivada. Em uma pesquisa realizada sobre implementação da SAE na APS de um município do interior de São Paulo, 19% dos Enfermeiros entrevistados responderam que a SAE nunca é usada e 38% pensavam que raramente é implementada nos atendimentos (RIBEIRO; PADOZEVE, 2018).

A CE é uma ferramenta de trabalho com base científica e confere respaldo e identidade ao Enfermeiro. Por meio da CE é possível enaltecer a valorização do Enfermeiro, por se tratar de uma prática que diferencia o saber intrínseco dessa profissão do saber das demais profissões. Enquanto tecnologia, é essencial que o Enfermeiro conheça os significados da CE, aplique essa

ferramenta no seu cotidiano de trabalho, experimente as vivências, as dificuldades e facilidades que a CE pode propiciar na assistência ao usuário, família e comunidade no âmbito da APS e transforme o cuidado por meio de boas práticas.

Neste sentido, as boas práticas proporcionam e direcionam a EPA na APS de forma a mudar substancialmente a atuação do Enfermeiro na realidade brasileira. A centralidade das boas práticas contribui potencialmente com a EPA, pois ambas se complementam e dão sustentação ao cuidado prestado a partir da realidade loco regional (TOSO; PADILHA; BREDAS, 2019). Um Enfermeiro com empoderamento, autonomia e identidade profissional corrobora com o advento da EPA no âmbito formativo com conhecimento pautado em evidências científicas.

Eu só quero conversar com o Enfermeiro: percepção dos Enfermeiros sobre a fragmentação da Consulta

Os Enfermeiros relatam que a CE é realizada de forma fragmentada no cotidiano de trabalho na APS e quatro deles afirmaram não realizar todas as etapas do PE durante a CE.

[...] eu acabo fazendo muito na parte da saúde da mulher, não sigo todos os passos de uma consulta, eu não faço a parte de diagnóstico, é mais a questão de orientação, histórico, mais na parte da saúde da mulher, avaliação de algum curativo que eu faço todo o histórico do paciente (Orquídea).

[...] aqui a gente realiza em partes, não o processo completo (Lavanda).

[...] A CE não é realizada completamente (Girassol).

[...] A gente tem muita dificuldade, não realiza todas as etapas como o PE tem que ser (Violeta).

Dentre as fragilidades para a realização da CE, os Enfermeiros a mencionam de forma fragmentada e a relacionam com a falta de preparo e conhecimento suficiente para o seu desenvolvimento de todas as etapas do PE. Neste sentido, a capacitação se faz primordial e pode ser definida como preparação ou habilitação do trabalhador para desempenhar determinada função. (CELESTINO, *et.al.* 2020).

A fragmentação do cuidado também pode estar relacionada com a ausência de um instrumento padronizado para a coleta de dados. Neste estudo, os Enfermeiros demonstram conhecimento sobre os tópicos que devem ser abordados no histórico de enfermagem, mas revelam que não possuem instrumentos construídos e validados para registrar esta etapa da CE, nem mesmo utilizam uma teoria para nortear a consulta.

A adoção de um instrumento padronizado contribui para a diminuição da fragmentação da etapa de coleta de dados e diagnóstico de enfermagem e propicia a organização da documentação escrita das fases da CE. Em um estudo realizado com o objetivo de identificar a prevalência de documentação do PE em hospitais e ambulatórios da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, evidenciou que a coleta de dados e o diagnóstico foram as fases com menor registro (AZEVEDO *et al.*, 2019).

A realização e registro do histórico de enfermagem faz parte das boas práticas da profissão e confere autonomia, empoderamento e visibilidade às ações do Enfermeiro. Portanto,

investir na construção de um instrumento guia para a coleta de dados qualifica e assegura o cuidado oferecido e respalda o exercício profissional (SANTOS *et al.*, 2020).

Em uma investigação realizada com enfermeiras da APS de Santa Catarina, com o objetivo de conhecer a perspectiva da CE no cuidado com indivíduos com Diabetes Mellitus, evidenciou a realização da consulta de forma fragmentada, e as enfermeiras vinculam sua conduta na atenção a queixas ou a sinais apresentados pelo usuário. Essa prática reforça a ideia de que a assistência de enfermagem prioriza aspectos curativos e sugere forte influência do modelo biomédico na atuação destes profissionais (BEAL *et al.*, 2020).

Essa categoria de análise revela tópicos importantes que estão associados às práticas de trabalho da enfermagem na APS. Os Enfermeiros reconhecem que a CE não é realizada em sua totalidade e citam exemplos da sua substituição por conversas informais e sem o embasamento teórico inerente ao cuidado do usuário.

[...] se torna uma conversa informal com a enfermeira, 'ah eu só quero conversar com a enfermeira', mas a gente também não realiza a CE em todas as suas etapas, enfim por 'N' motivos, mas eu não consigo, eu não realizo a CE propriamente dita (Rosa).

[...] infelizmente a gente não tem consultório para o Enfermeiro poder fazer a CE (Orquídea).

Os Enfermeiros mencionam que a falta de infraestrutura e recursos materiais são empecilhos para realizar a CE; reconhecem a existência de fatores que podem impossibilitar sua realização, mas como instrumento de empoderamento, autonomia e valorização (conforme citado pelos participantes) cabe aos profissionais exigirem junto aos gestores, locais, melhorias na infraestrutura em prol das boas práticas de enfermagem.

Apesar de a ESF ter surgido como um modelo em substituição ou desconstrução da hegemonia biomédica, percebe-se que este modelo ainda é predominante. Propiciar consultórios e recursos materiais, prioritariamente, para a equipe médica em detrimento das demandas da enfermagem, caracteriza-se como uma grande controvérsia de um sistema que prega pela assistência voltada à promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos. Sem a voz e posicionamento do Enfermeiro diante das necessidades de melhorias para o seu processo de trabalho, torna-se perceptível que a CE sempre será substituída por conversas informais com o Enfermeiro.

Neste sentido, torna-se imprescindível a regulamentação e implementação da EPA como uma possibilidade de alicerce que possibilitará sustentação e autonomia ao Enfermeiro na execução das especificidades da CE, de forma avançada e com base em evidência científica em detrimento à hegemonia médica.

Aplicação da Consulta do Enfermeiro: voltada a quem e para quem?

O relato dos Enfermeiros, participantes deste estudo, indica que as mulheres são o grupo que mais frequenta as unidades de saúde e se beneficiam da CE, realizada seguindo as etapas do PE. Os atendimentos voltados para a gestante e à saúde sexual e reprodutiva são listados como os mais frequentes. Dessa forma, as participantes relatam que, pela pouca expertise no atendimento aos demais grupos que não são explorados ou desenvolvidos pelos Enfermeiros na sua prática assistencial. A enfermagem é responsável pela assistência em todos os ciclos de vida, sendo assim, a CE deveria ser facilitada e propiciada para todos os grupos populacionais.

[...] aqui, normalmente, a gente atende crianças, mas mais a mulher, o público maior que a gente tem que nos procura, com esse público se consegue implementar melhor a CE [...] talvez seja a facilidade de conversa com esse público, elas se sentem mais à vontade para relatar as situações, até elas procuram mais em função disso (Tulipa).

Um dos Enfermeiros relata que a cultura biomédica, que ainda é fortemente presente na população, impede que os usuários reconheçam o potencial da CE.

[...] nosso público também são as mulheres, que mais tem procura, eu também acredito que uma das potencialidades seja o fato de que as mulheres tenham mais facilidade de conversar e expor seus problemas para mulheres, visto que a gente tem apenas médicos homens, então problemas no geral mais relacionado a saúde da área ginecológica, enfim, elas têm mais liberdade de conversar com as enfermeiras. Porque eles ainda tem muito a visão que eu vou para o 'posto' e se não passar por uma avaliação com o médico, não valeu a pena, e isso é uma das coisas que a gente precisa batalhar e mostrar enfim, provar para essas pessoas que sim, a CE tem o seu valor, orientações que a gente fornece tem o seu valor, a dificuldade que eu mais vejo é a aceitação do público mesmo, as mulheres aceitam mais, mas agora a gente pegar outro público em relação a criança, ou em relação a saúde do homem, enfim é um pouquinho mais difícil a aceitação (Lavanda).

Outro participante também reforça a cultura biomédica ainda enraizada nos usuários que, em algumas ocasiões, só se interessam em procurar pelo Enfermeiro na tentativa de resolver problemas que não foram supridos devido à ausência do profissional do médico na unidade de saúde.

[...] percebo que o público de saúde da mulher, é o público que eu mais atendo e que mais procura a enfermagem, e também, que mais recebem orientação da recepção, 'não tem médico hoje vai falar com a enfermeira para resolver', então sim hoje em dia, mesmo diante da pandemia que não tem mais rotina, pelo menos aqui, é o público feminino, mas também hipertenso e diabético vem bastante (Rosa).

[...] a gente tem mais facilidade com o público das mulheres em fazer a CE (Orquídea).

Um Enfermeiro, cita o grupo de hipertensos e diabéticos como seu principal público de atendimentos. Tratando-se do contexto epidemiológico atual, o Enfermeiro precisa ser encorajado a se empoderar do atendimento desses grupos de especialidades, diante do aumento expressivo de usuários com essas patologias, devido ao envelhecimento populacional e a transição epidemiológica, reduziu-se os agravos por doenças infectocontagiosas e elevou os agravos por Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2011).

[...] o próprio paciente que muitas vezes, não quer ser atendido pela gente, parece que [...] não confia, mas talvez ele vem em busca de algo mais complexo que as vezes não está em nosso alcance. Se eu realizo? Sim, dentro dos protocolos que fomos treinados, eu realizo. Em relação a gestante, é uma demanda grande e demanda bastante tempo, no mínimo quarenta minutos, porque até testar, fazer tudo o que

tem que fazer direitinho é demorado. Gestante, criança, saúde da mulher e hipertenso e diabético. É isso que eu trabalho a CE na unidade, que onde eu consigo ter, vamos dizer assim, mais um respaldo que dá pra você conseguir solicitar os exames (Violeta).

Observa-se pelos relatos que mulheres são o público em que os Enfermeiros realizam a CE com maior frequência. Porém, cabe salientar que, diante do contexto mundial atual de aumento de casos de doenças crônicas e o surgimento de doenças potencialmente infectocontagiosas, o Enfermeiro deve estar preparado para realizar a CE em todos os grupos, valorizando os fenômenos manifestados pelas famílias, comunidades e pacientes com foco na detecção precoce, intervenção e prevenção de doenças (BARROS *et al.*, 2020).

A CE voltada, principalmente, para mulheres e crianças é uma realidade confirmada por outras investigações que também apresentam fragilidades. Em uma pesquisa realizada com Enfermeiros atuantes na APS, constatou-se que a CE à criança (apesar de ser mais bem operacionalizada pelos profissionais) é realizada de forma fragmentada e sem atender a todas as etapas do PE (SIEGA *et al.*, 2020).

Por meio dos relatos, observa-se que os Enfermeiros realizam a consulta com maior frequência em mulheres, gestantes por serem o grupo que mais procura assistência de enfermagem. Porém, cabe salientar que a CE em maior número nesses grupos está relacionada à opção dos Enfermeiros, que escolhem esse direcionamento pela maior facilidade de desenvolver a assistência e o atendimento a esse público.

Um Enfermeiro relata que os usuários só procuram o atendimento de enfermagem na ausência de um médico, porém nenhum profissional relata o empenho em transformar uma demanda do usuário de uma conversa informal para uma CE sistematizada. A valorização da profissão não será conquistada sem os esforços em promover a CE e propiciar que os usuários vivenciem o processo de trabalho do Enfermeiro com foco nas necessidades de saúde.

Ao descrever que a CE é direcionada aos grupos que procuram com maior frequência a ESF, o Enfermeiro demonstra fragilidades na organização do seu processo de trabalho e falta de organização sobre a demanda espontânea e programática. No âmbito da ESF o Enfermeiro é responsável por realizar a busca ativa dos usuários que necessitam de assistência à saúde e não deve se prender ao espaço físico da unidade de saúde à espera da procura da população a ser assistida.

Cabe salientar que, embora questões importantes relacionadas à falta de recursos e infraestrutura das unidades de saúde tenham sido mencionadas pelos profissionais, as quais devem ser solucionadas pelos gestores; é atribuição do Enfermeiro realizar a CE em qualquer ambiente onde ocorra o cuidado de enfermagem, incluindo assim o domicílio do usuário. Neste sentido, o domicílio do usuário não dispõe de toda a estrutura necessária para a execução da CE, mas o conhecimento das etapas da CE, as habilidades e conhecimentos relacionados ao exame físico e o raciocínio clínico são suficientes para a construção de um plano de cuidado de enfermagem, mesmo que a CE ocorra no âmbito domiciliar.

Por fim, privilegiar determinados grupos com o acesso a CE em detrimento de outros, envolve questões relacionadas à universalidade, integralidade e equidade da assistência e como principal componente da equipe da APS, o Enfermeiro deve facilitar o acesso a CE a toda a população assistida.

Além disso, incorporar a CE como ferramenta de identidade e autonomia profissional contribuiu para o avanço da implantação da EPA no Brasil, já que os alicerces para a construção

da adoção e regulamentação formal dessa prática já estão dados, e cabe à enfermagem brasileira conhecer a EPA e decidir se quer incorporá-la à profissão (TOSO, 2017).

Sugere-se, ainda, aprofundar por meio de outras pesquisas, o impacto da CE para a qualidade da assistência na APS no intuito de promover Práticas Avançadas de Enfermagem.

DESFECHOS FINAIS

Considerou-se como limitação neste estudo a baixa adesão de participantes, limitando a expressão dos significados e o conhecimento de outras realidades diante das práticas da CE. Investigações futuras com amostras maiores poderão validar os resultados encontrados nesta pesquisa e avançar no conhecimento acerca das práticas dos Enfermeiros para a operacionalização da CE.

Para os Enfermeiros, a CE significa empoderamento, autonomia, respaldo ético, um caminho para a valorização e visibilidade da profissão, embora persistam práticas que impedem a execução da CE e o acesso generalizado da população assistida. O atendimento voltado à demanda espontânea, a ausência de busca ativa e falta de envolvimento em ações que busquem melhorias da estrutura física, nas unidades básicas de saúde e a seleção de grupos específicos para a assistência por CE, são alguns dos exemplos das práticas que dificultam o acesso à CE.

Este estudo contribui para a visibilidade e qualificação do trabalho desenvolvido por Enfermeiros na APS, com vistas às suas dificuldades em desempenhar a CE em razão de fatores dificultadores que estão associados, principalmente, à adesão do usuário e questões relacionadas à estrutura física dos serviços de saúde.

Por fim, enfatiza-se que a apropriação da CE pelos Enfermeiros da APS é imprescindível e reforça a necessidade de regulação das práticas avançadas de enfermagem no Brasil, já que a CE vai de encontro aos objetivos e potenciais da EPA, que é melhorar os resultados em saúde relacionados à satisfação do usuário, qualidade de vida, acesso aos serviços de saúde e eficiência de custo, permitindo a prestação de cuidados de enfermagem integrados e coordenados.

REFERÊNCIAS

- ADAMY, E. K.; ZOCHE, D. A. de A.; ALMEIDA, M. de A. Contribuição do processo de enfermagem para construção identitária dos profissionais de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 41, n. spe, e20190143. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472020000200403&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 abr. 2021.
- AZEVEDO, O. A. et al. Documentação do PE em instituições públicas de saúde. **Rev. esc. Enferm.**, São Paulo, v. 53, e03471, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342019000100458&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 abr. 2021.
- BARBIANI, R.; NORA, C. R. D.; SCHAEFER, R. Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: scoping review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2721. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692016000100609&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 abr. 2021.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, A. L. B. L. de. et al. Contribuições da rede de pesquisa em PE para assistência na pandemia de COVID-19. **Rev. Bras. Enferm.**, São Paulo, v. 73, supl. 2, e20200798. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001400505&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 2 abr. 2021.
- BEAL, C. M. et al. Cuidado de indivíduos com diabetes mellitus: a consulta de enfermagem na perspectiva de enfermeiras. **Rev. Enferm.**, Santa Maria, v. 10, e92, p. 1-24. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/42737/pdf>. Acesso em: 21 abr. 2021.
- BERWANGER, D. C. et al. Processo de enfermagem: vantagens e desvantagens para a prática clínica do Enfermeiro. **Nursing**, São Paulo, v. 22, n. 257, p. 3204-3208. 2019. Disponível em: <http://www.revis-tanursing.com.br/revistas/257/pg34.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: MS, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: MS, 2017.
- CASTELLS, M. **A era da informação: economia, sociedade e cultura – O poder da Identidade**. v. 2. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- CELESTINO, L. C. et al. Capacitação profissional na Estratégia Saúde da Família: percepção dos enfermeiros. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 9, p. e3751, 23 jul. 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3751>. Acesso em agosto de 2021.

CNA. Canadian Nurses Association. **Advanced nursing practice: a pan-canadian framework**. Ottawa, 2019. Disponível em: <https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/apn-apan-canadian-framework.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2021.

CNA. Canadian Nurses Association. **Position statement: clinical nurses specialist**. [internet]. Ottawa, 2008. Disponível em: <https://www.cna-aiic.ca/en/professional-development/nurse-practitioners-and-clinicalspecialists/clinical-nurse-specialists>. Acesso em: 23 abr. 2021.

CASSIANI, S.H.B; DIAS, B.M. Perspectives for advanced practice nursing in Brazil. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56(spe):e20210406. <https://doi.org/10.1590/1980-220XREEUSP-2021-0406en>.

COFEN. **Enfermagem pactua implementação de práticas avançadas no Brasil** [Internet]. Brasília, 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/enfermagem-pactua-implementacao-de-praticas-avancadasno-brasil_40163.html. Acesso em: 23 abr. 2021.

COFEN, Lein.º 7.498 de 1986. **Leido Exercício Profissional**. Regulamentada pelo Decreto 94.406/1987). Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em: 18 mar. 2020.

COFEN. **Resolução COFEN 358 de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do PE em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. DF, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20Sistematiza%C3%A7%C3%A3o%20da,Enfermagem%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em: 12 abr. 2021.

DANTAS, C. N.; SANTOS, V. E. P.; TOURINHO, F. S. V. A CE como tecnologia do cuidado à luz dos pensamentos de Bacon e Galimberti. **Texto Contexto Enferm**, ed. 25, v. 1. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2800014.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2021.

FERREIRA, S. R. S.; PERICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. A complexidade do trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, São Paulo, v. 71, supl. 1, p. 704-709. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700704-&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 abr. 2021.

GARCIA, T. R. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 5-6. 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127744318001>. Acesso em: 18 abr. 2021.

GUTIERREZ, M. G. R. de; MORAIS, S. C. R. V. Sistematização da assistência de enfermagem e a formação da identidade profissional. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 70, n. 2, p. 436-441. 2017. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000200436&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 ago. 2020.

HÄMEL, K. et al. Advanced practice nursing in primary health care in the spanish national health system. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 25, n. 1, p. 303-314. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28332019>. Acesso em: 22 abr. 2021.

ICN, CIE. Nurse practitioner/advanced practice nurse: definition and characteristics [internet]; 2009. Disponível em: https://acnp.org.au/sites/default/files/33/definition_of_apn-np.pdf. Acesso em: 14 abr. 2021.

KINALSKI, D. D. F. et al. Focus group on qualitative research: experience report. **Rev Bras Enferm** [Internet].70(2):424-9. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0424.pdf. Acesso em: 13 mar. 2020.

MARANHA, N. B.; SILVA, M. C. A. da; BRITO, I. C. de. A consulta de enfermagem no cenário da atenção básica e a percepção dos usuários: revisão integrativa. **Academus Revista Científica da Saúde**, v. 2, n. 1, jan./abr. 2017. Disponível em: <https://smsrio.org/revista/index.php/revsa/article/view/246/261>. Acesso em: 22 abr. 2021.

MOURA, L. N. et al. Empoderamento estrutural dos enfermeiros no ambiente hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, e3373. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692020000100425&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 abr. 2021.

PEDUZZI, M. et al. Ampliação da prática clínica da enfermeira de atenção básica no trabalho interprofissional. **Rev Bras Enferm.**, São Paulo, v. 72, n.1, p. 121-8. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v72s1/pt_0034-7167-reben-72-s1-0114.pdf. Acesso em: 22 abr. 2021.

PETRY, S. et al. Autonomia da enfermagem e sua trajetória na construção de uma profissão. **Hist enferm Rev eletrônica**, v. 10, n. 1, p. 66-75. 2019. Disponível em: <http://here.abennacional.org.br/here/v10/n1/a7.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2021.

QUIROZ, P. A. E.; TOSO, B. R. G. de O. Enfermagem de prática avançada na América Latina e Caribe: buscando sua implementação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, [online], v. 74, supl. 6, e74suppl601. 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v74s6/pt_0034-7167-reben-74-s-6-e74suppl601.pdf. Acesso em: 22 maio 2021.

RIBEIRO, G. C. R.; PADOVEZE, M. C. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade básica de saúde: percepção da equipe de enfermagem. **Rev. esc. enferm.**, São Paulo, v. 52, e03375. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342018000100480&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 abr. 2021.

SANTOS, M. G. dos et al. Boas práticas de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: desenvolvendo o histórico de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, [S. l.], v. 11, n. 1. 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2327/697>. Acesso em: 22 abr. 2021.

SIEGA, C. K. et al. Vivências e significados da consulta do enfermeiro em puericultura: análise à luz de Wanda Horta. **Rev. Enferm.** Santa Maria, v. 10, p. 1-21. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/41597/html>. Acesso em: 18 abr. 2021.

SOUSA, B. V. N. et al. Benefícios e limitações da sistematização da assistência de enfermagem na gestão em saúde. **J. nurs. health.**, v. 10, n. 2. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/15083/11183>. Acesso em: 18 abr. 2021.

TOSO, B. R. G. de O.; PADILHA, M. I.; BREDA, K. L. The euphemism of good practice or advanced nursing practice. **Escola Anna Nery** [online]. v. 23, n. 3, e20180385. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0385>. Acesso em: 10 maio 2021.

TOSO, B. R. G. de O. Práticas avançadas de enfermagem em atenção primária: estratégias para implantação no brasil. **Enfermagem em Foco**, [S. l.], v. 7, n. 3/4, p. 36-40, fev. 2017. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/913>. Acesso em: 27 abr. 2021.

THIOLLENT, M. J. M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2011.

CAPÍTULO 2

INTERFACES DA POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA COM A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO NARRATIVA

FRANCIELI CECCONELLO

DENISE ANTUNES DE AZAMBUJA
ZOCHE

ROSANA AMORA ASCARI

INTRODUÇÃO

As políticas de saúde são o conjunto de ações e serviços tomados pelo governo, prestados à população a partir de suas necessidades. Aos poucos, as políticas vêm se constituindo redes na tentativa de minimizar os efeitos da dificuldade de articulação entre as três esferas de governo (PESSOTO; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2015).

Conforme o artigo 198 da Constituição Federal (1988), as ações e os serviços públicos de saúde devem ser disponibilizados em rede regionalizada e hierarquizada e constituir um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, podendo ser complementada por serviços de natureza privada, mediante a necessidade de garantir a plenitude desses princípios (CARVALHO *et al.*, 2017).

Este marco jurídico-legal brasileiro possibilitou as primeiras iniciativas de regulamentação sobre as demandas dos serviços de urgência e emergência, que decorreram entre os anos de 1998-2002, permeados por vastas discussões, avaliação de indicadores e forças de trabalho (MACHADO *et al.*, 2011).

Frente a esse movimento político sanitário, ocorreu no Brasil a construção da política federal para atenção às urgências, que organizou o atendimento de urgências e emergências, e a implantação dos sistemas estaduais para atendimento de urgência e as publica-

ções das primeiras portarias para o atendimento pré-hospitalar móvel, que tem se tornado prioridade nas últimas duas décadas (O'DWYER *et al.*, 2017).

No que diz respeito ao atendimento de urgências e emergências às crianças, nos últimos anos os serviços de pronto atendimento vêm se apresentando como porta de entrada para o atendimento das crianças (VIVEIROS *et al.*, 2018).

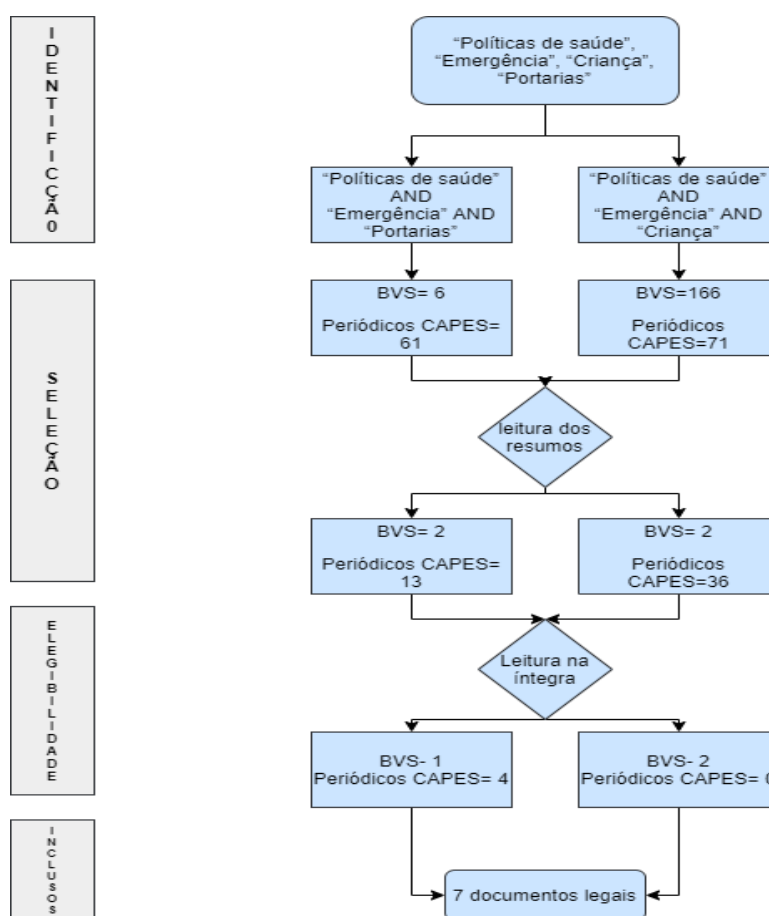
Diante do exposto, o estudo visa identificar as publicações científicas nacionais sobre a política de urgência e emergência na atenção à saúde da criança, no período de 2002 a 2020, com o analisar como esta temática vem sendo trabalhada no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS), bem como suas tendências, desafios e importância para a atenção em emergências e urgências ofertadas às crianças.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa a respeito dos marcos jurídicos legais que fundamentam a criação, implementação e organização da Rede de Atenção Urgência e Emergências e sua interface com o atendimento de urgência e emergência às crianças, publicados no período de 2002 a 2020 com os descritores “políticas de saúde”, “Emergência”, “Criança” e “Portarias”, com operador booleano *and*, nas plataformas Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde e Periódicos CAPES. Foram adotados dois conjuntos de descritores: “Políticas de Saúde *and* Emergência *and* Portarias” e “Políticas de Saúde *and* Emergência *and* Criança”. Paralelamente, foram explorados os resultados na Plataforma Google acerca das portarias que compunham a Política Nacional da Urgência e Emergência (PNAU). O período analisado foi de 2002 a 2020, por ser o ano que se iniciam as tratativas à criação da PNAU que ocorreram a partir da portaria 2.048 de 5 de novembro de 2002, que estabelece o aporte estrutural, técnico, humano, como se ordena o acesso com ênfase no acolhimento com classificação de risco, a regulação dos fluxos de urgência entre os patamares de atenção (BRASIL, 2002). Critérios de inclusão e exclusão: artigos completos, artigos de reflexão em língua portuguesa disponíveis na íntegra e documentos oficiais. Critérios de exclusão: editoriais, cartas, teses e dissertações.

Na figura a seguir está o fluxograma de busca dos estudos.

FIGURA 1: FLUXOGRAMA PRISMA.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

RESULTADOS

A leitura dos estudos resultou na identificação de sete documentos oficiais, relacionando a PNAU ao atendimento à saúde da população, inclusive de crianças e suas interfaces com outras políticas públicas oferecidas às crianças e adolescentes. Não houve menção específica para a população infantil, mas à população em geral. Além da PNAU, foram identificados nos estudos menção à criação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). As portarias foram organizadas em duas categorias: 1) Portarias de Criação, organização e Implantação e, 2) Portarias dos marcos legais regulatórios da RUE.

Cabe destacar que a primeira categoria mostra o percurso evolutivo das portarias que originam, organizam e regulamentam a implantação da PNAU para o atendimento às urgências nos serviços de saúde no território nacional. Portanto, a Portaria nº 1.863 de 29 de setembro de 2003 é o marco jurídico e administrativo que institui as diretrizes à implantação da política nos estados e municípios. A partir dela, várias portarias foram criadas caracterizando os seus componentes, bem como orientando sobre o repasse de recursos financeiros, os recursos humanos e materiais necessários à criação de grupos de trabalho, comitê gestor, e como ocorreria a regulação dos usuários entre os componentes da atenção às urgências (BRASIL, 2003a).

A segunda categoria trata dos marcos jurídicos e administrativos que instituem, operacionalizar e implementam a RUE. Contudo, em 2011, através da portaria 1.600, a PNAU foi reformulada e ocorreu a instituição da RUE que, por sua vez, nomeou como prioridade a implantação das Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e o Serviço de Atendimento Móvel (SAMU),

com objetivo de melhorar a qualidade e o tempo de resposta no atendimento às urgências, orientadas pela regulação médica. Efetivamente, deu-se constituição da RUE (BRASIL, 2011a).

Em âmbito estadual, paralelamente, foram implementados princípios e diretrizes, ocorrendo a organização e implementação da RUE seguindo as diretrizes ministeriais, concretizando-se mais efetivamente a partir de 2012, com a regionalização, atuação dos grupos condutores, mediando e conduzindo as ações entre estado e municípios, organização dos fluxos e hospitais de referência, as quais vêm sendo implementadas e qualificadas até os dias atuais.

Ressaltamos que na atual situação de pandemia, adequações foram necessárias para dar todo o suporte necessário e suprir as demandas. No entanto, destacamos a regulação médica como papel fundamental à ordenação destes fluxos.

No quadro a seguir, apresentamos as duas categorias elencadas e suas respectivas portarias:

**QUADRO 1: CATEGORIAS DA LEGISLAÇÃO DE IMPLANTAÇÃO
DA PNAU E OPERACIONALIZAÇÃO DA RUE.**

CATEGORIA 1: CRIAÇÃO, ORGANIZAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS	
DOCUMENTO/ANO	CONTEÚDO
Portaria 2048/2002	Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.
Portaria GM nº 1863/2003	Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
Portaria GM nº 1864/2003	Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política nacional de atenção às Urgências.
Portaria GM nº 2072/2003	Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências.
Portaria GM Nº 1828/2004	Institui incentivo financeiro para a adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional.
Portaria GM Nº 2420/2004	Constitui Grupo Técnico - GT visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde – SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita.
Portaria GM Nº 2657/2004	Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192.
CATEGORIA 2: MARCOS REGULATÓRIOS DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	
DOCUMENTO/ANO	CONTEÚDO
Portaria Nº 1601 de 07 de julho de 2011.	Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.
Portaria nº 1.010 de 21 de maio de 2012	Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.
Portaria Nº 2.029 de 24 de agosto de 2011 revogada Portaria Nº 2.527 DE 27 de outubro DE 2011, revogada portaria nº 963 de 27 de maio de 2013	Institui a atenção domiciliar no âmbito do SUS. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

Criação, organização e implantação da PNAU

No caso das políticas públicas de saúde voltadas para a atenção à saúde em casos de urgência e emergência, o Brasil utilizou o modelo francês que preconizava o início precoce da terapêutica, e o modelo americano que é referência mundial e propõe a remoção rápida do paciente do local de atendimento por profissionais habilitados (MACHADO *et al.*, 2011).

No entanto, em 1999, o Ministério da Saúde iniciou a estruturação de uma política articulada para a área das Urgências e Emergências, por meio da criação do Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar Atendimento de Urgências e Emergências via Portaria nº 479, de 15 de abril de 1999 (BRASIL, 1999). Tal programa atendeu a necessidade de organização dessa assistência e de incentivo ao compromisso de melhoria da qualidade do atendimento à população (PADILHA *et al.*, 2018).

Esta portaria indica as normas para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar e Atendimento de Urgências e Emergências, estabelece os critérios de classificação e inclusão dos hospitais de acordo com os requisitos exigidos quanto aos recursos tecnológicos humanos, estrutura física mínima para atender os usuários em situação de urgência e emergência e define a responsabilidade da unidade hospitalar para garantir com recursos próprios o acesso ao serviço ou profissional. Contextualiza, ainda, que os hospitais que preenchem esses requisitos devem participar das Centrais de Regulação para garantia da continuidade da assistência entre os diferentes níveis da assistência (BRASIL, 1999).

Seguindo esse movimento, em 2002 foi publicada a Portaria GM nº 2.048 de 5 de novembro de 2002, que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, orienta a construção dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, o atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte interhospitalar, a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para a capacitação de recursos humanos da área (BRASIL, 2002).

Cabe destacar que essa portaria antecede a instituição da PNAU e leva em consideração a grande extensão territorial do nosso país, onde as limitações das condições de disponibilização da assistência em municípios de pequeno e médio porte são deficientes de recursos, necessitando de atendimento de referência especializada e de alta complexidade capazes de garantir uma cadeia de reanimação e estabilização para os pacientes.

Neste contexto, é estabelecido pelo regulamento princípios e fornece diretrizes para o funcionamento do Sistema Estadual de Urgência e Emergência, como ocorre a classificação e cadastramento de serviços, orienta a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte interhospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para a capacitação de recursos humanos da área (BRASIL, 2002).

Em setembro de 2003, através da portaria nº 1.863, foi instituída a PNAU, com a finalidade de intermediar a atenção básica e os serviços de média e alta complexidade, ou seja, frente à necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências qualquer complexidade ou gravidade, desconcentrando a atenção efetuada exclusivamente pelos prontos-socorros (BRASIL, 2003a).

Esta portaria elenca as normas para a organização e estruturação dos componentes que fazem parte da assistência às urgências, com garantia de acesso à integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacio-

nadas às causas externas (traumatismos não-intencionais, violências e suicídios). Essa política solidificou-se em cinco eixos: promoção da qualidade de vida, organização em rede, operação de centrais de regulação, capacitação e educação continuada e humanização da atenção (BRASIL, 2003a; MACHADO *et al.*, 2011).

Outro destaque dessa portaria foi a do artigo terceiro da PNAU, definindo que a implementação deve ser priorizada pela organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências, articulados em uma cadeia de manutenção da vida pelos componentes assistenciais pré-hospitalares fixo e móvel (atenção básica, salas de estabilização, SAMU-192 e UPA), o componente hospitalar e a atenção domiciliar (BRASIL, 2003a).

Ainda, é determinado pela mesma portaria que a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), com mediação do Departamento de Atenção Especializada e da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, adote todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2003a; O'DWYER *et al.*, 2017).

No mesmo dia em que foi instituída a PNAU, o Ministério da Saúde lançou a Portaria GM nº 1.864 de 29 de setembro de 2003, definindo o componente pré-hospitalar móvel como primeira etapa da implantação da política, orientando como os serviços devem ser estruturados, seu financiamento para investimento e custeio do componente pré-hospitalar móvel, visando à implantação e implementação dos SAMU – 192 (BRASIL, 2003b).

Em outubro de 2003, para fins de orientar os processos de gestão induzidos pela PNAU, foi implantado um Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências pela portaria GM nº 2072, com a incumbência de articular as ações no âmbito Nacional, Estadual e Municipal em torno das diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências, promovendo sua plena implantação/implementação (BRASIL, 2003c).

Em 2004, em prosseguimento aos processos legais de orientação para a gestão da PNAU, institui-se, por meio da Portaria nº 1.828, de 02 de setembro de 2004, o incentivo financeiro para a adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional. Esta portaria também complementa a portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003 que institui o componente pré-hospitalar móvel da PNAU, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192, especificando sobre o incentivo financeiro para a adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios, pois como é esperado no contexto federativo, há diferenças entre os Estados quanto à abrangência populacional e características da implantação do Samu (MACHADO *et al.*, 2011; BRASIL, 2004a; BRASIL, 2003b).

Nesse mesmo ano, em dezembro, foi instituída a portaria Nº 2.657 que define as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192 (BRASIL, 2004b).

A regulação médica é uma metodologia de trabalho que realiza a escuta permanente pelo Médico Regulador, com acolhimento de todos os pedidos de socorro que ocorrem à central do SAMU, onde ocorre o estabelecimento de uma estimativa inicial do grau da urgência de cada caso, desencadeando a resposta mais adequada e equânime a cada solicitação. Paralelamente, todas as etapas do processo são monitoradas e registradas até a finalização do caso e a efetivação da resposta definitiva, de acordo com grades de referência, embasadas nas normas de regionalização e hierarquização do sistema (BRASIL, 2004b; O'Dwyer *et al.*, 2017).

Outro dispositivo legal importante criado ao final do ano de 2004, foi o Grupo Técnico, pela Portaria GM Nº 2.420, que objetiva avaliar e recomendar estratégias de intervenção na

abordagem dos episódios de morte súbita. Esta portaria detém a atribuição de avaliar e propor protocolos relativos à atenção das principais patologias associadas à morte súbita, incorporar tecnologias necessárias para assistência (desfibrilador), capacitar recursos humanos (BRASIL, 2004c).

Desta forma, as Centrais SAMU-192 possuem abrangência municipal, micro ou macror-regional, em que o acesso a usuários se dá por intermédio do número público gratuito nacional - 192 - para todas as urgências médicas e aos profissionais de saúde, funcionando como porta de entrada para o sistema de saúde conforme preconiza a proposta da rede. (BRASIL, 2004b). As portarias mencionadas neste estudo representam a espinha dorsal da efetivação do atendimento das urgências e a estruturação de sua rede.

Marcos Regulatórios da Rede de Urgência e Emergência

A concepção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) foi fomentada como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

No Brasil, a organização em redes teve por objetivo integrar o sistema público e superar as fragilidades da fragmentação determinada pelo processo de municipalização. A escolha consistiu na elaboração gradual de sistemas integrados de saúde articulados entre os níveis de atenção com assistência clínica qualificada (MENDES, 2011).

Neste contexto, as RAS foram oriundas de debates das áreas técnicas do Ministério da Saúde e no Grupo de trabalho de Gestão da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite (CIR), representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2014a).

Assim, as diretrizes que fundamentam a RAS são originárias do arcabouço normativo do SUS, com ênfase para as Portarias do Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS), na publicação da Regionalização Solidária e Cooperativa, considerando experiências de apoio à organização da RAS promovidas pelo MS e CONASS em regiões de saúde de diversos estados (BRASIL, 2010a).

Desta forma, em 30 de dezembro de 2010, foi publicada a Portaria nº 4.279, que estabelece diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS, no qual consta a seguinte conceituação das RAS: "São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado." (BRASIL, 2010b, p. 09).

Dentre as redes temáticas priorizadas pela pactuação tripartite, está a RUE. Tem por objetivo articular e integrar todos os equipamentos de saúde para ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2013a).

Neste contexto, das RAS, estão inseridas as portarias que regulamentam a RUE. A primeira delas foi a Portaria nº 1.601 que estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas como foco na constituição da Rede de Atenção às Urgências (BRASIL, 2011a). Essa portaria apresenta a constituição e objetivos da RUE, que são os de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

Destaca ainda que a construção dessas unidades deve ser em locais estratégicos, seguindo a lógica de acolhimento e classificação de risco. Esta portaria ainda define como deve acontecer o fluxo de atendimento, a estrutura física mínima, suas competências, incentivo financeiro de investimento e custeio (BRASIL, 2011b).

Contudo, a meta principal é reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada pela atenção básica, com foco na ampliação da rede de serviço, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (BRASIL, 2011a).

Para a implementação da RUE, também, a Portaria Nº 1.010 redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU - 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências (BRASIL, 2011c).

Neste cenário, em 2013 a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) orientou o desenvolvimento do Plano de Ação Regional (PAR) da RUE para articular os diferentes pontos de atenção, com definição de fluxos, as referências adequadas, em busca de transformar o atual modelo de atenção hegemônico, fragmentado e desarticulado, pautado na oferta de serviços (BRASIL, 2013a).

Este é o documento formal representativo dos pactos assistenciais e dos gestores elaborado pelo Grupo Condutor Estadual da RUE, que aborda as definições físico-financeiras, logísticas e operacionais necessárias à implementação desta rede temática. A partir disso, cada Grupo Condutor da região de saúde deve construir o PAR, apresentando um diagnóstico do conjunto de serviços de saúde que atuam na atenção às urgências e bem como as lacunas e necessidades, além das estratégias necessárias para superar os problemas detectados (BRASIL, 2013a). Outra legislação que tem relação e interface como um componente que abarca a RUE e finaliza o desenho do escopo da implementação da RUE, é a portaria nº 963/2013, que implementa a Atenção Domiciliar como um dos componentes da RUE, estruturada de forma articulada e integrada aos outros componentes e à Rede de Atenção à Saúde, a partir dos Planos de Ação (BRASIL, 2013b).

Criação de linhas de cuidado prioritária na rede de atenção às urgências

A partir da implantação da RUE, ocorreu a implementação de estratégias para operacionalizar o cuidado na RUE, por meio de linhas de cuidado prioritárias no Componente Atenção Hospitalar e para dar conta das demandas epidemiológicas urgentes dos agravos com maior incidência, tais como problemas cardíacos, cérebro vasculares e traumas em nosso país, como alternativa para ampliação, agilidade e qualificação do atendimento ao usuário que necessite de cuidados específicos (BRASIL, 2013a).

As linhas de cuidado corroboram como um meio de articulação de recursos e práticas de produção de saúde, guiadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, permitindo a condução da situação do usuário de maneira rápida e oportuna do diagnóstico à terapia, mediante a pactuação de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais (BRASIL, 2013c).

Neste enfoque, foram instituídas as três portarias que regulamentam as linhas de cuidados prioritárias. A primeira a portaria nº 2.994 de 13 de dezembro de 2011, aprova a linha de cuidado do infarto agudo do miocárdio e o protocolo de síndromes coronarianas agudas, institui o serviço de unidade de terapia intensiva coronariana, cria e altera procedimentos na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS (BRASIL, 2011c).

A segunda portaria nº. 665, de 12 de abril de 2012, trata sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC (BRASIL, 2012).

Por fim, a terceira portaria nº 1.365, de 8 de julho de 2013, aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na RUE (BRASIL, 2013c).

Essas portarias apresentam as diretrizes para a habilitação dos serviços de urgência e emergência que atendem os critérios necessários para ser referência no atendimento destas demandas, como recursos materiais, estruturais, humanos, medicamentos, bem como o incentivo financeiro para sua implementação (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2012; BRASIL, 2013c).

Recursos humanos e infraestrutura- articulações Inter federativas

Mundialmente, a situação dos serviços de emergência tem impactado na morbimortalidade de pessoas em decorrência da elevada ocorrência de acidentes, desastres naturais e circunstâncias epidemiológicas. Dessa forma, a prestação do cuidado permeia entre os níveis de atenção de maneira hierarquizada, com utilização de estruturas e instrumentos para o adequado planejamento da assistência, definição de fluxos, troca de informações sobre e com os usuários, monitoramento dos planos terapêuticos e das necessidades de saúde (VIVEIROS *et al.*, 2018).

Nesse contexto, tratando-se das emergências, a Portaria nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011 regulamenta o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS) (BRASIL, 2011).

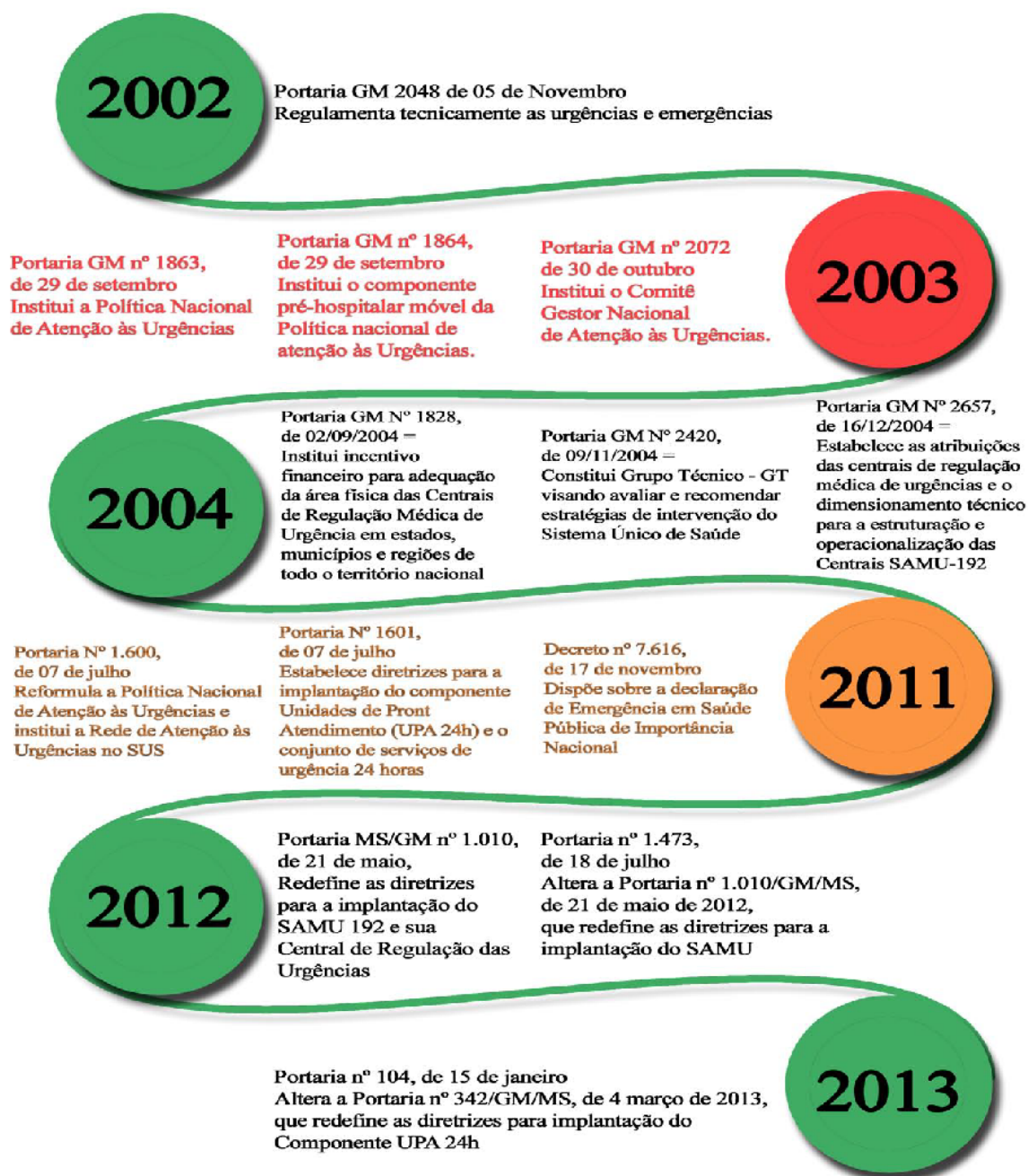
Essa portaria caracteriza emergência em saúde pública como as situações que exijam o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública. Também, institui a FN-SUS que corrobora com ações voltadas para medidas de prevenção, assistência e repressão a situações epidemiológicas, de desastres ou de desassistência à população, designando a coordenação o representante do MS (BRASIL, 2011).

Assim, a FN-SUS consolida-se como componente estruturante da RUE, com a incumbência de unir esforços para garantir a assistência da população durante a situação de risco ou de emergência. Foi aprovada mediante a Resolução nº 443, de 9 de junho de 2011 e tem por objetivo fornecer resposta rápida e eficiente em situações de calamidade e urgências específicas em território nacional e, em outros países, quando sua participação integrar ajuda humanitária que seja oficialmente solicitada à Presidência da República (BRASIL, 2013).

Nesse cenário, ainda enquanto estrutura, estão inseridos os hospitais de campanha para assistência às vítimas e às ambulâncias para posterior encaminhamento para a RUE. Contudo, cabe ressaltar que é atribuição do gestor nacional, após avaliação da situação, o reconhecimento e acionamento da FN-SUS, a articulação intra e interministerial, bem como o start para o deslocamento de profissionais para atendimento, assim como equipamentos e infraestrutura à promoção da assistência.

A partir das revisões realizadas, identificaram-se os elementos necessários para traçar uma linha do tempo com relação aos marcos legais que orientam a atenção a urgências, a fim de subsidiar a elaboração dos fluxogramas de atendimento. Além disso, foram consultados os Protocolos de Manchester e do Ministério da Saúde.

FIGURA 2: LINHA DO TEMPO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS



Fonte: Elaborado pelas autoras (2020).

A linha do tempo representa os principais marcos legais que norteiam o desenvolvimento das ações referentes à implementação das ações do cuidado de urgência no Brasil. Diante disso, o Ministério da Saúde em parceria com as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios, regulamenta a atenção às urgências.

Dessa forma, destaca-se que as tratativas para a criação da RUE se deu a partir da Portaria nº 2.048 de 5 de novembro de 2002, que fornece todo o aporte estrutural, técnico e humano, como se ordena o acesso com ênfase no acolhimento com classificação de risco, e a regulação dos fluxos de urgência entre os níveis de atenção, ou seja, fornece toda a orientação

e operacionalização da PNAU. Assim, foram instituídos princípios, diretrizes, normas e critérios para o funcionamento desses serviços, bem como as pactuações entre Estados e municípios para o atendimento às urgências.

Dessa maneira, a Portaria nº 1.863 de 29 de setembro de 2003, é o marco jurídico e administrativo que institui as diretrizes à implantação da política nos Estados e municípios. A partir dela, várias portarias foram criadas caracterizando quais seriam os seus componentes, o repasse de recursos financeiros, os recursos humanos e materiais necessários, criação de grupos de trabalho, comitê gestor e como ocorreria a regulação dos usuários entre os componentes da atenção às urgências (BRASIL, 2003a).

Em 2011, pela Portaria nº 1.600, a PNAU foi reformulada e ocorreu a instituição da RUE que, por sua vez, nomeou como prioridade a implantação das UPA e o SAMU, com o objetivo de melhorar a qualidade e o tempo de resposta no atendimento às urgências orientadas pela regulação médica. Assim, efetivamente, deu-se a constituição da RUE.

Em âmbito estadual, paralelamente, foram implementados princípios e diretrizes, ocorrendo a organização e implementação da RUE, seguindo as diretrizes ministeriais, concretizando-se, mais efetivamente, a partir de 2012, com a regionalização, atuação dos grupos condutores, mediando e conduzindo as ações entre Estado e municípios, organização dos fluxos e hospitais de referência, as quais vêm sendo implementadas e qualificadas até os dias atuais.

Nesse sentido, ressalta-se que na atual situação de pandemia, adequações foram necessárias para dar todo o suporte necessário e suprir as demandas. No entanto, destaca-se a regulação médica como papel fundamental para a ordenação desses fluxos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do contexto histórico e legal das urgências em nosso país, das mudanças organizacionais e estruturais realizadas, ainda observamos contradições no entendimento referente à assistência em situações e agravos de urgência.

Observa-se que, mesmo diante de toda fundamentação legal, elaboração de portarias e diretrizes, ainda se observam dificuldades referentes ao acolhimento das urgências em todos os pontos de atenção à saúde. Provavelmente porque essa é uma temática que exige onerosos investimentos estruturais, de recursos humanos e materiais. Isso leva à superlotação de poucas estruturas que sofrem com a sobrecarga de trabalho, sendo insuficiente na resolutividade da assistência.

Tal realidade é agravada quando se trata da população pediátrica, na qual além dos entraves de gestão, estrutura a serem superados, outro desafio a ser sobrelevado é a qualificação dos profissionais para atuar frente a essas demandas.

Conclui-se que a PNAU é ampla e atua de forma regionalizada com cogestão entre os entes federativos com eficiência técnica e de gestão abaixo do necessário para os papéis assumidos pelos municípios, e isso dificulta o alcance dos objetivos da PNAU.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> Acesso em: 12 nov. 2020.

BRASIL. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Brasília : Ministério da Saúde**, 2014a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2020.

BRASIL. Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Brasília : Ministério da Saúde**, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_resposta_emergencias_saude_publica.pdf> Acesso em: 09 dez. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013.** Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html> Acesso em: 20 fev. 2021.

BRASIL. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília : **Editora do Ministério da Saúde**, 2013a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf> Acesso em: 27 ago. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012.** Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html> Acesso em: 19 fev. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 1.365, de 8 de julho de 2013.** Aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1365_08_07_2013.html> Acesso em: 20 fev. 2021.

BRASIL. **Portaria nº. 665, de 12 de abril de 2012.** Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html> Acesso em: 20 fev 2021.

BRASIL. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 18 abr. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 1.601, de 07 julho de 2011.** Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgên-

cias. Brasília Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html> Acesso em: 06 dez. 2020.

BRASIL, **Portaria nº 2.994 de 13 de dezembro de 2011**. Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS Brasília Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2994_15_12_2011.html>. Acesso em: 21 abr. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011**. Regulamenta, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS). Brasília : Ministério da Saúde, 2011d. Disponível: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2952_14_12_2011.html> Acesso em: 21 abr. 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf> Acesso em: 21 abr. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf> Acesso em: 08 dez. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.420, de 9 de novembro de 2004**. Constitui Grupo Técnico - GT visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde – SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita. Brasília Ministério da Saúde, 2004c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2420_09_11_2004.html> Acesso em: 06 dez. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004**. Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2657_16_12_2004.html> Acesso em: 06 dez. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 1.828, de 02 de setembro de 2004**. Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional. Brasília: Ministério da Saúde , 2004a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1828_02_09_2004.html> Acesso em: 06 dez. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.072, de 30 de outubro de 2003**. Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2003c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2072_30_10_2003.html> Acesso em: em 27 nov. 2020.

BRASIL, **Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html Acesso em: 19 fev. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003**. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendi-

mento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192., Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html> Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL, **Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002.** Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 06 dez. 2021.

BRASIL, **Portaria Nº 479, de 15 de abril de 1999.** Criar mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar e m Atendimento de Urgências e Emergências. Brasília, 1999. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt0479_15_04_1999.html. Acesso em: 06 dez. 2020.

CAPES, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Ministério da Educação. Brasília, 2019. Disponível: <<https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/10062019-producao-tecnica-pdf>> Acesso em: 22 fev 2021.

CARVALHO, ALB; JESUS, W L A; Senra, IMVB. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. Ciência & Saúde Coletiva, 22(4):1155-1164, 2017 Disponível: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1155.pdf>> Acesso em: 26 nov 2020.

MACHADO, C V; SALVADOR, F G F; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. Rev Saúde Pública, 2011;45(3):519-28. Disponível: < <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2335.pdf>> Acesso em: 26 nov 2020.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>> Acesso em: 24 mai. 2020.

O'DWYER, G; KONDER, M T; RECIPUTTI, LP; MACEDO, C; LOPES, MGM. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. Cad. Saúde Pública 2017; 33(7):e00043716. Disponível: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n7/1678-4464-csp-33-07-e00043716.pdf>> Acesso em: 26 nov 2020.

PADILHA ARS, AMARAL MA, OLIVEIRA DC, CAMPOS GWS. Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 42, N. 118, P. 579-593, JUL-SET 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42n118/579-593/pt>> Acesso em: 26 ago 2020.

PESSOTO, UC; RIBEIRO, EAWk; GUIMARÃES, R B. O papel do Estado nas políticas públicas de saúde: um panorama sobre o debate do conceito de Estado e o caso brasileiro. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.1, p.9-22, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2015.v24n1/9-22/pt>. Acesso em: 08 dez 2020.

VIVEIROS, W.L.; OKUNO, M.F.P.; CAMPANHARO, C.R.V.; LOPES, M.C.B.T.; OLIVEIRA, G.N.; BATISTA, R.E.A. Pain in emergency units: correlation with risk classification categories. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3070. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3070.pdf> Acesso em: 28 mar. 2021.

CAPÍTULO 3

ESTRATÉGIAS DE CUIDADO A USUÁRIOS EM SOFRIMENTO MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

JAMINE BERNIERI

ALICE HIRDES

CARINE VENDRUSCOLO

DENISE ANTUNES DE AZAMBUJA

ZOCHE

LEILA ZANATTA

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano de 2008 destacou a importância da integração de ações de saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS), recomendando desta forma, que os serviços de saúde se organizassem de modo a incluir como parte dos cuidados primários à saúde mental (OMS, 2008).

No Brasil, a APS, primeiro nível constituinte do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de suas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) passou a ser a principal porta de entrada para o atendimento aos indivíduos em sofrimento mental (BRASIL, 2013; SILVA, G. *et al.*, 2017).

Medeiros (2019) afirma que nem sempre o sofrimento mental se enquadra nas doenças descritas no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) ou na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas (CID). Para o autor, o sofrimento mental pode ser caracterizado por sintomas ou queixas psicossomáticas, sendo tais sintomas elencados por algumas categorias da literatura especializada, como diagnóstico de Transtornos Mentais Comuns (TMC) (MEDEIROS, 2019).

Entende-se que estes quadros psicossomáticos não deveriam fazer parte de nenhuma classificação diagnóstica, pois são formas de as pessoas expressa-

rem algum sofrimento relacionado ao seu contexto de vida e que, se forem analisadas à luz do paradigma biomédico, não serão compreendidas em sua totalidade. Porém, são frequentes, os casos em que o sofrimento mental é analisado e tratado como patologia, sendo medicalizado (MEDEIROS, 2019).

Atualmente tem sido preconizado o uso de tecnologias leves, como o acolhimento, a escuta qualificada, os grupos, dentre outras no cuidado às demandas de saúde mental na APS, pois estas práticas relacionam-se com a dimensão subjetiva dos indivíduos, atuando a partir de um processo complexo nos mais diversos aspectos da mente humana, trazendo à tona as situações a serem enfrentadas, construindo um emaranhado de fragilidades, potencialidades, contradições, consensos e desafios (ÁVILA; SINIAK, 2017; CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2018; FRANCO; MERHY, 2012, 2013).

O emprego das tecnologias leves no cuidado aos usuários em sofrimento mental possui o potencial de melhorar o acesso e a qualidade da assistência prestada, denotando ainda, um comprometimento por parte dos profissionais de saúde com a lógica da integralidade e do novo modelo de assistência a esta clientela no SUS (ÁVILA; SINIAK, 2017; CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2018).

A partir do redirecionamento do modelo de assistência em saúde mental, abriu-se um leque de diversas ações terapêuticas que podem ser desenvolvidas pelos enfermeiros. Como exemplo, pode-se citar o relacionamento terapêutico, que pode ser considerado uma tecnologia do cuidado de enfermagem, a ser utilizado tanto para pessoas com condições graves e persistentes, como aqueles com queixas leves, compatíveis com o TMC (NÓBREGA *et al.*, 2017).

Porém, apesar de tais recomendações, Silva, G. *et al.* (2017) em seu estudo, indica que a articulação das ações de saúde mental na APS ainda representa desafios, que contemplam a falta da garantia de acessibilidade destas pessoas em sofrimento a uma rede de cuidados e no reestabelecimento de seus laços socioafetivos na comunidade.

Diante de tais colocações, o objetivo nesta pesquisa está configurado para identificar estratégias que auxiliem no cuidado de usuários em sofrimento mental na APS.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que faz parte da primeira etapa de uma pesquisa-ação, desenvolvida em cinco etapas, adaptadas de Thiollent (2011). Segundo Teixeira e Mota (2011, p. 21), o método da revisão integrativa “é um recurso que proporciona a incorporação das evidências de estudo a partir de um tema de interesse para a prática da enfermagem”.

Desta forma, esta revisão integrativa busca identificar, analisar e sintetizar resultados de diferentes estudos sobre a temática da saúde mental na APS. Para desenvolvê-la, utilizou-se o Protocolo para Desenvolvimento de Revisão Integrativa proposto por Zocche *et al.* (2020).

Foram percorridas as seguintes etapas: elaboração da pergunta norteadora, busca da literatura, coleta de dados, caracterização (tipo, método, nível de evidência, área do conhecimento, país de origem), análise crítica dos estudos incluídos, resultados, discussões e conclusões. (ZOCCHÉ *et al.*, 2020).

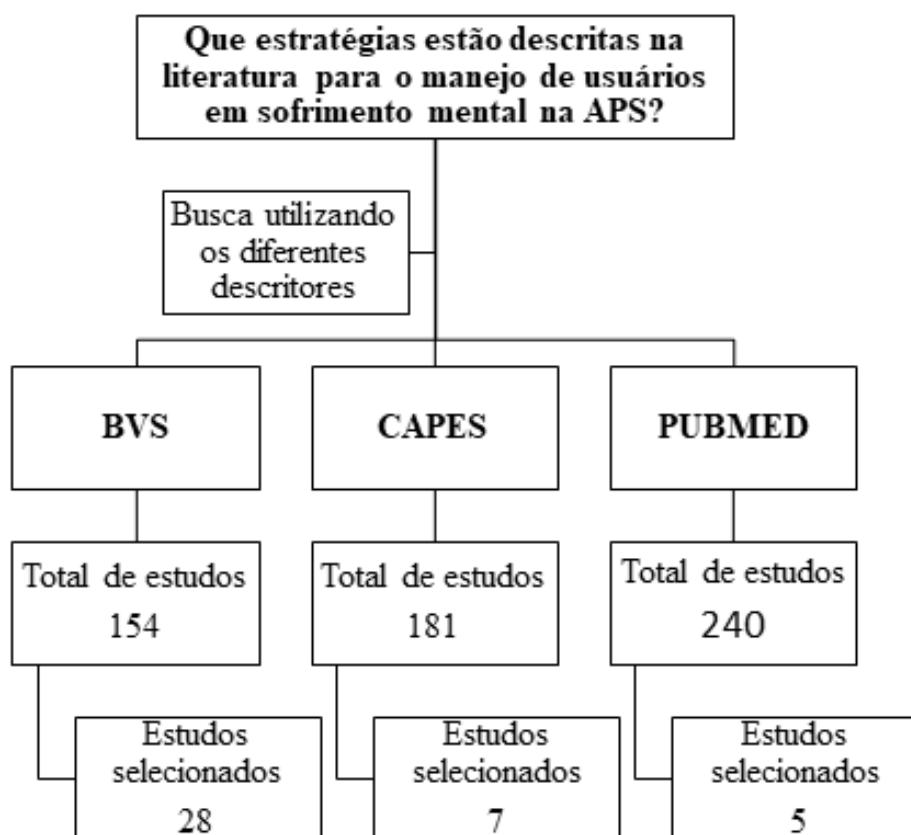
Nesta revisão foram utilizados estudos publicados nos anos de 2015 a abril de 2020. Este intervalo temporal justifica-se por considerar que neste período os trabalhos publicados são condizentes com o atual cenário da saúde mental mundial. Todo material foi selecionado da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Publicações Médicas (PubMed). Os dados recolhidos foram organizados e tabulados para análise, utilizando-se o software Microsoft Excel®.

A busca foi realizada entre os meses de março a abril de 2020, na BVS e no Portal de Periódicos da CAPES, por meio dos seguintes cruzamentos de descritores em português: Sofrimento mental AND Atenção Primária à Saúde AND Cuidado de enfermagem; Medicalização AND Cuidado AND Atenção Primária à Saúde; Atenção Primária à Saúde AND Assistência à saúde mental AND Estratégia Saúde da Família. Para a busca na PubMed, foram utilizados os seguintes descritores na língua inglesa: Mental suffering AND Primary Health Care AND Nursing care; Medicalization AND Mental suffering AND Primary Health Care; Primary Health Care AND Mental health assistance AND Family Health Strategy.

Para a seleção dos estudos foram adotados alguns critérios de inclusão e exclusão. Foram inclusos: estudos nas línguas espanhola, inglesa e portuguesa, artigos completos gratuitos publicados nos últimos seis anos. Optou-se pelos seguintes critérios de exclusão: anais de eventos, relatos de experiência, revisões integrativas e narrativas, artigos que não estavam disponíveis na íntegra e estudos que não responderam à pergunta da pesquisa. Também foram excluídos trabalhos que se repetiam nas bases de dados pesquisados. A pergunta de pesquisa utilizada foi: Que estratégias de cuidado estão descritas na literatura para o manejo de usuários em sofrimento mental na APS?

Na Figura 1 é apresentada a organização do protocolo de busca, segundo base, número total de estudos e quantitativo de inclusão dos estudos por local.

FIGURA 1: FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO DO PROTOCOLO DE BUSCA, SEGUNDO BASE, NÚMERO TOTAL DE ESTUDOS E QUANTITATIVO DE INCLUSÃO DOS ESTUDOS POR LOCAL



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Após aplicar os critérios de inclusão, identificaram-se 575 estudos que estavam distribuídos da seguinte forma: 154 artigos na BVS, 181 no Portal de Periódicos da CAPES e 240 na PubMed, entre os quais foram excluídos 28 trabalhos por estarem repetidos entre os locais de busca. Após leitura do título e resumo foram selecionados 72 trabalhos. Posteriormente, foi realizada a leitura na íntegra dos 72 trabalhos selecionados para se ter certeza que contemplavam o objetivo proposto. Restaram, então, 28 estudos da BVS, sete da Capes e cinco da PubMed, totalizando 40 artigos para serem caracterizados.

A análise dos estudos selecionados foi realizada em duas etapas. A primeira compreendeu uma análise bibliométrica, enquanto que a segunda etapa contemplou a análise qualitativa do conteúdo dos artigos, tendo como responder à pergunta de pesquisa.

A análise bibliométrica foi embasada por Silva, Hayashi e Hayashi (2011, p. 113) que salientam ser “os dados quantitativos calculados a partir de contagens estatísticas de publicações ou de elementos que reúnem uma série de técnicas estatísticas, buscando quantificar os processos de comunicação escrita”.

Sacardo (2012, p. 18) complementa esse entendimento ao considerar que os estudos bibliométricos são úteis para mapear um campo científico, avaliar a pesquisa acadêmica, “[...] bem como para orientar rumos e estratégias de financiamento de pesquisas e apontar o alcance analítico para o estudo de um campo científico”.

Desta forma, o resultado da análise bibliométrica foi apresentado, classificando os trabalhos segundo: ano de publicação, periódico científico, áreas de conhecimento, classificação Qualis/Capes na área da Enfermagem, país de origem, tipo de abordagem metodológica e de instrumento utilizado para a coleta de dados, temas recorrentes e índice de evidência científica. Os resultados foram organizados com valores quantitativos, apresentados em número absoluto e percentual, seguidos pela análise dos resultados de forma descritiva.

Segundo Minayo (2013), as categorias temáticas têm como objetivo agrupar ideias, elementos ou expressões em torno de um conceito, sendo esse procedimento utilizado de maneira geral em análises de pesquisas qualitativas. Para a análise qualitativa, foram utilizados os passos operacionais propostos por esta autora, adaptados para a análise da revisão integrativa do estudo, os quais são divididos nas seguintes etapas: ordenação, classificação dos dados e análise final.

Na ordenação foram selecionados os estudos incluídos, construindo-se uma tabela que ofereceu um panorama geral dos estudos encontrados, facilitando a leitura e classificação do material investigado.

A classificação dos artigos foi estabelecida a partir da leitura e identificação das informações relevantes e pertinentes sobre a temática deste estudo, adequando-os aos objetivos da pesquisa para, posteriormente, servir no processo de definição dos temas centrais. A análise foi realizada desde os temas centrais que emergiram dos artigos, contextualizando-os com a literatura pertinente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra desta revisão foi composta por 40 estudos que estão apresentados no Quadro 1.

QUADRO 1: CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS SELECIONADOS (CONTINUA)

Nº	Título do Artigo	Temática	Periódico	Ano	Tipo de Abordagem	Nível de Evidência	Local de Busca
01	Saúde mental no trabalho do Enfermeiro da Atenção Primária de um município no Brasil	Educação permanente	Revista Cubana de Enfermagem	2015	Qualitativo	5	BVS
02	Contribuições do PET-saúde/ redes de atenção psicossocial à saúde da família	Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	Interface: Comunicação, Saúde, Educação	2015	Qualitativo	5	BVS
03	A perspectiva dos profissionais da atenção primária à saúde sobre o apoio matricial em saúde mental	Apoio Matricial	Ciência e Saúde Coletiva	2015	Qualitativo	5	BVS
04	Estratégia de saúde da família e saúde mental: inclusão social no território?	Atuação da equipe de modo multiprofissional Atendimento individual	Journal of Nursing and Health	2015	Qualitativo	5	BVS
05	A gente sente que precisa e pode... ": os desafios para a inclusão da saúde mental na atenção básica	Atuação da equipe de modo multiprofissional	Revista Brasileira Medicina, Família e Comunidade	2015	Qualitativo	5	BVS
06	Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo exploratório	Visitas domiciliares atendimentos individuais Atividades grupais	Journal of Research Fundamental Care Online	2015	Qualitativo	5	BVS
07	Prescripción de ejercicio físico en la depresión por parte de médicos de familia. factores involucrados	Exercícios físicos	Revista de Psicología Deporte	2015	Quantitativo	5	BVS

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021)

QUADRO 1: CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS SELECIONADOS (CONTINUAÇÃO)

Nº	Título do Artigo	Temática	Periódico	Ano	Tipo de Abordagem	Nível de Evidência	Local de Busca
08	Factors Associated with Providers' Perceptions of Mental Health Care in Santa Luzia's Family Health Strategy, Brazil.	Integralidade	International Journal Environmental Research and Public Health	2015	Misto	2	PubMed
09	Saúde mental e atenção primária: compreendendo articulações e práticas na saúde da família no Ceará	Práticas de cuidado coletivas	Revista de Psicologia	2016	Qualitativo	5	BVS
10	Atenção primária e saúde mental: contribuições e potencialidades do apoio matricial	Apoio Matricial	Mudanças: Psicologia da Saúde	2016	Qualitativo	5	BVS
11	Perceptions of health managers and professionals about mental health and primary care integration in Rio de Janeiro: a mixed methods study.	Apoio matricial Atuação da equipe de modo multiprofissional	BMC Health Serv Res	2016	Misto		PubMed
12	A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial	Práticas de cuidado territoriais Atuação da equipe de modo multiprofissional	Physis: Revista de Saúde Coletiva	2016	Qualitativo	5	Portal da CAPES
13	Estratégia saúde da família: ações no campo da saúde mental	Apoio matricial	Revista de Enfermagem da UERJ	2017	Qualitativo	5	BVS

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021)

QUADRO 1: CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS SELECIONADOS (CONTINUAÇÃO)

Nº	Título do Artigo	Temática	Periódico	Ano	Tipo de Abordagem	Nível de Evidência	Local de Busca
14	O cuidar versus a medicalização da saúde na visão dos enfermeiros da atenção primária à saúde	Acolhimento Escuta qualificada Consulta de enfermagem Ações de promoção e prevenção em saúde mental	Revista APS	2017	Qualitativo	5	BVS
15	Cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família: a experiência do apoio matricial	Apoio matricial	Revista de Enfermagem da UERJ	2017	Qualitativo	5	BVS
16	Práticas de cuidado integral às pessoas em sofrimento mental na atenção básica	Acolhimento Escuta qualificada Cuidado integral	Psicologia: Ciência e Profissão	2017	Qualitativo	5	BVS
17	A atuação do psicólogo nos NASF: desafios e perspectivas na atenção básica	Psicoterapia Apoio matricial NASF	Trends in Psychology	2017	Qualitativo	5	BVS
18	O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica	RAPS Apoio matricial Cuidado integral	Revista da Escola Anna Nery	2017	Qualitativo	5	BVS
19	Aplicação do relacionamento terapêutico a pessoas com transtorno mental comum	Relacionamento terapêutico	Revista Gaúcha de Enfermagem	2017	Quantitativo	5	BVS
20	Saúde mental na estratégia saúde da família: percepções dos profissionais	Visitas domiciliares Atendimentos individuais Apoio Matricial	Revista Brasileira de Enfermagem	2017	Qualitativo	5	BVS
21	Ações de saúde mental desenvolvidas em uma estratégia saúde da família	Acolhimento Visitas domiciliares Vínculo	Revista de Enfermagem da UFSM	2017	Qualitativo	5	Portal da CAPES
22	Tecnologias do cuidado em saúde mental: práticas e processos da Atenção Primária	Acolhimento Apoio Matricial	Revista Brasileira de Enfermagem	2018	Qualitativo	5	BVS

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

QUADRO 1: CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS SELECIONADOS (CONTINUAÇÃO)

Nº	Título do Artigo	Temática	Periódico	Ano	Tipo de Abordagem	Nível de Evidência	Local de Busca
23	Assistance to individuals with psychic suffering: perception of the multiprofessional teams.	Acolhimento	Revista de Enfermagem UFPE on line	2018	Qualitativo	5	BVS
24	O cuidado em saúde mental na atenção básica: uma cartografia	Cuidado com enfoque no território	Revista de enfermagem da UERJ	2018	Qualitativo	5	BVS
25	“Eu sei o que é saúde mental!”: pesquisar e cuidar como fios da mesma trama.	RAPS Apoio matricial Atividades Grupais	Revista Polis e Psique	2018	Qualitativo	5	BVS
26	Gestão do cuidado e interdisciplinaridade: desafios do cotidiano da atenção psicossocial.	Gestão do trabalho em saúde mental	Revista de Salud Pública	2018	Qualitativo	5	Portal da CAPES
27	Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção	Integralidade Acolhimento Escuta qualificada	Revista Ciência e Saúde Coletiva	2018	Qualitativo	5	Portal da CAPES
28	O apoio matricial na atenção primária em saúde no município do Rio de Janeiro: uma percepção dos matriciadores com foco na saúde mental.	Apoio Matricial	Physis: Revista de Saúde Coletiva	2019	Qualitativo	5	BVS
29	The medical home functions of primary care practices that care for adults with psychological distress: a cross-sectional study.	Cuidado domiciliar	BMC Health Services Research	2019	Quantitativo	5	BVS

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

QUADRO 1: CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS SELECIONADOS (CONTINUAÇÃO)

Nº	Título do Artigo	Temática	Periódico	Ano	Tipo de Abordagem	Nível de Evidência	Local de Busca
30	Mental health care technologies: primary care practices and processes.	Acolhimento Matriciamento	Revista Brasileira Enfermagem	2019	Qualitativo	5	BVS
31	Grupos de reflexão em saúde mental: possibilidade de interlocução entre a saúde mental e a atenção básica no município de Itapevi – SP	Atividades Grupais	BIS, Boletim do Instituto de Saúde	2019	Qualitativo	5	BVS
32	Grupo terapêutico em saúde mental: percepção de usuários na atenção básica	Atividades Grupais	Revista Gaúcha de Enfermagem	2019	Qualitativo	5	BVS
33	Matriciamento em saúde mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores	Apoio Matricial	Ciência e Saúde Coletiva	2019	Qualitativo	5	Portal da CAPES
34	O trabalho na gestão dos serviços substitutivos de saúde mental: aproximações entre Saúde Coletiva, Saúde Mental e Psicanálise	Psicanálise	Physis: Revista de Saúde Coletiva	2019	Qualitativo	5	Portal da CAPES
35	Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários do Nordeste	Integralidade RAPS	Physis: Revista de Saúde Coletiva	2019	Qualitativo	5	Portal da CAPES

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

QUADRO 1: CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS SELECIONADOS (CONTINUAÇÃO)

Nº	Título do Artigo	Temática	Periódico	Ano	Tipo de Abordagem	Nível de Evidência	Local de Busca
36	Pilot study of a two-arm non-randomized controlled cluster trial of a psychosocial intervention to improve late life depression in socioeconomically deprived areas of São Paulo, Brazil (PROACTIVE): feasibility study of a psychosocial intervention for late life depression in São Paulo	Intervenção Psicossocial	BMC Public Health	2019	Estudo piloto	2	PubMed
37	O cuidado aos portadores de sofrimento mental na atenção primária: uma prática interdisciplinar e multiprofissional	Apoio matricial Atuação da equipe de modo interdisciplinar e multiprofissional	Revista Fundamental Care Online	2020	Qualitativo	5	BVS
38	Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial	Atuação da equipe de modo interdisciplinar e multiprofissional	Trabalho Educação e Saúde	2020	Qualitativo	5	BVS
39	Saberes em saúde mental e a prática profissional na estratégia saúde da família	Atividades grupais Acolhimento Apoio Matricial Acompanhamento individualizado	Research, Society and Development	2020	Misto	5	Portal da CAPES
40	Study protocol for a randomized control trial to investigate the effectiveness of an 8-week mindfulness-integrated cognitive behavior therapy (MiCBT) transdiagnostic group intervention for primary care patients.	Terapia cognitivo-comportamental	BMC Psychiatry		Randomizado	2	PubMed

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Os artigos foram codificados por números para melhor identificação e relação dos achados. Os estudos foram publicados entre os anos 2015 a abril de 2020, com maior concentração de trabalhos publicados nos anos 2017 e 2019, 9 por ano (22,5%) em comparação ao restante do período.

A distribuição do número de artigos por periódico mostra que nenhuma revista apresentou mais do que quatro publicações no período analisado. A Revista *Physis: Revista de Saúde Coletiva* destacou-se pela maior quantidade de trabalhos publicados 4 (10%) no período proposto para esta pesquisa, seguida pela *Revista de Enfermagem da UERJ*, a *Revista Gaúcha de Enfermagem* e a *Revista Ciência e Saúde Coletiva* com três (7,5%) publicações cada. Ao analisar o Qualis/Capes (2016) das publicações incluídas nesse estudo, observou-se a prevalência da classificação B1, com nove (33,33%) revistas, seguidas por seis revistas (22,22%) com classificação A2 e seis com classificação B4. Considerando a área de conhecimento dos artigos, a Enfermagem reuniu o maior número de publicações (16,40%), seguida da Psicologia (10,25%), além de haver trabalhos publicados em outras áreas da saúde. Isto sugere a relevância da temática no meio científico, sendo objeto de estudo multidisciplinar e interdisciplinar.

Analisando a origem das produções por país de publicação, observou-se uma expressiva quantidade de artigos brasileiros (34; 85%), seguida de alguns trabalhos dos Estados Unidos (2; 5%), havendo ainda publicações em outros quatro países: um da Austrália (2,5%), um de Cuba (2,5%), um da Espanha (2,5%) e um da Colômbia (2,5%).

Em relação ao tipo de abordagem dos estudos, houve prevalência de trabalhos qualitativos (33; 87,5%), comparado àqueles de abordagem quantitativa (4; 7,5%) e mista (3; 5,0%). Essa revisão permitiu observar que alguns autores não caracterizaram seus estudos (quanto à natureza, aos procedimentos, os objetivos e a delimitação temporal), tornando a análise desta categoria difícil de ser estabelecida.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram em sua maioria a entrevista (23; 57,5%) seguida do questionário (5; 12,5%). Em alguns trabalhos foi utilizado o grupo focal (4; 10%), e outros apresentaram associações de instrumentos (8; 20%), totalizando cinco diferentes tipos de instrumento para coleta de dados.

A avaliação dos estudos quanto ao Nível de Evidência (NE), seguiu a *Oxford Centre Evidence-Based Medicine* (PHILLIPS *et al.*, 2009), a qual classifica as evidências científicas em cinco níveis. As evidências mais robustas estão situadas mais altas na hierarquia e diminuem à medida que descem os níveis, ou seja, estudos categorizados no nível 5 possuem baixo NE; alguns níveis desta classificação ainda contêm subdivisões.

O uso de evidências científicas em enfermagem tem como pressuposto a realização de estudos que gerem práticas inovadoras, com vista à sustentação das ações e das relações do profissional enfermeiro no sistema de saúde, como também demonstrar o impacto de tais evidências na prática (PEDREIRA, 2009). Com relação à classificação por NE, houve prevalência de estudos com NE 5 (38; 95%), seguido do NE 2 (5%).

Para categorizar os temas recorrentes apresentados nos estudos, considerou-se para análise, as palavras que predominavam no conteúdo e título dos artigos, destacando-se então: Saúde Mental (80%), Atenção Primária à Saúde/ Atenção Básica (62,5%), Estratégia Saúde da Família (17,5%), além de outros temas como o Apoio Matricial (12,5%), cuidado (10%), enfermagem e enfermeiro e depressão (7,5%), assistência à saúde (5%), tecnologia e relacionamento terapêutico (2,5%). No quadro 2, apresenta-se a distribuição dos estudos segundo a categoria temática.

QUADRO 2: DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDOS SEGUNDO CATEGORIA TEMÁTICA (CONTINUA)

Categoria temática	Título do Estudo
As Transformações no Processo de Cuidar dos Usuários em Sofrimento Mental no Brasil	“A gente sente que precisa e pode...”: Os desafios para a inclusão da saúde mental na Atenção Básica.
	Produção do cuidado em saúde mental: Práticas territoriais na rede psicossocial.
	Estratégia saúde da família: ações no campo da saúde mental.
	Mental health care technologies: Primary Care practices and processes.
	Factors Associated with Providers’ Perceptions of Mental Health Care in Santa Luzia’s Family Health Strategy, Brazil.
	A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial.
	O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica.
	A atuação do Psicólogo nos NASF: Desafios e Perspectivas na Atenção Básica.
	Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo exploratório.
	“Eu sei o que é saúde mental!”: Pesquisar e Cuidar como Fios da Mesma Trama.
	Contribuições do PET-Saúde/Redes de Atenção Psicossocial à Saúde da Família.
	O cuidado em saúde mental na atenção básica: uma cartografia.
A Percepção dos Profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre as Demandas de Saúde Mental	Saúde Mental e Atenção Primária: Compreendendo Articulações e Práticas na Saúde da Família no Ceará.
	Perceptions of health managers and professionals about mental health and primary care integration in Rio de Janeiro: a mixed methods study.
	Estratégia de saúde da família e saúde mental: inclusão social no território?
	Saúde mental na atenção primária: processo saúde-doença, segundo profissionais de saúde.
	Assistance to individuals with psychic suffering: perception of the multiprofessional teams.
	Gestão do cuidado e interdisciplinaridade: desafios do cotidiano da atenção psicossocial.
	Mental health in the Family Health Strategy as perceived by health professionals.
Estratégias de Manejo dos Usuários em Sofrimento Mental na APS	O trabalho na gestão dos serviços substitutivos de saúde mental: aproximações entre Saúde Coletiva, Saúde Mental e Psicanálise.
	Saberes em saúde mental e a prática profissional na estratégia saúde da família.
	A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental.
	Cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família: a experiência do apoio matricial.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

QUADRO 2: DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDOS SEGUNDO CATEGORIA TEMÁTICA (CONCLUSÃO)

Categoria temática	Título do Estudo
Estratégias de Manejo dos Usuários em Sofrimento Mental na APS	Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil.
	Contribuições do PET-Saúde/Redes de Atenção Psicossocial à Saúde da Família.
	O Cuidado aos Portadores de Sofrimento Mental na Atenção Primária: Uma Prática Interdisciplinar e Multiprofissional.
	O cuidar versus a medicalização da saúde na visão dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde.
	Grupo terapêutico em saúde mental: percepção de usuários na atenção básica.
	Mental health care technologies: Primary Care practices and processes.
	Study protocol for a randomized control trial to investigate the effectiveness of an 8-week mindfulness-integrated cognitive behavior therapy (MiCBT) transdiagnostic group intervention for primary care patients.
	O apoio matricial na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro: uma percepção dos matriciadores com foco na Saúde Mental.
	Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores.
	Grupos de reflexão em Saúde Mental: possibilidade de interlocução entre a Saúde Mental e a Atenção Básica no município de Itapevi – SP
	Prescripción de ejercicio físico e depresión por parte de Médicos de Familia. Factores involucrados.
	The medical home functions of primary care practices that care for adults with psychological distress: a cross-sectional study.
	Aplicação do relacionamento terapêutico a pessoas com transtorno mental comum.
	Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção.
	Estratégia saúde da família: ações no campo da saúde mental.
	A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência.
	Atenção primária e saúde mental: contribuições e potencialidades do apoio matricial
	Pilot study of a two-arm non-randomized controlled cluster trial of a psychosocial intervention to improve late life depression in socioeconomically deprived areas of São Paulo, Brazil (PROACTIVE): feasibility study of a psychosocial intervention for late life depression in São Paulo.
	Saúde mental no trabalho do Enfermeiro da Atenção Primária de um município no Brasil
	Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

As palavras predominantes nos trabalhos que compõem a amostra deste estudo, em parte refletem a atual realidade das políticas de atendimento aos usuários em sofrimento mental. São indicadas a APS e as equipes de ESF como responsáveis pelo cuidado a esta clientela, tendo-se o apoio matricial como uma das principais estratégias para o acompanhamento das pessoas no SUS.

A partir da leitura dos artigos selecionados, alguns temas surgiram com maior frequência e profundidade, os quais foram então separados em categorias, a fim de se realizar a análise qualitativa dos dados. Delimitadas as categorias temáticas, cada uma delas foi discutida a partir dos estudos selecionados, bem como pelos autores que contextualizaram as ideias centrais abordadas sobre o tema da pesquisa.

As Transformações no Processo de Cuidar dos Usuários em Sofrimento Mental no Brasil

A APS é o primeiro nível que constitui o SUS, sendo por meio de suas UBS e das ESF que o cuidado em saúde mental precisa encontrar possibilidade de acolhida, incorporação, estruturação e desenvolvimento. Devendo também contemplar o caráter territorial, comunitário, pautado na promoção do bem-estar, da existência do ser humano em todas suas dimensões (OLIVEIRA *et al.*, 2017a).

O território é compreendido como o local mais indicado para a realização dos cuidados em saúde mental, pois é considerado ideal para análise e planejamento das ações em saúde, tornando possível criar alternativas de cuidado, dirigindo um olhar para onde as pessoas vivem e se relacionam, mostrando suas singularidades, diversidades e realidades, concepções essenciais para o desenvolvimento das ações no campo psicossocial. Neste sentido, as equipes de ESF que atuam na APS devem desenvolver ações no campo da saúde mental, que contemplem a promoção e prevenção aos agravos mentais, a manutenção da saúde mental da população e a reabilitação (MARTINS *et al.*, 2015; OLIVEIRA, C. *et al.*, 2017a).

A política de saúde mental salienta que o objeto de intervenção deve deslocar-se da doença para o indivíduo, devendo as práticas sair do escopo medicamentoso para contemplar os aspectos subjetivos da pessoa, considerando-a como participante principal do tratamento, envolvendo ainda no cuidado, a família e, eventualmente a comunidade (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2018).

Nesse sentido, vários pontos estruturantes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) vão ao encontro dos pressupostos da desinstitucionalização preconizados pela Reforma Psiquiátrica (ANGELINI; CACCIA-BAVA, 2015).

Um destes pontos diz respeito à designação da saúde mental como integrante da saúde. Tal concepção contempla o princípio da integralidade do SUS e tem sido considerado como fundamental à efetivação dos pressupostos da desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica Brasileira (PAULON; PROTAZIO; TSCHIEDEL, 2018).

Para o Ministério da Saúde, a consolidação da Reforma Psiquiátrica depende, também, da construção de uma rede comunitária de cuidados, com diferentes serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, articulados entre si, de modo a formar um conjunto de referências para o cuidado das pessoas em sofrimento mental (RÉZIO *et al.*, 2015).

Neste sentido, cabe destacar que ao longo dos anos 1980, 1990 e primeira década dos anos 2000, a saúde mental no Brasil viveu seus momentos mais importantes de luta por visibilidade e afirmação do modelo substitutivo, representado pela implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), bem como de outros equipamentos de base territorial e comunitária (ANGELINI; CACCIA-BAVA, 2015; VIANA; LIMA, 2016).

Os NASF-AB foram implantados objetivando ampliar a abrangência das ações da APS, fornecendo suporte às equipes de ESF, favorecendo mudanças na atitude e na atuação dos profissionais, incluindo ações intersetoriais e interdisciplinares, sendo sua ferramenta de trabalho o apoio matricial. Já os CAPS possuem um caráter especializado para atendimento das

demandas de saúde mental (ANGELINI; CACCIA-BAVA, 2015; OLIVEIRA, F. *et al.*, 2017; SILVA, M. *et al.*, 2017).

Porém, apesar de todo movimento para a transformação no modelo de atenção em saúde mental no Brasil, infelizmente prevalecem na APS, práticas de cuidado pautadas por ações realizadas no próprio serviço e na medicalização do usuário, desconsiderando a individualidade do ser humano, configurando-se como um modelo asilar, divergindo do proposto pela Reforma Psiquiátrica (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2020).

Compreende-se que para que a atenção à saúde mental ocorra de maneira integral, é necessário promover práticas interdisciplinares, buscando a inter-relação entre áreas de conhecimento, entre os profissionais que atuam no serviço e entre estes e a população atendida. Havendo ainda, um redirecionamento das ações realizadas pelos profissionais (GHESQUIERE *et al.*, 2015; OLIVEIRA, F. *et al.*, 2017).

Santana e Pereira (2018, p. 6) salientam que

Nos serviços, a assistência prestada, os recursos físicos e materiais, as características organizativas e o tipo de trabalho da equipe são considerados variáveis importantes na evolução do transtorno mental, que devem ser somados aos recursos individuais do paciente e do contexto em que está inserido, pois desempenham um papel fundamental no sucesso ou fracasso de um tratamento.

Campos, Bezerra e Jorge (2018) afirmam que embora existam políticas nacionais que sustentem os direitos das pessoas em sofrimento mental, persistem desafios à implementação dessas políticas e para a efetividade das práticas que garantam esses direitos arduamente conquistados.

Nunes, Guimarães e Sampaio (2016), afirmam haver um descompasso entre a proposição do modelo psicossocial e a sua efetiva materialização. Tal situação tem múltiplos determinantes, entre eles: o modelo de gestão, o financiamento, a qualificação das equipes e a precarização do trabalho.

A Percepção dos Profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre as Demandas de Saúde Mental

Marques *et al.* (2018) e Souza *et al.* (2017) trazem em seus estudos, que os profissionais de saúde identificam que as demandas em saúde mental atendidas na APS vão desde casos leves até os mais complexos, como situações de sofrimento psíquico, uso de drogas, transtornos severos e persistentes. Ocorrendo, também, situações em que as necessidades de saúde mental são inerentes a algumas transições do ciclo vital e, em alguns casos, estão associadas às demandas clínicas, ou seja, nem sempre o motivo pela busca de atendimento é diretamente os sintomas de sofrimento mental, mas sim outras comorbidades.

De acordo com Pessoa *et al.* (2018), o cotidiano das equipes influencia significativamente no trabalho individual. E as percepções que os profissionais têm em relação à saúde mental são influenciadas diretamente pela bagagem de vida, que eles trazem consigo, configurando desta forma a maneira de olhar para os usuários em sofrimento mental no serviço. Segundo os autores, o cuidar em saúde mental não comporta apenas uma dimensão técnica, procedimental, mas engloba dimensões afetivas, éticas, ideológicas e políticas.

Considerando-se os recursos mencionados pelas equipes multiprofissionais para a prática do cuidado em saúde mental na APS, emergiram: a equipe interdisciplinar, a consultoria de

psiquiatria, os espaços para discussão de casos e a educação permanente. Sendo que, de posse desses recursos, os profissionais de saúde desempenham diversas ações como: visitas domiciliares, o acolhimento, a escuta qualificada, os grupos de educação em saúde, o rastreamento de transtornos, o auxílio no uso de psicofármacos, palestras, assessorias às escolas locais e às consultas individuais (BARROS *et al.*, 2015; PESSOA *et al.*, 2018; SOUZA *et al.*, 2017).

As potencialidades percebidas pelos profissionais da APS no manejo das demandas de saúde mental são: a realização do trabalho em equipe, a proximidade com as famílias, a formação do vínculo, as visitas domiciliares, o acolhimento e a realização dos grupos de educação em saúde (BARROS *et al.*, 2015).

Os profissionais pontuaram também as fragilidades ou dificuldades evidenciadas na assistência aos usuários em sofrimento mental. Cabe salientar que tais fragilidades vão ao encontro do que a literatura já apresenta, como: a alta demanda de trabalho, a falta de tempo para realizar as ações, as dificuldades com o NASF-AB, o estigma da doença mental, a insegurança na identificação das doenças mentais, a falta de conhecimento para definir a melhor conduta frente o caso, a vulnerabilidade dos trabalhadores submetidos a frágeis vínculos contratuais acarretando, por exemplo, na grande rotatividade de profissionais com consequente descontinuidade de projetos terapêuticos e quebra de vínculos, a falta de educação permanente sobre a temática, além do predomínio da tradição biomédica no cuidado (BARROS *et al.*, 2019; PESSOA *et al.*, 2018).

Para Marques *et al.* (2018) e Moreira e Rocha (2019), os profissionais da APS estão despreparados para lidar com as situações envolvendo as questões de saúde mental, evidenciando-se isto nas práticas fragmentadas e medicalizadoras utilizadas por várias equipes de saúde.

De acordo com Athié *et al.* (2016), os próprios profissionais de saúde reconhecem a necessidade de aprimorar seus conhecimentos sobre os cuidados primários em saúde mental, enfatizando a disposição de sua parte em repensar suas ações. No entanto, eles precisam de apoio institucional e motivação para se envolver em outras ações.

Estratégias de Manejo dos Usuários em Sofrimento Mental na APS

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é considerada importante estratégia para a efetivação do cuidado integral, considerando as dimensões biológicas, psicológicas e sociais dos usuários, sendo utilizada na assistência às pessoas em sofrimento mental e nas necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (RÉZIO *et al.*, 2015).

Para Merhy (2006) e Moreira e Bosi (2019), o cuidado integral e humanizado contempla, dentre outros aspectos, a compreensão do mundo subjetivo do indivíduo e o seu modo de representar e construir necessidades de saúde, perpassando acolhimento, vínculos, responsabilizações dos atores implicados no cuidado, cidadania, interdisciplinaridade e defesa da vida.

Vários estudos desta revisão integrativa discutem a importância da realização de um cuidado aos usuários em sofrimento mental pautado pelo uso de tecnologias leves, como o acolhimento, a escuta qualificada, as atividades grupais e a ampliação da clínica. (ÁVILA; SINIAK, 2017; CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2018; SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018; SILVA, G. *et al.*, 2017; SILVA, M. *et al.*, 2017).

Entende-se por acolhimento, uma prática exercida principalmente pela enfermagem e relatada como uma importante ação para a formação do vínculo entre o profissional e o usuário, pois estabelece, por meio do diálogo e da escuta qualificada, melhor compreensão da individualidade de cada ser. O acolhimento deve ser ofertado não somente pela enfermagem, mas sim por todos os membros da equipe de ESF. Pois, ao realizá-lo, torna-se possível buscar solu-

ções para o problema apresentado pelo usuário dentro da rede de cuidado, ampliando a clínica e promovendo a operacionalização de projetos terapêuticos. (ALMEIDA, R. *et al.*, 2020; ÁVILA; SINIAK, 2017; CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2018; SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Santos, Mishima e Merhy (2018) ao discutirem sobre o acolhimento, afirmam que no fluxo do processo de trabalho, a entrada e recepção dos indivíduos no serviço de saúde, são os momentos privilegiados para a realização do acolhimento, escuta e tomada de decisão, visto que são pontos da linha do cuidado que requerem, muitas vezes, o exercício de negociação ao direcionamento do usuário dentro do serviço.

O enfermeiro, como integrante da equipe de ESF, executa importantes ações no cuidado aos usuários e suas famílias na APS, as quais compreendem atividades de prevenção e promoção à saúde, a consulta de enfermagem, dentre outras. A consulta de enfermagem pelo enfermeiro acontece de forma sistematizada, contemplando a realização de um histórico com enfoque que vai além dos aspectos biológicos, o que favorece a criação de vínculos com o usuário, sendo traçados, ainda, diagnósticos que fornecerão subsídios para a construção de ações e o plano de cuidado a ser executado (AZEVEDO; DUQUE, 2016; SANTOS *et al.*, 2008).

O Relacionamento Terapêutico (RT) é outra estratégia de manejo das demandas de saúde mental na APS. Sendo conceituado por Nóbrega *et al.* (2017, p. 6) “como uma interação interpessoal planejada entre o enfermeiro e a pessoa que precisa de ajuda, com objetivos definidos e compromisso recíproco”. Tal intervenção possui enfoque no indivíduo e não na doença, possibilitando ao enfermeiro realizar um entendimento ao ser humano em sua complexidade, promovendo crescimento e mudança de comportamento entre os envolvidos.

O RT faz parte da Teoria de Travelbee (1979), a qual preconiza a relação pessoa-a-pessoa como uma meta a ser alcançada pelo enfermeiro e paciente. Esta meta é o resultado final de uma série de interações entre ambos (TRAVELBEE, 1979). Esta teorista considera ser tarefa do enfermeiro, ao realizar o RT com o paciente, definir o que quer alcançar durante a interação; sugerindo que o profissional identifique por escrito os objetivos e metas, além dos métodos a serem usados para alcançá-los.

Os objetivos do enfermeiro ao desenvolver o RT são: ajudar a pessoa a conceituar e a enfrentar os problemas do momento presente; a perceber sua participação na experiência; a enfrentar de forma realística seus problemas; a discernir entre as alternativas de resolução de seus problemas; a encontrar novas linhas de conduta; a comunicar-se; a socializar-se e a encontrar um sentido em sua enfermidade (TRAVELBEE, 1979).

Compreende-se a atuação da equipe de forma multidisciplinar e o uso de tecnologias leves como estratégia facilitadora para o cuidado integral, reduzindo a prática biomédica e medicalizadora. Os pesquisadores Gurgel *et al.* (2017) afirmam, ainda que, as equipes ao trabalharem de forma multidisciplinar possuem maior chance de resolutividade dos casos de saúde mental, uma vez que todos passam a compartilhar do mesmo objetivo, que é o de contribuir com o projeto terapêutico do usuário.

As visitas domiciliares aos usuários em sofrimento mental são consideradas relevantes, pois favorecem o vínculo entre a equipe multiprofissional e o indivíduo, proporcionando aos profissionais maior conhecimento do contexto social, econômico, cultural e emocional em que o usuário que necessita de cuidados está inserido, qualificando o processo de trabalho (ÁVILA; SINIAK, 2017). Ávila e Siniak (2017) e Linman *et al.* (2019) recomendam que as visitas domiciliares sejam planejadas e organizadas, evitando serem desenvolvidas de forma rotineira, repetitiva e sistematizadas.

As atividades grupais também emergiram nos estudos como intervenção de cuidado às demandas de saúde mental na APS. Esta prática popular é considerada de alta eficácia podendo ter diversas apresentações e enfoques, como: terapia comunitária, abordagem familiar, grupos de convivência, grupos de artesanato e grupos terapêuticos. Os grupos terapêuticos contribuem para o enfrentamento do estigma da doença mental, propondo discussões sobre a temática da saúde mental com os participantes, acolhendo as pessoas com diferentes singularidades, além de possuir um viés educativo (ALMEIDA, L. *et al.*, 2020; BRUNOZI *et al.*, 2019).

A recomendação da prática de exercícios físicos pelos profissionais de saúde aos indivíduos em sofrimento mental leve tem se mostrado como outra forma de promover o cuidado em saúde mental. Porém, sua aplicabilidade ainda é restrita pelos profissionais, principalmente pelos médicos da ESF. O uso combinado de técnicas psicossociais personalizadas com envolvimento em atividades agradáveis, de acordo com as necessidades de cada usuário em sofrimento mental, promove a ativação comportamental demonstrando eficácia, principalmente, para o tratamento da depressão. (JUANES *et al.*, 2015; SCAZUFCA *et al.*, 2019).

Frances *et al.* (2020) identificaram em seu estudo, que o desenvolvimento de tratamentos transdiagnósticos, como a Terapia Comportamental Cognitiva (TCC) associada à *Mindfulness-integrated Cognitive Behavior Therapy* (MiCBT), possui resultados eficazes e duradouros para pessoas que apresentam sintomas gerais de ansiedade e depressão, com ou sem doença física concomitante. Esta técnica incentiva a aceitação consciente de experiências psicológicas difíceis, adotando através de uma abordagem mais holística a saúde psicológica.

O apoio matricial é percebido como uma ferramenta ampliadora da articulação em saúde mental, sendo utilizado nas situações em que o usuário é referenciado para outros serviços de atenção como o NASF-AB e CAPS. O matriciamento funciona também como um dispositivo assistencial pedagógico às equipes de ESF, pois por meio da prestação de suporte técnico dos matriciadores aos profissionais, ocorre uma soma de saberes, qualificando a assistência prestada aos usuários e seus familiares e cuidadores. (ALMEIDA *et al.*, 2020a; CHAZAN *et al.*, 2019; GURGEL *et al.*, 2017; HIRDES, 2015; IGLESIAS; AVELLAR, 2019; SILVA, M. *et al.*, 2017; TAMATSU; ARAÚJO, 2016; YAMAGUTI; MORAIS, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode concluir-se a partir da análise dos estudos constantes nesta revisão integrativa, que o apoio matricial, as RAPS e o trabalho de modo interdisciplinar e multiprofissional por parte da equipe fazem parte das estratégias recomendadas para o manejo dos usuários em sofrimento mental na APS. Somam-se a estes dispositivos o emprego de tecnologias leves e leves-duras, como: o acolhimento, a escuta qualificada, o relacionamento terapêutico, as consultas de enfermagem, os grupos, as visitas domiciliares, as ações transdiagnósticas, as atividades psicossociais focadas no indivíduo e a recomendação de exercício físico. Tais práticas, com enfoque na integralidade e na subjetividade dos usuários, são reconhecidas na literatura como resolutivas e eficazes, sendo que os profissionais ao prestarem tal assistência estarão reafirmando seu comprometimento com a lógica do novo modelo de tratamento e cuidado voltado a esta clientela no SUS.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. D. et al. Saberes em saúde mental e a prática profissional na estratégia saúde da família. **Research, Society and Development**, Itabira, v. 9, n. 3, e18932134. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i3.2134>. Acesso em: 18 abr. 2021.
- ALMEIDA, R. D. et al. O cuidado aos portadores de sofrimento mental na atenção primária: uma prática interdisciplinar e multiprofissional. **Rev. Fun. Care Online**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 454-459, jan./dez. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8388>. Acesso em: 15 mar. 2021.
- ANGELINI, R. C.; CACCIA-BAVA, G. G. C. M. “A gente sente que precisa e pode...”: Os desafios para a inclusão da saúde mental na Atenção Básica. **Revista Brasileira Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, n. 10, v. 36, p. 1-9, jul./set. 2015. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(36\)1033](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(36)1033). Acesso em: 2 abr. 2021.
- ATHIÉ, K. et al. Perceptions of health managers and professionals about mental health and primary care integration in Rio de Janeiro: a mixed methods study. **BMC Health Serv Res**, Reino Unido, v. 16, n. 1, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1740-8>. Acesso em: 10 abr. 2021.
- ÁVILA, B. M.; SINIAK, S. D. Ações de saúde mental desenvolvidas em uma estratégia saúde da família. **Ver Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 7, n. 3, p. 388-397, jul./set. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/26237/pdf>. Acesso em: 10 abr. 2021.
- AZEVEDO, R. A.; DUQUE, D. C. K. O cuidar versus a medicalização da saúde na visão dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Rev. APS.**, Juiz de Fora, v. 19, n. 3, p. 403-411, jul./set. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15638>. Acesso em: 11 abr. 2021.
- BARROS, S. et al. Estratégia de saúde da família e saúde mental: inclusão social no território. **Journal Nurs. Health**, Rio Grande do Sul, v. 5, n. 2, p. 82-95. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/5624>. Acesso em: 11 abr. 2021.
- BARROS, S. et al. Saúde mental na atenção primária: processo saúde-doença, segundo profissionais de saúde. **Rev Bras Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 72, n. 6, p. 1687-95, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0743>. Acesso em: 11 abr. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental**. Caderno de Atenção Básica, n. 34. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: 2013. 173 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 7 dez. 2021.
- BRUNOZI, A. N. et al. Grupo terapêutico em saúde mental: percepção de usuários na atenção básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190008>. Acesso em: 18 abr. 2021.
- CAMPOS, B. D.; BEZERRA, C. I.; JORGE, B. S. M. Mental health care technologies: Primary Care practices and processes. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, n. 71, s. 5, p. 2101-8. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0478>. Acesso em: 2 abr. 2021.
- CAMPOS, D. B.; BEZERRA, I. C.; JORGE, B. S. M. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 0023167ed. 2020. Disponí-

velem: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462020000100502&script=sci_arttext. Acesso em: 15 maio 2021.

CHAZAN, F. L. et al. O apoio matricial na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro: uma percepção dos matriciadores com foco na saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, e.290212. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290212>. Acesso em: 2 abr. 2021.

FRANCES, S. et al. Study protocol for a randomized control trial to investigate the effectiveness of an 8-week mindfulness-integrated cognitive behavior therapy (MiCBT) transdiagnostic group intervention for primary care patients. **BMC Psychiatry**, Estados Unidos da América, v. 20, n. 7. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2411-1>. Acesso em: 3 abr. 2021.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Rev Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 151-163. 2012. Disponível em: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/issue/view/95>. Acesso em: 6 mar. 2021.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. 2013. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/wp-content/uploads/sites/151/2017/10/10reconhecimento-producao-subjetiva-cuidado.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2021.

GHESQUIERE, A. et al. Factors Associated with providers' perceptions of mental health care in Santa Luzia's family health strategy, Brazil. **Int J Environ Res Saúde Pública**, Suíça, v. 13, n. 1, dez. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph13010033>. Acesso em: 7 abr. 2021.

GURGEL, G. L. L. A. et al. Cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família: a experiência do apoio matricial. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, ed. 7101. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.7101>. Acesso em: 15 abr. 2021.

HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 371-382. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.11122014>. Acesso em: 10 abr. 2021.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, Z. L. Matriciamento em saúde mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1247-1254. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018244.05362017>. Acesso em: 15 abr. 2021.

JUANES, G. R. et al. Prescripción de ejercicio físico e depresión por parte de Médicos de Familia. Factores involucrados. **Revista de Psicología Deporte**, Madrid, v. 24, n. 1, p. 61-69. 2015. Disponível em: <https://www.rpd-online.com/article/view/1480>. Acesso em: 20 abr. 2021.

LINMAN, S.; BENJENK, I.; CHEN, J. The medical home functions of primary care practices that care for adults with psychological distress: a cross-sectional study. **BMC Health Serv Res**, Reino Unido, v. 19, n. 21. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3845-8>. Acesso em: 16 abr. 2021.

MARQUES, A. D. et al. Assistance to individuals with psychic suffering: perception of the multiprofessional teams. **Revista Enferm.UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 2, p. 407-5, fev. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a24111p407-415-2018>. Acesso em: 11 abr. 2021.

MARTINS, L. K. Á. *et al.* Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo exploratório. **J. Res.: Fundam. Care. Online**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 1905-1914, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750945015.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2021.

MEDEIROS, F. L. A inter-relação entre transtornos mentais comuns, gênero e velhice: uma reflexão teórica. **Cad. Saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 448-454, out./dez. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v27n4/1414-462X-cadsc-1414-462X201900040316.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2021.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. *In*: CAMPOS, C. R.; MALTA, D. C.; MERHY, E. E. (orgs.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MOREIRA, J. D.; BOSSI, M. L. M. Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290205>. Acesso em: 10 abr. 2021.

MOREIRA, M. R.; ROCHA, B. K. O trabalho na gestão dos serviços substitutivos de saúde mental: aproximações entre Saúde Coletiva, Saúde Mental e Psicanálise. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, e290216, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290216>. Acesso em: 19 abr. 2021.

NÓBREGA, S. S. P. M.; FERNANDES, T. F. M.; SILVA, F. P. Aplicação do relacionamento terapêutico a pessoas com transtorno mental comum. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, mar. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.63562>. Acesso em: 16 abr. 2021.

NUNES, S. M. J.; GUIMARÃES, X. M. J.; SAMPAIO, C. J. J. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1213-1232, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000400008>. Acesso em: 4 abr. 2021.

OLIVEIRA, F. I. *et al.* A atuação do Psicólogo nos NASF: desafios e perspectivas na atenção básica. **Trends in Psychology**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 291-304, mar. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-17Pt>. Acesso em: 3 abr. 2021.

OLIVEIRA, C. E. *et al.* O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. **Rev Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 21, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0040>. Acesso em: 1 abr. 2021.

OMS. **Integrating mental health into primary care**: a global perspective. Geneva: 2008. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/policy/Integratingmhintopriarycare2008_lastversion.pdf. Acesso em: 7 ago. 2021.

PAULON, M. S.; PROTAZIO, M. M.; TSCHIEDEL, R. “Eu sei o que é saúde mental!”: pesquisar e cuidar como fios da mesma trama. **Polis e Psique, Porto Alegre**, v. 8, n. 1, p. 6-32, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.80412>. Acesso em: 3 abr. 2021.

PEDREIRA, M. L. G. Enfermagem para a segurança do paciente. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 4, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a01v22n4.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2021.

PESSOA, V. L. K. et al. Gestão do cuidado e interdisciplinaridade: desafios do cotidiano da atenção psicossocial. **Revista de Salud Pública**, Colômbia, v. 20, n. 6, dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n6.64641>. Acesso em: 10 abr. 2021.

PHILLIPS, B. et al. Levels of evidence. **Oxford Center for Evidence-Based Medicine**, Oxford, 2009. Disponível em: <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>. Acesso em: 7 abr. 2021.

RÉZIO, A. L. et al. Contribuições do PET-Saúde/redes de atenção psicossocial à saúde da família. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, n. 19, p. 793-804, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0673>. Acesso em: 1 abr. 2021.

SACARDO, M. S. **Estudo bibliométrico e epistemológico da produção científica em Educação Física na Região Centro-Oeste do Brasil**. 2012. Tese. (Doutorado em Educação Especial) – Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/2288>. Acesso em: 20 abr. 2021.

SANTANA, C. M. F. T.; PEREIRA, O. A. M. O cuidado em saúde mental na atenção básica: uma cartografia. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, n. 26, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.32305>. Acesso em: 2 abr. 2021.

SANTOS, S. M. R. et al. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 124-30. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/14.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2021.

SANTOS, S. D.; MISHIMA, M. S.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232018000300861&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 27 abr. 2021.

SCAZUFCA, M. et al. Pilot study of a two-arm non-randomized controlled cluster trial of a psychosocial intervention to improve late life depression in socioeconomically deprived areas of São Paulo, Brazil (PROACTIVE): feasibility study of a psychosocial intervention for late life depression in São Paulo. **BMC Public Health**, Reino Unido, v. 19, n. 1, ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7495-5>. Acesso em: 13 abr. 2021.

SILVA, R. M.; HAYASHI, M. R. C.; HAYASHI, I. P. M. C. Análise bibliométrica e cientométrica: desafios para especialistas que atuam no campo. **InCID: Revista de Ciência da Informação e Documentação**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p. 110-129, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/incid/article/view/42337>. Acesso em: 6 mar. 2021.

SILVA, G. et al. Práticas de cuidado integral às pessoas em sofrimento mental na atenção básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 404-417, abr./jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001452015>. Acesso em: 20 mar. 2021.

SILVA, M. S.; SILVA, M. A.; SOUZA, R. A. Estratégia saúde da família: ações no campo da saúde mental. **Revista Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, e.16926, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.16926>. Acesso em: 10 mar. 2021.

SOUZA, J. et al. Mental health in the family health strategy as perceived by health professionals. **Rev Bras Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 5, p. 935-41, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0492>. Acesso em: 10 abr. 2021.

TAMATSU, B. D.; ARAÚJO, C. A. C. Atenção primária e saúde mental: contribuições e potencialidades do apoio matricial. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 2, jul./dez. 2016. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/6720/5542>. Acesso em: 30 abr. 2021.

TEIXEIRA, E.; MOTA, S. S. M. V. **Tecnologias educacionais em foco**. 1. ed. São Paulo: Difusão Editora, 2011.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TRAVELBEE, J. **Intervención en enfermería psiquiátrica**. Cali: Carvajal, 1979.

VIANA, M. D.; LIMA, F. A. Saúde mental e atenção primária: compreendendo articulações e práticas na saúde da família no Ceará. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 7, n. 2, p. 118-130, jul./dez. 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/6280>. Acesso em: 7 abr. 2021.

YAMAGUTI, C. A.; MORAIS, S. L. M. Grupos de reflexão em saúde mental: possibilidade de interlocução entre a saúde mental e a atenção básica no município de Itapevi – SP. BIS, Bol. Inst. Saúde, *São Paulo*, v. 20, n. 1, p. 132-138, 2019. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/08/1009105/grupos-de-reflexao_bis_mestrado_17.pdf. Acesso em: 23 abr. 2021.

ZOCCHÉ, D. A. A. et al. Protocolo para revisão integrativa: caminho para a busca de evidências. In: TEIXEIRA, E. **Desenvolvimento de Tecnologias Cuidativo-Educacionais**. v. 11. Porto Alegre-RS: Editora Moriá, 2020.

CAPÍTULO 4

TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO: SABERES PARA A PRÁXIS DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

RAQUEL CRISTINA SULZBACH

LUCIMARE FERRAZ

LEILA ZANATTA

JUNIR ANTONIO LUTINSKI

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) foi descrito como uma categoria específica, na década de 1940, pelos psiquiatras Leo Kanner (2012) e Hans Asperger (2015), porém apenas em 1980 ele foi inserido como uma nova classe de transtornos no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. A terminologia TEA passou a ser utilizada a partir da 5ª edição deste manual e tem como objetivo expressar a variedade de manifestações relacionadas às dificuldades na comunicação social e comportamentais vivenciadas pelas pessoas com esse diagnóstico.

Os dados estatísticos desse agravo, apresentados pelo Centro de Controle de Prevenção de Doenças dos Estados Unidos da América, retratam que ele está presente em todos os grupos socioeconômicos e étnico-raciais e acomete quatro vezes mais meninos do que meninas. Esse mesmo Centro de Controle de Prevenção de Doenças estima que uma em cada 54 crianças apresenta o autismo no país. No Brasil, não se tem dados oficiais em relação à prevalência do TEA, mas é estimado um aproximado de dois milhões de pessoas que apresentam essa condição. (FADDA; CURY, 2016).

De acordo com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), nos dados de 2017, mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo vive com alguma forma de deficiência,

sendo que quase 100 milhões são crianças. No Brasil são 45,6 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência. Já em relação ao TEA, no Brasil, com aproximadamente 200 milhões de habitantes, em torno de 1% da população convive com esse agravo.

A causalidade do TEA ainda não tem uma definição específica, mas a proposição mais aceita atualmente é de que uma combinação de fatores genéticos e ambientais provoca a alteração do funcionamento cerebral das crianças com o TEA. (FADDA; CURY, 2016).

Essas crianças, geralmente, são assistidas na Atenção Primária à Saúde (APS), assim é primordial que a equipe de saúde esteja apta a observar os sinais que podem caracterizar o TEA. Destaca-se aqui, o profissional enfermeiro, pois ao realizar a puericultura, assiste as crianças em seus primeiros meses de vida. (MAPELLI *et al.*, 2018).

De acordo com Sena *et al.* (2015), o profissional enfermeiro pode colaborar de forma positiva no processo de diagnóstico e acompanhamento do TEA, observando os comportamentos das crianças, mediante as consultas por ele realizadas para analisar o crescimento e o seu desenvolvimento, como também pode prestar suporte para os seus progenitores, dando-lhes apoio e os orientando quanto aos desafios e procedimentos assistenciais que são necessários no processo de cuidar da criança com TEA.

Ressalta-se que há duas grandes vertentes que desafiam os Cuidados, uma está ligada ao âmbito intrafamiliar, conexo à dependência da criança em relação ao cuidado diário, e as dificuldades financeiras, a sobrecarga para desenvolver o cuidado e os sentimentos desafiadores vivenciados pelo cuidador. E ao âmbito extrafamiliar relacionado às fragilidades na assistência à saúde, a exclusão social e a falta de apoio, suporte social à família (SBARDELOTTO, 2021)

Com base nessas considerações, temos, neste capítulo, por finalidade propiciar subsídio teórico referente ao TEA. Acredita-se que as informações aqui abordadas contribuem com a prática de cuidado não somente de enfermeiros, mas de todos os profissionais da saúde que atuam na APS junto às crianças com TEA e suas famílias.

MÉTODO

Para a construção desse manuscrito, foi realizada uma revisão narrativa. Segundo Rother (2007), esse tipo de pesquisa constitui a busca do conhecimento científico na literatura publicada em artigos científicos, protocolos, livros, disponibilizados em diferentes fontes. Essa metodologia é utilizada para discutir e descrever o desenvolvimento ou o 'estado da arte' de um determinado tema no ponto de vista conceitual ou teórico. Sua escrita constitui a análise da literatura científica na interpretação, como também a análise crítica do autor. Essa metodologia contribui no debate de determinados temas e tem papel primordial na educação continuada, possibilitando ao pesquisador adquirir e atualizar o seu conhecimento em pouco tempo.

A pesquisa narrativa não se detém em apenas uma estratégia de busca e não utiliza critérios explícitos e sistemáticos para a análise crítica da literatura, além de não ter a necessidade de esgotar as fontes de informações e nem aplicar estratégias de buscas exaustivas e sofisticadas. A seleção das pesquisas/estudo e a análise das informações podem estar sujeitas à subjetividade dos pesquisadores (MATTOS, 2015).

Deste modo, esta revisão narrativa verificou os estudos disponíveis na literatura sobre o TEA. A busca foi realizada de agosto de 2020 a março de 2021 nas bases de dados: Scielo, PubMed, Portal CAPES, bem como em Manuais do Ministério da Saúde (MS) e de Institutos e Associações referentes ao TEA. Assim, teve-se como fontes de pesquisa livros, artigos, teses, dissertações e notas técnicas. Em relação à terminologia para a busca foram utilizados os seguintes descritores em português e inglês: jogo, game; autismo- autism; sinais e sintomas-sig-

nals and symptoms e diagnóstico- diagnosis. Após a pesquisa, realizou-se a leitura na íntegra, de forma crítica, do material encontrado e, após extensa análise, extraíram-se as melhores evidências em relação ao assunto em questão. Para melhor entendimento, o conteúdo será apresentado na seguinte organização sobre Transtorno do Espectro do Autismo: definições e características; sinais e sintomas; causas, diagnóstico e tratamento.

RESULTADOS

TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO: definições e epidemiologia

Uma breve definição do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), segundo Teixeira (2017) e com base na classificação do CID 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas) e do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – V (DSMV) (2014) é uma síndrome caracterizada por alterações marcantes no desenvolvimento da linguagem e da interação social.

Mais explicitamente, o TEA é considerado como um transtorno do neurodesenvolvimento, o qual é caracterizado por déficit de comunicação e interação social em variadas situações, como na reciprocidade social por apresentar dificuldades em desenvolver comportamentos não verbais de comunicação e nas habilidades para criar, conversar e até compreender relacionamentos. Além desses déficits sociais, padrões de comportamentos excessivamente repetitivos, insistência nas mesmas coisas e interesses restritos são fatores marcantes do TEA (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014).

De acordo com estudos do Controle de Prevenção de Doenças, dados de 2016 dos Estados Unidos, cerca de uma a cada 54 crianças possuem TEA, e conforme descrito por Schwartzman (2018), tem-se maior incidência de autismo em meninos do que em meninas, com proporções de cerca de quatro a cinco meninos para uma menina. Porém, é observado pelos estudos que os índices de 1:54 não é um consenso entre os pesquisadores de TEA que atribuem essa redução numérica (antes 1:157) devido aos ajustes dos novos parâmetros de diagnóstico apresentados pelo DSMV (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014).

No acordo com o DSMV (2014, p.53) destacado acima, afirma-se que as principais características do TEA são “prejuízo persistente na interação social, na comunicação social recíproca, como também, padrões restritos e repetitivos de comportamentos, de atividades ou de interesses”. Esses sintomas estão presentes desde a primeira infância (zero a três anos), causando prejuízos e limitando as atividades do dia a dia, influenciando nos aspectos desadaptativos globais para a pessoa acometida.

Por mais que exista um padrão comportamental, a gravidade da sua apresentação pode variar de uma pessoa para a outra (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014). Para definir essas variações, o transtorno é classificado em diferentes níveis.

O polo mais leve do espectro do autismo é classificado como síndrome de Asperger, onde a criança apresenta características de autismo, mas não quanto à linguagem, a qual está presente e acompanhada de um bom nível cognitivo. Nessa classificação, a criança apresenta prejuízos no contato social e em questões de empatia, optando geralmente por atividades isoladas. O segundo nível é do transtorno desintegrativo, o qual pode ser classificado como uma exceção, sendo que no autismo sempre há alguns sinais antes dos três anos de idade; já, nesse nível a criança apresenta desenvolvimento normal até os dois ou até seis anos, seguido de perda das habilidades já adquiridas como da fala, da brincadeira, da interação social e autonomia. O autismo atípico, o terceiro nível de classificação, é representado por pessoas com retardo

mental significativo junto a aspectos autistas; o quarto nível é classificado como Síndrome de Rett, em que há causalidade genética definida, ou seja, é uma condição próxima ao autismo por apresentar movimentos estereotipados, embora mantenha certo grau de contato social e visual (BRASIL, 2015).

TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO: sinais e sintomas

Os sinais e sintomas do TEA se apresentam ainda nos primeiros meses de vida e, na sua maioria, incluem o isolamento, dificuldade em manter o contato visual, contato gestual, apresentam também uma hipersensibilidade e hipoatividade. Na sequência, essas crianças começam a apresentar dificuldade de sair da rotina, são hiperativos, têm movimentos repetitivos e estereotipados, como também irritabilidade, déficit nas interações sociais e na fala. (CARVALHO *et al.*, 2015).

Esse agravo manifestado já na infância, embora com os sinais nem sempre iguais, geralmente são reconhecidos entre os 12 e 24 meses de idade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2019). Nesse primeiro ano de vida, o espectro pode ser identificado por alguns indicadores do desenvolvimento infantil. São notórios sinais referentes à interação social, sendo que uma criança com TEA já não acompanha nem busca o olhar do cuidador e presta mais atenção nos objetos do que em pessoas. Como também, durante a amamentação, a criança tem dificuldades em demonstrar expressões faciais. Quanto à comunicação, ignora ou apresenta pouca resposta ao som da fala, ausência do balbúcio e tende ao silêncio, não responde pelo nome, bem como não repete gestos. Em relação às brincadeiras, não demonstra comportamentos exploratórios quanto aos objetos como os de sacudir, atirar e bater e precisa de muita insistência do adulto para se engajar nas brincadeiras. Geralmente, crianças com TEA mantêm seu choro indiferenciado, gerando assim dificuldade para que o cuidador entenda suas necessidades. (BRASIL, 2015).

Conforme a criança vai crescendo e se desenvolvendo, os indicadores e, logo, os sinais de alerta a serem observados vão mudando. Dos 12 aos 24 meses, é comum que as crianças apontem com o dedo indicador para mostrar algo que lhes desperta curiosidade. No entanto, a ausência desse gesto de atenção se configura como um dos principais indicadores de TEA. Elas também não tentam pegar os objetos oferecidos e estendidos por pessoas e apresentam dificuldade em mudar de atividade. Nessa faixa etária é comum que surjam as primeiras palavras e esboços de frases, no entanto, crianças com TEA podem não desenvolver essa habilidade nessa faixa de idade e tendem a ecolalia, repetindo mecanicamente palavras ou frases que ouvem (BRASIL, 2015).

Além disso, crianças com TEA possuem dificuldades em ampliar sua compreensão de situações novas e apresentam menos expressões faciais ao se comunicar, bem como utilizam menos respostas gestuais como acenar com a cabeça para “sim” e “não”. Nas brincadeiras, sinais de alerta podem se apresentar, como pouca exploração dos objetos e fixação em algumas partes, por exemplo, passando mais tempo girando a roda de um carrinho do que empurrando-o e, ainda, é raro que usem brinquedos para imitar ações de adultos como, por exemplo, dar mamadeira a uma boneca, falar ao telefone. E quanto à alimentação, a criança com TEA pode ser muito resistente à introdução de novos alimentos na dieta. (BRASIL, 2014).

Ainda, após os 24 meses, sinais de alerta referentes à interação social se configuram na ausência de gestos e comentários em resposta ao adulto, ou seja, a capacidade de comentar e fazer perguntas sobre objetos e situações aparecem isoladamente ou após muita insistência. Já nas questões referentes à linguagem, indicadores de desenvolvimento para essa idade

constam na fala já mais desenvolvida, existe a narração de histórias e a criança é capaz de ter um diálogo, sustentado pelo adulto, além de já conseguir cantar, fazer distinção de tempo, gênero e número. Uma criança com TEA pode repetir a fala de outras pessoas sem relação com a situação de comunicação, sendo que a fala fica descontextualizada, possui dificuldade ou desinteresse em narrativas referentes ao cotidiano e segue com a ecolalia. (BRASIL, 2014).

Outra característica é que a distinção de gênero, número e tempo não acontece e a criança não “conversa” com o adulto. Quanto às brincadeiras, a criança com TEA raramente usa um objeto fingindo que é outro ou, se o faz, é de forma bastante repetitiva e pouco criativa. Outro ponto importante e marcante se dá nas brincadeiras com outras crianças, sendo que é comum que a criança com TEA não goste e não demonstre interesse por esse tipo de atividade, sendo que tendem a se afastar e ignorar, observando brevemente outras crianças à distância, e quando a criança aceita participar de brincadeiras com outras crianças tem dificuldade em entendê-las (BRASIL, 2014).

TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO: causas e patogênese

Há teorias que visam explicar as causas do TEA. Algumas já foram refutadas, como é o caso das “Mães Geladeiras” e atualmente, a mais aceita e que vem sendo intensamente estudada é a que defende que o TEA é causado por uma combinação de fatores genéticos e ambientais. No entanto, a causa concreta do autismo ainda não foi definida (EVÊNCIO; MENEZES; FERNANDES, 2019; MAIA *et al.*, 2019; APA, 2014).

Apesar de não ter causa definida, evidências indicam que a etiologia do TEA é multifatorial e ainda pouco entendida; é sugerido no estudo que há influência de fatores relativos à mãe, como alterações da microbiota intestinal e infecções durante a gravidez (EISSA *et al.*, 2018). Quanto à patogênese desse agravo, é considerada heterogênea e complexa, com alterações no desenvolvimento iniciando ainda nos primeiros estágios embrionários com ruptura da proliferação e diferenciação celular, levando a uma série de eventos sequenciais, como alteração da migração neuronal, desorganização laminar, alteração na maturação dos neurônios, crescimento de neuritos, problemas de sinaptogênese e redução do funcionamento da rede neural. (SINISCALDO *et al.*, 2018).

TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO: diagnóstico

A identificação do TEA, de maneira geral é realizada pelos pais dos indivíduos, verificando que algo diferente está acontecendo no desenvolvimento do filho. A partir disso começa a busca de auxílio, sendo esse um período de incertezas, o que antecede o processo de elaboração e fechamento de um diagnóstico (SEIZE *et al.*, 2017).

De acordo com Schwartzman (2018), o diagnóstico de TEA pode ser realizado por médicos que possuem formação no campo do desenvolvimento infantil, como neuropediatras, psiquiatras infantis, entretanto, para que esse diagnóstico seja concretizado é preciso o auxílio de uma equipe multidisciplinar, integrada por psicólogos, terapeutas, especialistas na área de linguagem e comunicação, dentre outros.

Independentemente do nível de TEA apresentado pelo indivíduo, é importante que o diagnóstico seja realizado precocemente. Mesmo que essa síndrome não tenha cura, intervenções realizadas desde cedo podem melhor nortear o prognóstico e o percurso da doença, visando suavizar os sintomas e obter ganhos no desempenho intelectual e adaptativo da criança. Além disso, o período em que o cérebro é altamente plástico e maleável é nos primeiros anos

de vida, evidenciando ainda mais a importância da intervenção precoce para maiores chances de êxito. (MANSUR *et al.*, 2017).

Ainda, devido à neuroplasticidade cerebral da criança, há estudiosos como Dawson *et al.*, (2012), defensores de que com a intervenção precoce e intensiva, há possibilidade de impedir a manifestação completa do TEA. Ou seja, ao diagnosticar o TEA, bem como outros transtornos de desenvolvimento, é de fundamental importância que a estimulação precoce seja realizada, visando assim incentivar o ganho de habilidades à criança, bem como melhores condições de vida e desenvolvimento. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2019).

O reconhecimento dos sinais e sintomas do TEA aumenta as chances de um tratamento que diminua os aspectos desenvolvidos que são característicos de TEA. Resultando assim em melhores respostas às intervenções e/ou tratamentos que se apresentam mais eficazes nos primeiros anos de vida, pelo motivo de ser nesse período que o cérebro faz as suas conexões neurais de maior importância, determinando assim desenvoltura da criança ao longo da vida. Por isso, se houver uma intervenção inicial por um profissional, seja na atenção primária ou na terciária, a detecção e o encaminhamento adequado são cruciais para um bom prognóstico. (AUDURENS *et al.*, 2017).

O diagnóstico dessa condição de forma precoce determina o prognóstico da doença e quanto mais tardia essa descoberta, mais consolidados estarão os sintomas. Ainda, é válido destacar que o propósito de elencar o diagnóstico de TEA a uma criança não tem a finalidade de rotulá-la, mas sim possibilitar um tratamento adequado, visando à diminuição das perdas pessoais e sociais. (CANUT *et al.*, 2014).

TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO: tratamento

Inicialmente, vale destacar que em relação ao tratamento é nítida a complexidade existente no processo de cuidado à criança com TEA, demonstrando a necessidade de se desenvolver ações que englobem diversos âmbitos para além das necessidades diretas da criança, incluindo pais, familiares, profissionais, sociedade e governos (SBARDELOTTO, 2021).

Em vista de que cada criança com diagnóstico de TEA apresenta suas particularidades, dependendo do nível de acometimento, não há nenhum tratamento específico e que seja eficaz, sendo que cada situação dependerá e exigirá do profissional de saúde a criação de alternativas para trabalhar com elas. Portanto, para que o enfermeiro possa lidar com esse agravo, é preciso conhecer a criança e suas características e assisti-la mediante as suas demandas (HOFZMAN *et al.*, 2019).

Ainda, como sugere o caderno do Ministério da Saúde (2014) no que diz respeito aos profissionais e equipe de referência à pessoa com TEA, é importante que esses usuários possuam um profissional da equipe como ponto de referência no serviço de saúde, permitindo e favorecendo o cuidado contínuo, o contato com outras famílias bem como os demais profissionais e serviços da rede de atenção à saúde, possibilitando que sejam realizados e efetivados os encaminhamentos necessários. Essa organização permite um acompanhamento do projeto terapêutico singular implantado para cada paciente, como também garante que sejam realizadas as modificações e atualizações necessárias, de acordo com a evolução de cada caso. Contudo, o que se busca é o atendimento articulado do profissional de referência com a equipe multiprofissional, visando ao trabalho em equipe e com isso a pluralidade de visões frente aos casos, com o intuito de atender as diferentes demandas das pessoas com TEA.

A reposição de vitaminas e nutrientes como plano auxiliar no tratamento do TEA tem mostrado bons resultados. De acordo com Ramirez *et al.*, (2019), a suplementação da alimen-

tação com vitamina B6 e Magnésio tem demonstrado bons resultados na prática clínica, apresentando redução dos problemas de comportamento, ajuste da agressividade e também se mostrou efetiva em ganhos nos domínios da linguagem e da interação social nas crianças autistas.

As pessoas com TEA necessitam de uma abordagem de ensino capaz de trabalhar a independência e o ganho de habilidades para promover a sua autonomia, de acordo com suas idades e não apenas durante a infância (HERVAS, 2019). Para o processo de aprendizagem e ensino a essas pessoas é importante desvinculá-las dos métodos tradicionais, que valorizam mais o automatismo e a repetição, podendo trazer mais benefícios à criação de projetos ou atividades mais dinâmicas e atrativas para um melhor desenvolvimento cognitivo e emocional das pessoas com TEA (FERREIRA *et al.*, 2020).

Por uma pesquisa foi avaliado o custo de implementação de um modelo de intervenção precoce nos serviços de saúde e revelou que a intervenção precoce acarreta, de imediato, em custo alto, devido à demanda de profissionais necessários no atendimento e estímulo para amenizar os sintomas característicos de TEA. No entanto, esse custo vai sendo compensado, pois ao decorrer do tratamento as crianças passam a frequentar outros tipos de tratamento e terapias, gerando, com o tempo, economia em virtude da redução da necessidade de suporte (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2019).

Noutro estudo, realizado por Mansur *et al.*, (2017), foi buscada a identificação dos sinais de TEA. Na pesquisa, mães relataram que após intervenções com profissionais da área da saúde, suas crianças apresentaram melhoras na interação social, tanto em casa quanto na escola, conseguindo participar de atividades grupais, melhora no desenvolvimento da linguagem oral, conseguindo se expressar com frases e ampliar o vocabulário, menor incômodo diante de sons altos, menor irritabilidade, redução de movimentos estereotipados e passaram a atender pelo nome quando chamados. Ainda, segundo consta no estudo, uma das principais preocupações das mães se refere à questão da autonomia da criança e na inclusão de grupos sociais.

Porém, de acordo com as evidências dos autores Barbosa e Nunes (2017), a falta de preparo e conhecimento do enfermeiro para atendimento dos pacientes na área de saúde mental, mais especificamente, às crianças com TEA, impossibilita que seja feito o processo de cuidado interpessoal e uma assistência biopsicossocial. Por isso, é necessário avançar muito para um atendimento de qualidade e integral ao usuário portador de TEA.

Para tanto, o Enfermeiro na APS deve buscar cada vez mais, conhecimento e desenvolvimento de habilidades para uma boa comunicação, que seja eficaz no acompanhamento da criança com TEA, pois um atendimento de qualidade é fundamental para garantir a ela o processo de cuidar e o atendimento integral. É também papel do profissional enfermeiro orientar a família em relação à comunicação e à interação com a criança no ambiente domiciliar e estimulá-los a interagir com aquelas pessoas que com ela convivem. O desenvolvimento da capacidade de comunicação da criança possibilita integrá-la na sociedade e com isso melhorar a sua qualidade de vida. (FERREIRA. *et al.*, 2019).

Por fim, menciona-se que num estudo realizado no município de Chapecó, foi evidenciado que a maioria dos profissionais da saúde não estão devidamente preparados para atender os casos de autismo, o que coloca em pauta a necessidade de discutir o assunto nas diversas áreas: saúde, social e educação, uma vez que os tratamentos são de ordem psicossociais, educacionais e farmacológicos, tendo como desafio a implementação de tratamentos interdisciplinares no quesito da saúde pública (BRAGA *et al.*, 2022). É mister como meios de enfrentamento destes desafios, a implementação de políticas públicas mais abrangentes, assistência multiprofissional de qualidade, promoção da inclusão social e a capacitação das famílias para o cuidado diário. (SBARDELOTTO, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O TEA é caracterizado por um distúrbio do neurodesenvolvimento, com prejuízo nas habilidades da interação social, comportamento e comunicação. O diagnóstico se dá de forma clínica e quando realizado precocemente apresenta melhor prognóstico do agravo, melhorando assim a qualidade de vida da criança com TEA e de sua família.

Cabe ressaltar que o pouco conhecimento e entendimento a respeito da TEA por familiares, comunidade e profissionais de saúde dificultam a assistência da APS. Desta forma, é profícuo que esse tema seja abordado ainda na graduação em saúde, para que os profissionais se sintam seguros em prestar assistência à criança com TEA, já que eles apresentam diversas necessidades em saúde.

Por outro lado, percebe-se que, mesmo timidamente, há um movimento em avançarmos sobre essa situação/problema cada vez mais presente nos serviços de saúde. Evidenciando, assim, esforços de profissionais em desenvolver práticas de saúde de forma integral em projetos singulares e de clínica ampliada na rede de APS.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. 848 p.

ASPERGER, H. Os “psicopatas autistas” na idade infantil (Parte 1). **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 18, n. 2, pág. 314–338, junho. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382020000400555&lang=pt. Acesso em: 10 mar. 2021.

ADURENS, F. D. L.; MELO, M. D. S. Reflexões acerca da possibilidade de prevenção do autismo. **Estilos da Clínica**, v. 22, n. 1, pág. 150, 12 jul. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282017000100009. Acesso em: 10 mar. 2021.

BARBOSA, P. A. S.; NUNES, C. R. A relação entre o enfermeiro e a criança com transtorno do espectro do autismo. **Revista científica interdisciplinar**, v. 2 n. 2, pág. 100-115. jul./dez. 2017. Disponível em: <http://www.multiplosacessos.com/multaccess/index.php/multaccess/article/view/39/37>. Acesso em: 15 mar. 2021.

_____. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 88 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf. Acesso em: 01 mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtornos_autismo_versao_preliminar.pdf. Acesso em: 01 mar. 2020.

BRAGA, G. M. MOURA, I. A.; FERRAZ, L. **Crianças com Transtorno Autístico: a história oral do itinerário terapêutico**. In: Benedito Rodrigues da Silva Neto. (Org.). A medicina como elo entre a ciência e a prática. 1ed. Ponta Grossa: Atenas, 2022, v. 1, p. 49-59.

CARVALHO FILHA, F. S. S. et al. Processos históricos e avaliativos referentes ao transtorno do espectro do autismo e a enfermagem na atualidade. **Revista Vita et Sanitas**, v. 13 n.2, pág. 66-78. jul./dez. 2019. Disponível em: <http://fug.edu.br/revistas/index.php/VitaetSanitas/article/view/179/154>. Acesso em: 17 mar 2021.

CANUT, A. C. A. et al. Diagnóstico precoce do autismo: relato de caso. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, Brasília, 18 fev. 2014. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/42363/R%20-%20E%20-%20JULIANA%20SILVA%20OLIVEIRA%20DOS%20SANTOS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 mar. 2021.

DAWSON, G. et al. A intervenção comportamental precoce está associada à atividade cerebral normalizada em crianças pequenas com autismo. **Jornal da Academia Americana de Psiquiatria Infantil e Adolescente**, v. 51, n. 11, pág. 1150–1159, nov. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3607427/>. Acesso em: 01 mar. 2020.

DE CARVALHO MANSUR, O. M. F. et al. SINAIS DE ALERTA PARA TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO EM CRIANÇAS DE 0 A 3 ANOS. **Revista Científica da Faculdade de Medicina de Cam**

pos, v. 12, n. 3, 15 dez. 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/181-Texto%20do%20artigo-637-1-10-20180316%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/181-Texto%20do%20artigo-637-1-10-20180316%20(1).pdf). Acesso em: 04 mar. 2020.

EISSA, N. et al. Esclarecimento atual sobre etiologia e tratamento farmacológico do transtorno do espectro do autismo. **Frontiers in Neuroscience**, v. 12, p. 304, 16 de maio de 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/32609/21757> Acesso em: 31 mar. 2021.

EVÊNCIO, K. M. D. M; MENEZES, H. C. S; FERNANDES, G. P. Transtorno do Espectro do Autismo: Considerações sobre o diagnóstico / Transtorno do Espectro do Autismo: Considerações Diagnósticas. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 13, n. 47, pág. 234–251, 28 out. 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/Joel/Downloads/1983-8239-1-PB.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2020.

FERREIRA, A. G. et al. Participação Social em Saúde e o Papel da Enfermagem: Utilizando o Modelo Ecológico / Participação Social Na Saúde e o Papel da Enfermagem: Aplicação do Modelo Ecológico. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 5, pág. 1360–1367, 4 out. 2019. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6905/pdf_1 Acesso em: 15 mar. 2021.

FERREIRA, L. L. S. et al. Novas terapias para o tratamento do transtorno do espectro do autismo: revisão de literatura. **Revista Fluminense de Extensão Universitária**, v. 10 n. 1 pág. 24-27, jul/dez. 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/ubsmt.04/Downloads/2556-Outros-11661-1-10-20201229.pdf> Acesso em: 19 mar. 2021.

HERVAS, A. et al. Romarís P. Adaptación funcional y trastornos del espectro autista. **Medicina** (Buenos Aires), v. 79 pág. 10-15, 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/ubsmt.04/Downloads/2556-Outros-11661-1-10-20201229.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2021.

HOFZMANN, R. D. R. et al. EXPERIÊNCIA DOS FAMILIARES NO CONVÍVIO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA). **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 2, 13 atrás. 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1671>. Acesso em: 05 mar. 2021.

KANNER, L. **Os distúrbios autísticos do contato afetivo**. In A. Sanches (Ed.), *Autismos* (2ª ed., pp. 111-183). São Paulo: Escuta. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382020000400555&lang=pt. Acesso em: 13 mar. 2021.

FADDA, G. M; CURY, V. E. O ENIGMA DO AUTISMO: CONTRIBUIÇÕES SOBRE A ETIOLOGIA DO TRANSTORNO. **Psicologia em Estudo**, v. 21, n. 3, pág. 411, 25 nov. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382020000400555&lang=pt Acesso em: 08 mar. 2021.

MAIA, C. S. et al. Transtorno do espectro autista e a suplementação por ácido fólico antes e durante a gestação. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 4, p. 231-243, Dec. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852019000400231-&lng=en&nrm-iso. Acesso em: 16 mai. 2021.

MAPELLI, L. D. et al. Criança com Transtorno do Espectro autista: cuidados com a família. **Revista de enfermagem e atenção à saúde**, Esc. Anna Nery. v.22 n.4, nov. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400232&lng=en&tlng=en. Acesso em: 17/03/2021.

MATTOS, P. C. **Tipos de revisão de literatura**. Faculdade de Ciência Agrônômicas. UNESP Campus Botucatu, 2015. Disponível em: <https://www.fca.unesp.br/#!/biblioteca/normas-tecnicas/tipos-de-revisao-de-literatura/>. Acesso em: 05 mar. 2021.

PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL. **Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura-UNESCO**. Educação inclusiva. 2017. Disponível em: <https://pt.unesco.org/fieldoffice/brasil/inclusive-education> Acesso em 16 de out. 2021.

RAMÍREZ, C. et al. Abordagem nutricional em pacientes com paralisia cerebral, espectro autista, síndrome de Down: un enfoque integral. **Revista chilena de nutrición**, v. 46, n. 4, pág. 443–450, atrás. 2019. Disponível em: <file:///C:/Users/ubsmt.04/Downloads/2556-Outros-11661-1-10-20201229.pdf> Acesso em: 19 mar. 2021.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, pág. v – vi, jun. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/?lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2021.

SBARDELOTTO, Taize. **Os Desafios do Cuidado Familiar à Crianças com Transtorno do Espectro Autista: Uma Revisão de Escopo na Área da Saúde**. 2021. 110 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Chapecó, 2021.

SEIZE, M.. M.; BORSA, J. C. Instrumentos para Rastreamento de Sinais Precoces do Autismo: Revisão Sistemática. **Psico-USF**, v. 22, n. 1, pág. 161–176, abr. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712017000100161&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 mar. 2021.

SCHWARTZMAN, J. S. **Cem Dúvidas sobre o Autismo**. São Paulo: Memnon Edições Científicas, 2018. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/10296/8620>. Acesso em: 15 mar. 2021

SENA, R. C. F. et al. Prática e conhecimento dos enfermeiros sobre o autismo infantil. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 3, pág. 2707-2716, jul. 2015. Disponível em: <http://www.index-f.com/pesquisa/2015/r72707.php#:~:text=Conclus%C3%A3o%3A%20constatou%2Dse%20d%C3%A9ficit%20de.capacita%C3%A7%C3%B5es%20que%20abordem%20o%20assunto>. Acesso em: 10 mar. 2021.

SINISCALDO, D. et al. **Terapia com células-tronco no autismo: insights recentes**. v. 11. pág. 55-67 Out. 2018. Disponível em: <https://PubMed.ncbi.nlm.nih.gov/30425534/>. Acesso em: 31 mar. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de Orientação: Transtorno do Espectro do Autismo**. Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. n. 5, abr. 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21775c-MO_-_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo.pdf. Acesso em: 04 mar. 2021.

TEIXEIRA, M. C. T. V. **Autismo: avaliação psicológica e neuropsicológica**. São Paulo: Hogrefe, 2017.

PARTE 2

PRODUÇÕES TECNOLÓGICAS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

CAPÍTULO 5

INFOGRÁFICO: TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

KARINA SCHOPF

CARINE VENDRUSCOLO

LEILA ZANATTA

CLARISSA BOHRER DA SILVA

INTRODUÇÃO

Como tema tangencial nas agendas e nas práticas dos profissionais, a Prevenção Quaternária (P4) tem sua origem na Atenção Primária à Saúde (APS) e vem ganhando espaço nas discussões em âmbito nacional. Propõe reduzir os excessos de medidas preventivas e diagnósticas que impulsionam atitudes intervencionistas e que acarretam ainda mais demandas nos serviços de saúde (TESSER, 2017).

Com a constante evolução da área da saúde, algumas práticas vêm se tornando cada vez mais invasivas e angariando seguidores que, influenciados pelo *marketing* e pela indústria da saúde, criam expectativas irreais de bem-estar pleno, qualidade de vida sem sacrifícios, convencendo usuários de que a medicina (como núcleo de conhecimento ainda central na área da saúde) é capaz de resolver ou prevenir qualquer situação de doença. Tal ideário favorece o crescente intervencionismo clínico e medicamentoso evidenciado nos serviços de APS, atualmente (ATTENA, 2019). As condutas preventivas exageradas podem implicar sobre diagnósticos e sobretratamentos que, na maioria das vezes, não trazem benefícios ao usuário e, ainda, podem acarretar danos. (COLL-BENEJAM *et al.*, 2018).

Os níveis de prevenção, reconhecidamente, são classificados em: prevenção primária, secundária e terciária (LEAVELL; CLARK, 1976). Mais recentemente, a

P4 emerge como uma prática que conflui com os demais níveis preventivos e aplica-se em todos os momentos da assistência à saúde (BRODERSEN; SCHWARTZ; WOLOSHIN, 2014). Sua aplicabilidade depende dos profissionais da equipe de saúde, que têm a obrigação ética de evitar o intervencionismo clínico em exagero. (CECCIM, 2018; TESSER, 2019).

O apego aos benefícios da prevenção de doenças é alimentado pelos pacientes, pelos profissionais e pela indústria da saúde e se torna cada vez mais atraente pela mídia e meios de comunicação, os quais popularizam as ações, por vezes, sinalizando uma dificuldade em diferenciar o processo saúde-doença como ciclo natural do indivíduo e dos fatores de risco, os quais decorrem dos excessos de intervenções diagnósticas, sobremedicalização e de tratamentos desnecessários. Essas condutas supervalorizam o intervencionismo e subestimam a capacidade, principalmente do indivíduo, em lidar com sua saúde e de assumir uma postura promotora da saúde. (MARTINS, 2018).

É importante destacar as relações entre a promoção da saúde e a P4, que ocorrem por duas vias. Uma delas é a relação de ambas com o processo de medicalização social, caracterizado pela conversão de situações que poderiam ser manejadas autonomamente em doenças, transtornos ou riscos, abordados profissionalmente. Mediante tal perspectiva, quanto mais exitosas as ações de promoção da saúde e de P4, menor a medicalização social derivada do cuidado clínico-sanitário; já quanto maior a intensidade e velocidade da medicalização social, maior a necessidade de promover a saúde e prevenir a doença em um grau quaternário.

A outra via tem a ver com a promoção da saúde e a sua relação com as ações preventivas redutivas e aditivas. A primeira refere-se à redução do risco de adoecimento por diminuir fatores de risco como obesidade, tabagismo e hipertensão, envolvendo ações de prevenção primária; já a prevenção aditiva é voltada à utilização de meios artificiais, como vacinas, medicações e rastreamentos (TESSER, 2020; ROSE, 2010). Assim, reconhecer que existem outros fatores determinantes de saúde como os fatores sociais, culturais, políticos, econômicos, ambientais, comportamentais e biológicos é importante na elaboração de ações preventivas e na redução do excesso de intervenções, influenciando diretamente na efetivação da P4. (MOLSTER *et al.*, 2018; BORROZZINO; FONSECA, 2019).

A incorporação de ações preventivas nas práticas de saúde avançou consideravelmente no século XX, principalmente a partir dos tratamentos preventivos farmacológicos como, por exemplo, as estatinas, que têm como propósito a redução dos níveis de colesterol. A magnitude da P4, assim como as exigências éticas e técnicas relacionadas com a sua efetivação no âmbito das práticas em saúde, desdobra-se em vários aspectos e exigem o domínio de uma série de tecnologias que, por vezes, são pouco conhecidas e manejadas pelos próprios profissionais, além do investimento na relação profissional-usuário, da experiência profissional, da atualização técnica sobre evidências e da contextualização dos cuidados na cultura e nas preferências dos usuários. Dessa forma, o conceito de P4 foi desenvolvido operacionalmente, pelos médicos de família e comunidade e, mais recentemente, atraiu o interesse da equipe generalista, sobretudo dos profissionais prescritores, que assistem a um conjunto de pessoas com diversos tipos de problemas de saúde ao longo do tempo (VENDRUSCOLO *et al.*, 2021).

Com base na necessidade de promover a discussão e disseminar noções básicas sobre a P4 entre a equipe que atua na APS, buscou-se desenvolver Tecnologias Educacionais (TE) do tipo Infográficos. No âmbito da educação, principalmente da Educação Permanente em Saúde (EPS), através da divulgação e da aprendizagem da ciência na mídia, o Infográfico é uma ferramenta de textualização em formato escrito-visual, apurado e adequado (SOUZA, 2016), que acompanha ou substitui um texto informativo. É simples, mas ao mesmo tempo dinâmico, capaz de despertar o raciocínio lógico a partir de imagens e da escrita. (SCAGLIONI; CAMILLO, 2016).

Visamos neste capítulo relatar, passo a passo, o desenvolvimento de TE do tipo Info-
gráficos para orientar a equipe de APS às práticas voltadas à P4. Esse desenvolvimento
de TE correspondeu a dois dos objetivos específicos de um Trabalho de Conclusão de
Curso (TCC) de Mestrado Profissional, quais sejam: 1) construir, com base nas deman-
das dos profissionais, Infográficos sobre a Prevenção Quaternária; 2) validar o conteúdo
e a aparência dos Infográficos sobre a Prevenção Quaternária.

OS CAMINHOS METODOLÓGICOS PARA A CONSTRUÇÃO DOS INFOGRÁFICOS

O desenvolvimento das TE se deu mediante uma Pesquisa Metodológica. Esse tipo de pes-
quisa **se** constitui na produção e construção, validação e avaliação de instrumentos e técnicas
confiáveis de pesquisa, que possam ser utilizados por outros pesquisadores a fim de elaborar
um produto (POLIT; BECK, 2018). Neste caso, contou com as etapas: 1) diagnóstico da situa-
ção e revisão de literatura; 2) construção das TE; 3) validação do conteúdo das Tecnologias por
juízes especialistas e público-alvo.

A primeira etapa - diagnóstico da situação e revisão de literatura - efetivou-se com
a publicação do manuscrito (capítulo de livro) intitulado: “Prevenção Quaternária na Atenção
Primária à Saúde: uma Revisão da Literatura”, o qual faz parte do livro: Prevenção Quaternária:
proposições para a educação e prática interprofissional na Atenção Primária à Saúde, lançado
pela editora Moriá em 2021. (SCHOPF *et al.*, 2021).

A etapa de construção das TE pautou-se nos referenciais metodológicos da Investi-
gação Apreciativa (IA), que deu início à proposta coletiva da Tecnologia num processo pe-
dagógico e coletivo, composto por quatro fases que perfazem o ciclo 4D: descoberta, sonho,
planejamento e destino, na língua inglesa: *discovery*, *dream*, *design* e *destiny* (ARNEMANN;
GASTALDO; KRUSE, 2018). As fases são apresentadas na Figura 1:

FIGURA 1: REPRESENTAÇÃO DO CICLO 4D DA INVESTIGAÇÃO APRECIATIVA.



Fonte: Adaptado de Arnemann; Gastaldo; Kruse (2018).

Através deste tipo de itinerário investigativo, busca-se a estimulação do potencial da
equipe participante da pesquisa, melhorar o diálogo, compartilhar objetivos e metas, por meio de
atitudes positivas e experiências exitosas, transformando os problemas do cotidiano em oportu-
nidades. (COOPERRIDER; WHITNEY, 2006; ARMSTRONG; HOLMES; HENNING, 2020).

A pesquisa foi realizada em um município do extremo-oeste do estado de Santa Catarina e contou com a participação de nove profissionais pertencentes a uma equipe de Saúde da Família (eSF), uma equipe de Saúde Bucal (eSB) e uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Todos os participantes são de grau superior e atuam na equipe há mais de dois anos, sendo eles: um médico, um enfermeiro, um cirurgião dentista, duas psicólogas, duas fisioterapeutas, uma nutricionista e um farmacêutico. Foram excluídos os profissionais que no momento da realização da pesquisa estavam afastados de sua função por qualquer motivo.

Foram realizados cinco encontros para a produção das informações, que serviram de base à criação das TE no mês de julho de 2020, os quais contemplaram todas as fases do itinerário da IA. Cada encontro teve, em média, duas horas-aula de duração e contou com a participação de cerca de seis profissionais. Os encontros foram realizados nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O primeiro e o segundo encontro corresponderam à fase da descoberta, o terceiro à fase do sonho e o quarto e quinto encontro às fases do planejamento e destino da IA respectivamente.

A fim de oportunizar uma ação pedagógica, obedeceu-se a uma sequência lógica durante os encontros, garantindo tempo apropriado e a efetiva participação do grupo nos diálogos. No início de cada um, oportunizou-se um momento de aquecimento, a fim de interagir e envolver os participantes na pesquisa. Ao final dos três primeiros encontros, cada participante recebeu uma atividade reflexiva¹ para ser realizada individualmente, a fim de socializar com os demais no encontro seguinte, quando era retomada e discutida no grupo. Aspectos relevantes dos diálogos também foram registrados em Diário de Campo, mediante notas descritivas, para garantir o registro de elementos subjetivos, essenciais à análise (MINAYO, 2012). Foi realizada gravação dos encontros em áudio, mediante consentimento.

Para o tratamento das informações, utilizou-se a análise temática de conteúdo (MINAYO, 2012) seguindo os momentos de pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados. Durante a realização dos encontros, diferentes reflexões e ideias surgiram dos diálogos, algumas ao encontro dos autores referenciados nas atividades reflexivas e outras oriundas da experiência dos atores envolvidos, mas todas elas influenciam direta ou indiretamente a prática da P4. Cumpre destacar que, devido ao referencial metodológico preconizar um processo dialógico, crítico e participativo entre os participantes da investigação, a análise das informações ocorreu concomitantemente à sua produção. Após analisados, os dados foram organizados em duas categorias principais: Percepções dos profissionais sobre P4 e Perspectivas para o desenvolvimento de ações de P4 na APS. Estas categorias são exploradas em outras publicações, oriundas do TCC.

Para a construção dos Infográficos, também, foram importantes a análise e a discussão dos depoimentos dos profissionais em todos os encontros. No entanto, o terceiro, o quarto e o quinto encontros, correspondentes às etapas do sonho, planejamento e destino da IA, respectivamente, foram os que mais contribuíram para esta construção. Os temas tratados deram subsídio e fomentaram a idealização de um processo de transformação da realidade do serviço, mediante os problemas que foram sinalizados pelo grupo, como oportunidade para melhorar as práticas, construindo metas coletivas a serem implantadas, de acordo com as possibilidades da equipe. (ARNEMANN; GASTALDO; KRUSE, 2018; SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010).

1 A tarefa ou atividade reflexiva consiste em atividades realizadas para viabilizar a reflexão acerca do objeto do estudo e corrobora na estratégia para preparar o encontro seguinte (ARNEMANN; GASTALDO; KRUSE, 2018).

Com o propósito de cumprir a etapa seguinte da Pesquisa Metodológica, a primeira versão dos três Infográficos foi encaminhada por e-mail para validação de conteúdo a juízes-especialistas na área de P4, APS, *design* e TE e, posteriormente, para validação semântica com o público-alvo. Para a amostragem foi adotada a não probabilística intencional, técnica de *snowball* (bola de neve), através de contato via correio eletrônico com os juízes selecionados.

O critério de inclusão era possuir, no mínimo, três anos de experiência em um dos grupos: técnico-assistencial ou acadêmica-docência, neste caso possuir título de mestre ou doutor; também, foi convidado um juiz da área de design gráfico para contribuir de forma técnica na validação da aparência do produto (CARVALHO, 2019). O critério de exclusão foi o preenchimento incompleto do instrumento de coleta de dados utilizado.

Foram enviados os convites aos membros do comitê de juízes por endereço eletrônico, acompanhado do material a ser validado, constando o motivo pelo qual foi contemplado e a relevância dos conceitos envolvidos e do instrumento como um todo, explicando o processo de julgamento da validade de conteúdo, de forma estruturada, através de instruções específicas de avaliação e preenchimento (MUSAYÓN-OBLITA, 2020). Após o aceite, foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que, após assinado, os juízes tiveram acesso à tecnologia educacional e ao questionário via formulário do *Google Forms®*. A análise dos dados foi feita através da pontuação da escala *Likert* e análise das sugestões dos juízes.

Para a validação do material criado, foram utilizados três instrumentos, com questionário organizado em quatro partes: identificação e instruções e três blocos de questões com Escala do tipo *Likert*, sendo eles: Objetivos, Estrutura e apresentação e Relevância. A escala tipo *Likert* teve quatro níveis de resposta: 1. Totalmente adequado, 2. Adequado, 3. Parcialmente adequado e 4. Inadequado. Para o cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) pelos juízes-especialistas e do Índice de Concordância Semântica (ICS) pelo público-alvo; os resultados foram obtidos com a soma das respostas totalmente adequado e adequado, dividido pelo número total de respostas. A análise quantitativa foi guiada pelo Índice de IVC e ICS mínimo de 0,70, preferencialmente maior que 0,90 (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Os dados foram organizados e analisados em planilha do Programa Microsoft Office Excel 2010.

Utilizou-se a seguinte fórmula para o cálculo do IVC e ICS:

$$\text{IVC} = \frac{\text{Número de Respostas 1 e 2}}{\text{Número total de Respostas}}$$

A seguir, estão descritas e problematizadas as atividades desenvolvidas durante os encontros que contemplaram as quatro fases da IA: descoberta, sonho, planejamento e destino. Será dado um enfoque especial aos três últimos encontros que, conforme já descrito, originaram os elementos para a construção dos Infográficos.

Cumprir destacar, ainda, que a pesquisa faz parte de um macroprojeto de pesquisa matriz, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local, sob número 3.375.951 de 06 de junho de 2019.

UM ITINERÁRIO INVESTIGATIVO E PEDAGÓGICO PARA A CRIAÇÃO DOS INFOGRÁFICOS

A Investigação Apreciativa

Nesta sessão será apresentado como as fases da IA, o ciclo 4D, contribuíram para o desenvolvimento das TE.

Identificando possibilidades: a fase da “descoberta”

Na fase da descoberta é identificado o melhor nos participantes a partir das suas experiências, apostando nos pontos positivos, nas conquistas do grupo e nos objetivos comuns, por meio do compartilhamento das melhores experiências, no intuito de ampliar o conhecimento e modificar a realidade vivida (COOPERRIDER; WHITNEY; STRAVOS, 2008).

A fase da descoberta do ciclo 4D da IA foi ocorreu em dois encontros, com o objetivo de conhecer a compreensão dos profissionais sobre a P4 e investigar (descobrir) os pontos fortes, habilidades pessoais e institucionais para o desenvolvimento de ações de P4.

No primeiro encontro houve a apresentação da facilitadora e dos participantes, que socializaram com o grupo: nome, profissão e tempo na equipe. Em seguida, foi explicada a metodologia da pesquisa ou atividade e apresentaram-se os termos de consentimento para fotografias, vídeos e gravações, além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foram assinados pelos participantes.

No segundo encontro, que também contemplou a fase da descoberta, como forma de aquecimento foi problematizada a “Fábula da Coletividade”, apresentada por Cortella (2011) no livro: Qual é a tua obra? O objetivo dessa atividade foi identificar, juntamente com os profissionais, o papel que cada um tem na equipe e as habilidades que precisa desenvolver para alcançar os objetivos comuns. Após esse aquecimento, observou-se um maior envolvimento dos participantes com as atividades sugeridas. Este momento foi realizado devido à postura tímida adotada por alguns profissionais no primeiro encontro da pesquisa. Em seguida, foi retomada a atividade reflexiva, proposta no encontro anterior por meio de duas questões norteadoras que dispararam os diálogos, sendo elas: **1. Que condutas (competências) profissionais você reconhece como necessárias para a realização de ações de P4? 2. Quais ações de P4 são desenvolvidas e quais poderiam ser, no seu cotidiano, individualmente ou em equipe?**

Por fim, foram entregues estudos de casos com a proposição de idealizar possibilidades de ações de P4 na prática das equipes de APS. Esta foi a atividade reflexiva sugerida como tarefa para o encontro posterior.

Divagando no coletivo: a fase do “sonho”

Na fase do sonho, oportunizada no terceiro encontro, os participantes divagaram sobre a sua realidade de forma coletiva, construindo preposições que possibilitassem identificar como seria o futuro, utilizando da fala, que significa uma forma de ação, construída de forma participativa. Trabalharam juntos, idealizando ações que pudessem melhorar o cenário sobre o tema apreciado, a P4, ainda que as proposições parecessem difíceis de serem alcançadas. Foi o momento de sonhar e imaginar sem impedimentos. (SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010).

Inicialmente, a facilitadora propôs a dinâmica do *origami* para a fase do aquecimento. A equipe optou por construir um barco; a orientação era que cada participante realizasse, pelo menos, uma dobra do papel para a construção do *origami*. Houve participação e envolvimento de todos em busca do objetivo. Alguns sabiam como fazer, outros não, alguns realizaram mais

dobras visando garantir o resultado, outros acompanharam até a última dobra, orientando caso o colega não conseguisse, outros ainda, fizeram a sua dobra e não se importaram com o resultado. Ao final, o objetivo foi alcançado, sendo realizada uma segunda rodada, repetindo a atividade. Todos já estavam confiantes e envolvidos com o produto, o que possibilitou à equipe identificar e visualizar a importância do envolvimento de todos, o comprometimento em equipe e a necessidade de diferentes saberes, pois um pode contribuir com o outro.

Nessa perspectiva, vale lembrar que ao aproximar diferentes disciplinas em um mesmo setor – neste caso, a saúde coletiva – são perceptíveis os pontos de cruzamento entre elas, indicando um campo de saber único, o qual demanda habilidades e competências dos profissionais para o trabalho em equipe. Assim, atuar interprofissionalmente significa operar com áreas profissionais que contemplam diversas formações e núcleos de saber (cuja prática deve constituir um saber comum), dispostas a transitar entre áreas específicas, de maneira colaborativa, a fim de produzir saúde. (VENDRUSCOLO *et al.*, 2020; 2021).

Na fase do sonho foram retomados os estudos de caso propostos na atividade reflexiva e introduzidas duas questões disparadoras, com o objetivo de auxiliar e nortear esta fase: 1. O que é possível mudar no serviço prestado pela equipe que favoreça ações voltadas à P4? 2. Quais ações de P4 poderiam ser implementadas na realidade do serviço?

Os participantes foram divididos em dois grupos, com a tarefa de imaginar e descrever cada sonho em uma peça de um quebra-cabeça, o melhor cenário, ou seja, as futuras ações a serem implementadas com vistas a ações de P4 no município. Era livre a quantidade de sonhos por grupo, cada grupo recebeu três peças do quebra-cabeça.

O quebra-cabeça foi confeccionado a partir de uma fotografia da equipe, revelada em papel A1 (tamanho 70cm x 100cm) e recortada em forma de peças de quebra-cabeça, sendo a frente com a imagem e o verso destinado a descrever os sonhos dos participantes.

Após, cada grupo foi desafiado a apresentar seus sonhos, utilizando as peças entregues pela facilitadora. Ao final, com o encaixe das peças, foi possível visualizar a construção de um sonho, que só seria alcançado com a participação de todos. De um lado, ficaram visíveis os sonhos reunidos em cada peça e, ao virar o quebra-cabeça foi revelada a foto da equipe. Refletiu-se que os sonhos só podem ser alcançados com a união e envolvimento de todos. Com isso, foi reforçada a importância das mudanças na organização e na busca pela inovação por meio da participação, respeito e conhecimento dos sujeitos envolvidos. (ARNEMANN; GASTALDO; KRUSE, 2018).

Projetando os sonhos: a fase do “planejamento”

No quarto encontro, os participantes realizaram o planejamento das ações para a efetivação dos sonhos no futuro. Utilizando de objetivos desafiadores identificados pelo grupo, foi possível planejar ações e estratégias para, de forma conjunta e organizacional, almejar resultados positivos para o futuro. O planejamento considera a realidade e a disponibilidade de recursos locais. (SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010).

Os participantes imaginaram como seria a organização e o trabalho da equipe, sistematizado de forma a potencializar o que há de melhor no grupo e na instituição, para fortalecer as qualidades e estimular a conquista dos objetivos (COOPERRIDER; WHITNEY, 2006).

Organizados em dois grupos, já definidos no encontro anterior e utilizando as ações idealizadas na fase do sonho, os profissionais identificaram quais sonhos seriam factíveis para operacionalizá-los mediante ações efetivas. Eles foram instigados a avaliar o que mudariam e o que manteriam na organização do trabalho da equipe para alcançar os sonhos propostos no

encontro anterior. Também, identificaram as ações e atitudes que a equipe precisaria desenvolver para alcançar os sonhos elencados.

O objetivo deste encontro foi organizar as ações propostas na fase do sonho conforme a necessidade e a realidade do serviço e projetar como seriam realizadas, bem como, quais pessoas estariam envolvidas, demonstrando que a equipe tem potencial para tal.

Desenhando o futuro: a fase do “destino”

No quinto encontro, os participantes utilizaram uma matriz de intervenções que foi fornecida de forma impressa para programar as estratégias e definir a atuação de cada membro da equipe. Nessa etapa, designada como fase do destino, os objetivos mais desafiadores foram delineados pelo grupo, tornando-se motivadores para que a equipe alcançasse resultados positivos no futuro (SOUZA; MCNAMEE; SANTOS, 2010). Com isso, foi desenhado o planejamento de como os sonhos do grupo poderiam ou não ser concretizados diante da realidade local.

Nesta fase, os colaboradores identificaram as ações necessárias para concretizar o sonho. Foi necessário gerar movimento de inspiração por parte da facilitadora e dos participantes, que se sentiram desafiados a concretizar essa tarefa, objetivando mudanças, buscando garantir sustentação ao processo. Nessa fase, é interessante que o grupo defina estratégias para realizar o sonho escolhido e realize um detalhamento de como acontecerá, aproveitando os pontos fortes identificados durante os diálogos nas fases anteriores. (COOPERRIDER; WHITNEY, 2006).

Foram produzidas matrizes pelos participantes, de acordo com os sonhos e planejamentos dos grupos durante os encontros.

A construção dos Infográficos

A construção dos Infográficos foi realizada a partir dos apontamentos da equipe que contribuíram e nortearam o desenvolvimento das Tecnologias, sendo elas: um Infográfico animado e outro Infográfico (tipo *folder*) para os profissionais e, ainda, um Infográfico animado para a população, todos sobre o tema apreciado no estudo - a P4.

Considera-se que as TE do tipo Infográfico se configuram como produtos de uma construção coletiva, pois o conteúdo faz parte do material que emergiu de depoimentos e constatações dos profissionais que participaram da investigação. A elaboração do conteúdo e *layout* dos Infográficos foram projetadas a partir da análise das informações obtidas durante a investigação e com base na literatura científica sobre o tema.

Na ocasião, foram definidos os nomes dos Infográficos, para dar destaque à personalidade do produto e responder ao objetivo geral do TCC: Desenvolver Tecnologias Educacionais do tipo Infográficos para qualificar o cuidado de profissionais que atuam na Prevenção Quaternária. Assim, foram selecionadas três expressões que representam o estudo: Práticas e ações, Prevenção Quaternária e Atenção Primária à Saúde, esta última, a área de atuação dos profissionais, que se uniram formando três produtos, sendo dois Infográficos animados e um estático, intitulados:

Infográfico 1 (*folder*) e Infográfico 2 (animado): “Ações que contribuem para o desenvolvimento da Prevenção Quaternária (P4) na Atenção Primária à Saúde (APS)”.

Infográfico 3 (animado): “Ações que contribuem para o desenvolvimento da Prevenção Quaternária (P4) na Atenção Primária à Saúde (APS)”.

Considera-se que por meio dos Infográficos, é possível consolidar a comunicação, seja ela simples ou ao mesmo tempo complexa, utilizando de imagem e texto para estabelecer

sincretismo através de detalhes (SOUZA, 2016). A produção de um Infográfico objetiva que o leitor se interesse, entenda e avalie o referido tema, neste caso, as ações de P4 na APS, já que, muitas vezes, a imagem em conjunto com a escrita encontra na infografia fins didáticos (KNOLL; FUZER, 2019). Uma infografia se constrói sobre um esquema, com ideias essenciais acerca de um tema, considerando a mediatização da ciência e do aprendizado. O infográfico é um exemplo disso, seja ele virtual ou impresso (SOUZA, 2016).

Diante da necessidade constante de atualização de conteúdos e tendo em vista as preferências de parte da população aos acessos à informação por meios digitais, a pesquisadora ou facilitadora optou por desenvolver, além do infográfico tipo *folder* (TE1), um infográfico animado (TE 2) voltado aos profissionais. Esta ideia resultou de um dos momentos de discussão e foi bem aceita pelos profissionais participantes.

Após transcrever os áudios dos encontros e analisar as falas, iniciou-se a construção do conteúdo dos Infográficos com base nas sugestões dos participantes, sobre quais ações possibilitariam a P4 no serviço daquele município e, conseqüentemente, de outros. A construção de uma planilha de intervenção pelos participantes permitiu visualizar as ações, as quais foram fundamentadas com estudos voltados à temática, à P4 e que possibilitou o desenvolvimento da Tecnologia Educativa do tipo Infográfico. A escolha do tipo de Infográfico, digital e *folder*, partiu da ideia de facilitar e ampliar o acesso aos conteúdos, haja vista que a maioria dos profissionais usam ferramentas como computadores e celulares para trabalhar e que as pessoas buscam por informações que podem ser absorvidas em qualquer lugar ou período. Sintetizar o conteúdo em um Infográfico tipo *folder* e outro animado possibilita a transmissão do conhecimento para diversos públicos com diferentes interesses.

A necessidade de abordar o tema com os usuários foi uma sugestão dos participantes durante os encontros. Os profissionais acreditam que a população também precisa conhecer os riscos que o excesso de intervenção pode acarretar para a saúde. Com receio de serem julgados ou pressionados, sugeriram a elaboração do terceiro Infográfico, voltado à população. Seguindo o raciocínio de facilitar a informação e a disponibilidade de televisor na sala de recepção das Unidades de Saúde, o Infográfico animado seria a melhor opção. Dessa forma, elaborou-se um Infográfico (TE 3) voltado à população, com linguagem acessível, imagens que ilustram o texto e áudio que facilita a compreensão.

Posteriormente, um profissional *designer*, elaborou a identidade visual pautado em material encaminhado pela facilitadora. As figuras utilizadas buscaram demonstrar o conteúdo e expressões dos Infográficos. Usaram-se métodos e processos de *design* para planejamento e desenvolvimento do projeto com definição de *layout* e identidade visual, bem como as ilustrações de apoio e a linguagem dos Infográficos.

Foram explorados recursos gratuitos da plataforma de vídeo *Powtoon* para desenvolvimento e produção dos infográficos animados, utilizando de imagens para a personagem desta mesma plataforma, disponível no link: <https://www.powtoon.com/my-powtoons/>. O Infográfico tipo *folder* foi criado pelo programa *Microsoft Power Point*. Estes materiais estão disponíveis no YouTubeBR e na página da UDESC Oeste, no endereço: <https://www.udesc.br/ceo/mpeaps/produtos>.

Na figura a seguir, apresenta-se o Infográfico (*folder*) para orientar a equipe multiprofissional da APS para as práticas voltadas à P4.

FIGURA 2: PRIMEIRA VERSÃO DO INFOGRÁFICO 1 (FOLDER) - “AÇÕES QUE CONTRIBUEM PARA O DESENVOLVIMENTO DA PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”.

(FRENTE)



Fonte: Os autores (2021).

CONTINUAÇÃO (VERSO)



ATENDIMENTO COMPARTILHADO

Entre os profissionais da equipe, propiciar a resolubilidade e agilidade do atendimento, ampliar a prática clínica e a autonomia de outros profissionais.



DECISÃO COMPARTILHADA

Ampliar o vínculo profissional-paciente, responsabilizar o usuário pela sua situação de saúde e pelo tratamento, diminuir intervenções clínicas e medicamentosas.



DEMORA PERMITIDA

É possível diante do vínculo estabelecido entre profissional-paciente através das equipes de Estratégia Saúde da Família - eSF, possibilita o atendimento longitudinal e acompanhamento do paciente nas suas necessidades de saúde com a garantia do segundo contato.

É função de todos os integrantes da equipe instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos.

APOSTE...



Em momentos de **Educação Permanente em Saúde - EPS** para organização do processo de trabalho das equipes, possibilitando aos profissionais: conhecer, avaliar, compartilhar conhecimentos e experiências para prática da P4



Educação em Saúde para levar ao conhecimento da população a importância da P4. Estimular ações educativas sobre os riscos de ações medicalizantes e iatrogênicas.

REALIZAÇÃO

MESTRANDA: KARINA SCHOPF

ORIENTADORA: PROFª. DRª. CARINE VENDRUSCOLO

PPGENF

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Fonte: Os autores (2021).

Na figura a seguir, apresentam-se algumas imagens do Infográfico animado para orientar a equipe multiprofissional da APS para as práticas voltadas à P4.

FIGURA 3: IMAGEM DA PRIMEIRA VERSÃO DO INFOGRÁFICO 2 (ANIMADO)
- “AÇÕES QUE CONTRIBUEM PARA O DESENVOLVIMENTO DA PREVENÇÃO QUATERNÁRIA (P4) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)”.



Fonte: Os autores (2021).

Na figura 4, apresenta-se uma imagem do Infográfico animado para orientar a população sobre os riscos que o excesso de intervenções pode acarretar para a sua saúde.

FIGURA 4: IMAGEM DA PRIMEIRA VERSÃO DO INFOGRÁFICO 3 (ANIMADO)
- “PREVENÇÃO QUATERNÁRIA (P4) PARA POPULAÇÃO”.



Fonte: Os autores (2021).

Resultados da validação dos Infográficos

A validação de conteúdo dos Infográficos foi realizada através de estudo de desenvolvimento de TE, apoiado nos fundamentos dos estudos metodológicos e que tem como referencial teórico-metodológico a proposta desenvolvida por autores que focalizam as TE aplicáveis em saúde. (TEIXEIRA; MOTA, 2011).

O processo de validação ocorreu por meio do IVC utilizando Juízes-Especialistas e do ICS para validação com o Público-Alvo, que avalia o percentual de concordância (mínimo de 70%). (TEIXEIRA *et al.*, 2020; SIQUEIRA, 2020).

Validação dos Infográficos pelos Juízes-especialistas

Os infográficos foram validados quanto ao conteúdo e aparência por 13 juízes-especialistas na área da APS e P4, reconhecidos pelo prestígio na área ou por referência de enfermeiros e pesquisadores envolvidos neste estudo.

Na tabela abaixo, apresentam-se os resultados da validação do conteúdo dos infográficos realizada pelos juízes especialistas, seguindo o instrumento adaptado de Teixeira e Mota (2011) e Leite *et al.* (2018).

Tabela 1: Resultado da Validação de Conteúdo pelos Juízes-especialistas - IVC

Itens de Validação	Resultado da Validação														
	Infográfico 1					Infográfico 2					Infográfico 3				
Objetivos	1	2	3	4	IVC	1	2	3	4	IVC	1	2	3	4	IVC
1. Contempla tema proposto	10	2	1	0	0,92	11	1	0	1	0,92	10	2	0	1	0,92
2. Adequado ao processo de aprendizagem	8	2	2	1	0,76	11	0	1	1	0,85	11	1	0	1	0,92
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado	6	5	1	1	0,85	11	1	0	1	0,92	10	2	0	1	0,92
4. Proporciona reflexão sobre o tema	9	3	1	0	0,92	11	1	0	1	0,92	11	1	0	1	0,92
5. Incentiva mudança de comportamento	5	6	1	1	0,85	9	3	0	1	0,92	9	2	0	1	0,92
Estrutura/apresentação	1	2	3	4	IVC	1	2	3	4	IVC	1	2	3	4	IVC
6. Linguagem adequada ao público-alvo	5	5	2	0	0,85	8	4	0	1	0,92	10	2	0	1	0,92
7. Linguagem apropriada	7	5	1	0	0,92	8	4	0	1	0,92	8	2	2	1	0,76
8. Linguagem interativa	6	3	3	1	0,69	9	1	2	1	0,76	8	4	0	1	0,92
9. As ilustrações estão adequadas	5	3	5	0	0,61	9	3	0	1	0,92	10	2	0	1	0,92
10. Áudio do vídeo está adequado	x	x	x	x	x	7	2	2	2	0,69	9	2	1	1	0,85
11. Informações corretas	9	3	1	0	0,92	9	3	0	1	0,92	9	3	0	1	0,92
12. Informações objetivas	9	3	1	0	0,92	8	4	0	1	0,92	9	3	0	1	0,92
13. Informações esclarecedoras	5	4	2	1	0,76	8	4	0	1	0,92	10	2	0	1	0,92
14. Informações necessárias	7	5	1	0	0,92	9	3	0	1	0,92	9	3	0	1	0,92
15. Sequência lógica das ideias	7	4	1	1	0,85	8	4	0	1	0,92	9	3	0	1	0,92
16. Tema atual	11	1	1	0	0,92	12	0	0	1	0,92	11	1	0	1	0,92
17. Tamanho do texto adequado	6	5	2	0	0,85	8	3	0	1	0,85	9	2	1	1	0,85
Relevância	1	2	3	4	IVC	1	2	3	4	IVC	1	2	3	4	IVC
18. Estimula o aprendizado	9	1	2	1	0,85	10	2	0	1	0,92	9	3	0	1	0,92
19. Contribui para o conhecimento	11	1	1	0	0,92	11	1	0	1	0,92	10	2	0	1	0,92
20. Desperta interesse pelo tema	9	3	0	1	0,92	9	3	0	1	0,92	10	2	0	1	0,92
IVC Total	85%					89%					90%				

Fonte: Adaptado de Teixeira e Mota (2011); Leite *et al.*, (2018).

Foram reavaliados os produtos de acordo com os apontamentos realizados pelos juízes-especialistas, visando ao alcance da taxa de concordância mínima de 70% em cada item. No infográfico 1 no item 9: As ilustrações utilizadas estão adequadas; no infográfico 2 no item 10: áudio do vídeo está adequado, ambas não atingiram o IVC mínimo de 70%. Ressalta-se que as sugestões dos juízes foram acatadas mesmo nos itens que atingiram o IVC maior que 70%, visando melhorar a qualidade do material. Destaca-se que todas as TEs foram validadas, o Infográfico - 1 atingiu IVC total de 85%, o Infográfico - 2 de 89% e o Infográfico - 3 de 90%.

No quadro a seguir são destacados alguns pontos sugeridos pelos juízes e acatados pela moderadora para melhor qualificar as TE.

QUADRO 1: SUGESTÕES DOS JUÍZES-ESPECIALISTAS.

Infográfico 1	Atentar para problemas ortográficos, como pontuação
	Revisar itens de ligamento para ficar mais claro
	Revisar colocações ampliando a possibilidade de entendimento dos profissionais sobre o tema, focar mais para a temática
	Inserir um link de sugestões ou endereço para dúvidas e contatos
	Testar outras cores de fundo
	No item “garantia de acesso”: figura pouco esclarecedora
	As ilustrações são de coleções de design diversas, melhor padronizar
	Atentar para o uso de caixa alta, dificulta a leitura, manter um padrão
Infográfico 2	Melhorar a interatividade com o uso de link para mais informações no final
	Rever a música, é muito acelerada para o que se propõe o infográfico
Infográfico 3	Rever a parte que fala dos resfriados, devido à situação de pandemia da COVID-19
	Revisar linguagem utilizada para amenizar conceitos técnicos
	Trocar música de fundo que atrapalha o áudio da fala
	Verificar leitura para dispositivos móveis

Fonte: Os autores (2021).

Validação dos Infográficos pelo Público-alvo

Por fim, os infográficos foram validados quanto ao Índice de Concordância Semântica (ICS) pelo público-alvo, os profissionais de saúde validaram os Infográficos 1 e 2 e o Infográfico 3 foi validado por usuários. A validação ocorreu no município do estudo, com os participantes da pesquisa e em município vizinho, que também faz parte dos municípios contemplados pelo macroprojeto de pesquisa matriz e é local de trabalho da moderadora com as equipes de saúde já descritas anteriormente, seguindo os mesmos critérios de seleção dos profissionais já descritos na metodologia da pesquisa. Os questionários que propiciaram a validação através do cálculo de ICS foram elaborados pelo *google forms®* e enviados por aplicativo de celular.

Na tabela abaixo, apresentam-se os resultados da avaliação dos infográficos 1 e 2 pelos profissionais.

TABELA 2: RESULTADO DA VALIDAÇÃO SEMÂNTICA PELOS PROFISSIONAIS - ICS

Itens de Validação	Resultado da Validação									
	Infográfico 1					Infográfico 2				
Objetivos	1	2	3	4	ICS	1	2	3	4	ICS
1. Contempla tema proposto	11	0	0	0	1	11	0	0	0	1
2. Ajuda no cotidiano dos profissionais	9	2	0	0	1	11	0	0	0	1
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado	9	2	0	0	1	11	0	0	0	1
4. Proporciona reflexão sobre o tema	9	2	0	0	1	11	0	0	0	1
5. Orienta, informa e sensibiliza sobre o tema	8	3	0	0	1	10	1	0	0	1
6. Incentiva mudança de comportamento	9	2	0	0	1	11	0	0	0	1
Estrutura/apresentação	1	2	3	4	ICS	1	2	3	4	ICS
7. Os materiais são atraentes e indicam o conteúdo	8	3	0	0	1	11	0	0	0	1
8. O conteúdo esclarece conceitos	9	2	0	0	1	10	1	0	0	1
9. O material é apropriado ao público-alvo	8	3	0	0	1	11	0	0	0	1
10. Os materiais colaboram na compreensão do conteúdo	9	2	0	0	1	11	0	0	0	1
11. O vocabulário é acessível	10	1	0	0	1	10	1	0	0	1
12. O material foi útil	10	1	0	0	1	11	0	0	0	1
13. A temática é necessária	11	0	0	0	1	11	0	0	0	1
Relevância	1	2	3	4	ICS	1	2	3	4	ICS
14. Estimula o aprendizado	11	0	0	0	1	10	1	0	0	1
15. Contribui para o conhecimento na área	11	0	0	0	1	10	1	0	0	1
16. Desperta interesse pelo tema	10	1	0	0	1	10	1	0	0	1
IVC Total	100%					100%				

Fonte: Adaptado de Teixeira e Mota (2011); Siqueira (2020).

Na tabela abaixo, apresentam-se os resultados da validação pelo público-alvo através do instrumento utilizado pelos usuários para avaliação do infográfico 3.

TABELA 3: RESULTADO DA VALIDAÇÃO SEMÂNTICA PELOS USUÁRIOS - ICS

Itens de Validação	Resultado da Validação				
	Infográfico 3				
Objetivos	1	2	3	4	ICS
1. Esclarece dúvidas sobre o assunto	10	3	0	0	1
2. Proporciona reflexão sobre o uso indiscriminado de medicações e exames	9	4	0	0	1
3. Orienta, informa e sensibiliza quanto ao assunto	11	2	0	0	1
4. Incentiva mudança de comportamento	11	2	0	0	1
Estrutura/apresentação	1	2	3	4	ICS
5. Os materiais são atraentes e indicam o conteúdo	9	4	0	0	1
6. O conteúdo esclarece conceitos	8	5	0	0	1
7. O material é apropriado ao público-alvo	9	4	0	0	1
8. O vocabulário é acessível	10	3	0	0	1
9. O material é útil	11	2	0	0	1
Relevância	1	2	3	4	ICS
10. Contribui para o conhecimento no assunto	9	4	0	0	1
11. Desperta interesse pelo assunto	10	3	0	0	1
ICS Total	100%				

Fonte: Adaptado de Teixeira e Mota (2011); Siqueira (2020).

Os Infográficos foram validados pelo público-alvo e tiveram o ICS de 100%, assim, não houve alterações do material após esta etapa.

A versão final dos Infográficos

Após a validação dos infográficos, foram realizados os ajustes sugeridos para qualificar as TE. A versão final é apresentada nas figuras a seguir:

FIGURA 5: VERSÃO FINAL DO INFOGRÁFICO 1 (FOLDER) - “AÇÕES QUE CONTRIBUEM PARA O DESENVOLVIMENTO DA PREVENÇÃO QUATERNÁRIA (P4) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)” (FRENTE)



Fonte: os autores (2021).



Fonte: os autores (2021).

FIGURA 6: IMAGEM DA VERSÃO FINAL DO INFOGRÁFICO 2 (ANIMADO) - “AÇÕES QUE CONTRIBUEM PARA O DESENVOLVIMENTO DA PREVENÇÃO QUATERNÁRIA (P4) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)”.



Fonte: os autores (2021).

Infográfico na íntegra no youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=ws8vNlaerEI>.

FIGURA 7: IMAGEM DA VERSÃO FINAL DO INFOGRÁFICO 3 (ANIMADO) - “PREVENÇÃO QUATERNÁRIA (P4) PARA POPULAÇÃO”.



Fonte: os autores (2021).

Infográfico na íntegra no youtube: <https://youtu.be/rYbUbgt3zVU>.

As imagens utilizadas nos Infográficos foram retiradas da internet e são consideradas de domínio público, porém, se alguém for proprietário de alguma destas imagens e se sentir lesado, poderá entrar em contato pelo e-mail: karinaschopf70@gmail.com.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que os Infográficos reúnem informações relevantes sobre a atuação profissional frente à P4 e, portanto, configuram-se como Tecnologias Educacionais. Eles permitem que as situações vivenciadas diariamente pelos profissionais sejam problematizadas em um material informativo, capaz de qualificar o conhecimento sobre essa prática pouco disseminada na realidade dos serviços de saúde da APS.

O itinerário percorrido na Pesquisa Metodológica, sobretudo com a utilização da Investigação Apreciativa, como etapa que contou com a participação dos envolvidos, foi um efetivo movimento pedagógico, cujo material produzido coletivamente acrescentou efetividade à ação. As oportunidades de troca e de aprendizagem sobre a P4 despertaram na equipe o desejo de transformar a sua realidade, sonhando e planejando ações para tal. Cabe destacar que, entre as ações pensadas pelo grupo para efetivar a P4, estão os momentos de educação permanente. Deles depende a identificação das lacunas do processo de trabalho e a proposição de ações para a mudança.

Como desafios para o desenvolvimento dos produtos, destaca-se a falta de estudos que abordem a temática da P4 no âmbito interprofissional e ações de transformação na prática, a partir da realidade local.

Finalmente, os Infográficos que já passaram por processo de registro formal junto a Câmara Brasileira do Livro (CBL), além de orientarem a equipe participante, poderão servir a outras equipes e outros cenários. A formalização da utilização das TE no município encontra-se em andamento e deverá ser finalizada com a aprovação junto ao Conselho Municipal de Saúde.

REFERÊNCIAS

- ARNEMANN, C. T.; GASTALDO, D.; KRUSE, M. H. L. Pesquisa Apiciativa: características, utilização e possibilidades para a área da saúde no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 64, p. 121-131, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000100121&lang=pt> Acesso em: 13 jan. 2020.
- ARMSTRONG, A. J.; HOLMES, C. M.; HENNING, D. Um mundo em mudança, novamente. Como a Investigação Apiciativa pode guiar nosso crescimento. **Social Sciences & Humanities Open**, v. 2, n. 1, p. 100038-100038, 2020. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590291120300279>> Acesso em: 03 dez. 2020.
- ATTENA, F. Muito remédio? Questões científicas e éticas de uma comparação entre dois paradigmas conflitantes. **BMC Public Health**, v. 19, n. 97, p. 1-8, 2019. Disponível em: <<https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-019-6442-9.pdf>> Acesso em: 10 out. 2020.
- BORROZZINO, N. F.; FONSECA S.C. **Prevenção Quaternária**: Envelhecendo em sociedades medicalizadas. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2019.
- BRODERSEN, J.; SCHWARTZ, L. M.; WOLOSHIN, S. Overdiagnosis: how cancer screening can turn indolent pathology into illness. **APMIS**, v. 122, n. 8, p. 683-689, 2014. Disponível em: <https://PubMed.ncbi.nlm.nih.gov/24862511/>. Acesso em: 28 mar 2020.
- CARVALHO, K. M. et al. Construção e validação de cartilha para idoso acerca da higiene do sono. **Rev Bras Enferm**, V. 72, N. 2, P. 223-30, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672019000800214&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 28 mar 2020.
- CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 2, p. 1739-1749, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601739&lang=pt. Acesso em: 08 jan. 2021.
- COLL-BENEJAM, T. et al. Impact of overdiagnosis and overtreatment on the patient, the health system and society. **Atención Primaria**, v. 50, p. 86-95, 2018. Disponível em: <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC6837148&blobtype=pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.
- COLUCI, M. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 3: 925-36, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300925. Acesso em: 8 jan. 2021.
- COOPERRIDER, D. L.; WHITNEY, D. **Investigação apiciativa**: uma abordagem positiva para a gestão de mudanças. Rio de Janeiro: Qualitymark; 2006.
- COOPERRIDER, D. L.; WHITNEY, D.; STAVROS, J. M. **Manual da Investigação Apiciativa**. Qualitymark. Rio de Janeiro, 523p. 2008.
- CORTELLA, M. S. **Qual a tua Obra?** Editora Vozes. 2011.

KNOLL, G. F.; FUZER, C. Análise De Infográficos Da Esfera Publicitária: Multimodalidade E Metafunção Composicional. São Paulo: Alfa, v.63, n.3, p.583-608, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/alfa/v63n3/1981-5794-alfa-63-3-0583.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2020.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: Mcgrawhill do Brasil; 1976.

LEITE, S. S. *et al.* Construction and validation of an Educational Content Validation Instrument in Health. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 4, p. 1635-41, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/pt_0034-7167-reben-71-s4-1635.pdf. Acesso em: 3 dez. 2020.

MARTINS, C. *et al.* Quaternary prevention: reviewing the concept. **Eur J Gen Pract**, v. 24, n. 1, p. 106-11, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5795741/>. Acesso em: 07 set. 2020.

MINAYO, MC de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Rio de Janeiro: **Ciência e saúde coletiva**, v.17 n. 3, p.621-626, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007. Acesso em: 06 mar. 2020.

MOLSTER, C. M. *et al.* The Evolution of Public Health Genomics: Exploring Its Past, Present, and Future. **Frontiers in Public Health**, v. 6, p. 247, 2018. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2018.00247>. Acesso em: 7 set. 2020.

MUSAYÓN-OBLITA, F.Y. *et al.* Validação de um guia de aconselhamento para a adesão ao tratamento antirretroviral usando ciência da implementação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, e3228, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v28/pt_0104-1169-rlae-28-e3228.pdf. Acesso em: 2 dez. 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

ROSE, G. **Estratégias da medicina preventiva**. Porto Alegre: Artmed; 2010.

SCAGLIONI, L. M; CAMILLO, C. M. Infográficos e Livros Digitais como Recursos no Contexto Escolar. Revista: **EaD & Tecnologias Digitais na Educação, Dourados, MS**, v. 4, n.5, 2016. Disponível em: <http://ojs.ufgd.edu.br/index.php/ead/article/view/6661/4059>. Acesso em: 26 mar. 2020.

SCHOPF, K. *et al.* Prevenção Quaternária na Atenção Primária à Saúde: uma Revisão da Literatura In.: VENDRUSCOLO, C.; TESSER, C. D.; ADAMY, E.K. (org.). **Prevenção Quaternária: proposições para a educação e prática interprofissional na Atenção Primária à Saúde**. Porto Alegre: Moriá; 2021.

SIQUEIRA A. F. *et al.* Validação de manual sobre prevenção do suicídio para universitários: falar é a melhor solução. **Rev Rene**, v. 21:e42241, 2020. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/49979/1/2020_art_afsiqueira.pdf. Acesso em: 01 mai. 2021.

SOUZA, J. A. C. Infográfico: modos de ver e ler ciência na mídia. **Bakhtiniana: Revista de Estudos do Discurso**, v. 11, n. 2, p. 190-206, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/bak/v11n2/2176-4573-bak-11-02-0190.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2020.

SOUZA, V. L.; MCNAMEE, S.; SANTOS, M. A. Avaliação como construção social: investigação apreciativa. **Psicol Soc**, v. 22, N. 3, p. 598-607, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n3/v22n3a20.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2020.

TEIXEIRA, E; MOTA, V. M. S. S. **Validação passo a passo de tecnologias educacionais**. Tecnologias Educacionais em Foco. 1. ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2011.

TEIXEIRA, E. et al. **Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais**: volume 2 / Organizadora: Elizabeth Teixeira. Porto Alegre: Moriá, 2020. 398 p.: il.

TESSER, C. D. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? **Rev Saude Publica**, v. 51, p. 116, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000041.pdf. Acesso em: 14 dez. 2020.

TESSER, C. D. Cuidado clínico e sobremedicalização na atenção primária à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 2, p. 1-27, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v17n2/1678-1007-tes-17-02-e0020537.pdf>. Acesso em: 04 abr 2020.

TESSER, C. D. Convergences between quaternary prevention and health promotion. **Rev bras med fam comunidade**, v. 15, n. 42: 2515, 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/09/1282583/2515-texto-do-artigo-14643-2-10-20210105.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2020.

VENDRUSCOLO, C. et al. PET-Saúde Interprofissionalidade UFFS/UNOESC/UDESC e SESAU Chapecó: uma estratégia interinstitucional. *Revista Saúde em Redes*, v. 6, n. 2: 275287, 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1121098/petsaude.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2021.

VENDRUSCOLO, C.D.; TESSER, C.D.; PIRES, D.E.P. A Prevenção Quaternária e a Interprofissionalidade na Atenção Primária à Saúde. In.: VENDRUSCOLO, C.; TESSER, C. D.; ADAMY, E.K. (org.). **Prevenção Quaternária**: proposições para a educação e prática interprofissional na Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre: Moriá; 2021.

CAPÍTULO 6

MANUAL TÉCNICO PARA A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA: UMA TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ALINE LEMES DE SOUZA

CARINE VENDRUSCOLO

DENISE ANTUNES DE AZAMBUJA
ZOCHE

JEANE BARROS DE SOUZA

INTRODUÇÃO

A Prevenção Quaternária (P4) é um conceito que vem ganhando destaque, cujo objetivo é proteger indivíduos que estão em risco de intervenções médicas (ou de outros profissionais) excessivas e buscar alternativas preventivas mais éticas, propondo medidas de proteção. Lentamente, a cultura da P4 vem se desenvolvendo entre profissionais de saúde em vários países, visando à redução de danos iatrogênicos e intervencionistas relacionados às condutas excessivas desses profissionais (TESSER, NORMAN, 2019; PULHIEZ, NORMAN, 2021).

Na Atenção Primária à Saúde (APS), um dos objetivos principais das equipes é garantir o cuidado à saúde da população, por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a prevenção de doenças e agravos. As ações preventivas nesse ponto de atenção visam, também, à resolutividade na APS ao buscar solucionar as demandas de saúde desde o primeiro contato, identificar e intervir nos riscos com oferta de diversas formas de cuidado (BRASIL, 2017). Nesse sentido, uma APS forte deve buscar resolver em tempo oportuno a maior parte dos problemas de saúde da população, garantindo a acessibilidade e continuidade do cuidado (ALMEIDA *et al.*, 2018).

A proposta da P4 - defendida por Jamoulle (1999) - belga e médico de família e comunidade - ofi-

cializada pelo Dicionário da *World Organization of Family Doctors* (WONCA) em 2003 e inserida no Código de Ética Médica, mais precisamente, no capítulo da responsabilidade profissional (PELLIN; ROSA, 2018), tem sido valorizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em toda a América Central. Atualmente, a P4 é reconhecida também na Europa, Canadá, América do Sul e Ásia. (JAMOULLE, 2015).

A P4 se torna essencial para o cuidado clínico, principalmente, quando inserida no SUS (PELLIN; ROSA, 2018). Na APS, sem a distinção da prevenção e da cura de doenças, a geração de estágios de “pré-doenças” e a própria medicalização dos fatores de risco cria demandas clínicas, que antes não eram consideradas problemas de saúde e, na sua maioria, não têm relação com o adoecimento (TESSER, 2017). Ainda, cumpre destacar que práticas preventivas inadequadas, além de aumentarem as chances de iatrogenia, favorecem a criação de uma nova demanda de doentes, por vezes, considerados clinicamente saudáveis. (PIZZANELLI *et al.*, 2016; TESSER, 2017).

De fato, a medicalização tem se tornado cada vez mais expressiva na APS e demanda, além do conhecimento e prática profissional, formação e diretrizes nos serviços e instituições de saúde (GARCIA JUNIOR, STEIL, MIRANDA, 2018). A medicalização tem sido influenciada pela mercantilização de doenças em que, por exemplo, o uso e o acesso a tecnologias duras que são empregadas indiscriminadamente, têm incentivado ainda mais a tomada de decisão médica defensiva (PELLIN; ROSA, 2018). A influência, por vezes negativa, das indústrias farmacêuticas, além de alcançar as mídias sociais, serviços de saúde e os próprios usuários, teve grande expansão nos últimos anos, já que as informações sobre fármacos visam mais ao lucro do que às necessidades de saúde populacionais. (GARCIA JUNIOR, STEIL, MIRANDA, 2018).

Nesse contexto, a P4 possui um papel importante e desafiador em relação às práticas desnecessárias, sendo que os profissionais são confrontados pelas dúvidas nos diversos cenários da prática. Dessa forma, são importantes as discussões ponderáveis nos serviços de saúde relacionadas a danos intervencionistas ou de sobremedicalização, a fim de estimular os profissionais a identificar e construir condutas preventivas redutivas de danos e riscos aos indivíduos (ALBER *et al.*, 2017; TESSER, 2017).

Na APS, a temática da P4 também pode fazer parte dos processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) e, por meio dessa estratégia, nortear os profissionais e instituições nas ações de prevenção centradas na pessoa e no cuidado longitudinal (PELLIN, ROSA, 2018). Essa é uma das maneiras de proporcionar o planejamento das atividades profissionais, de acordo com as dificuldades identificadas na prática. Com isso, a EPS corrobora na transformação do processo de trabalho, na qualidade da assistência, estimulando um atendimento mais humanizado (WEYKAMP *et al.*, 2016). É no cotidiano do trabalho que são identificados temas que necessitam de aperfeiçoamento, sendo um processo coletivo, contínuo e de responsabilidade institucional, cujo resultado se traduz na transformação da prática. (VASCONCELOS, GRILLO, SOARES, 2018). Para Teixeira (2020), é de extrema importância agregar saberes e, principalmente, tecnologias que estimulem o cuidado por meio da educação, já que ambos – cuidado e educação – são parte de um mesmo processo.

Cumpre destacar que, nos últimos anos, houve maior adesão ao uso de Tecnologias Educacionais (TE) no aprimoramento do cuidado, pois além de serem facilitadoras, são ferramentas que auxiliam no processo de trabalho por meio do ensino-aprendizagem. Além de um excelente meio pedagógico, as TE, quando construídas coletivamente, possibilitam um momento de troca de conhecimento e habilidades. Dentre as TE, destacam-se os materiais impressos como cartilhas, manuais, folhetos, folders, entre outros. (TEIXEIRA, 2020; COSTA *et al.*, 2020).

Considerando a importância desses aspectos, desenvolveu-se um Manual Técnico sobre a P4 para profissionais de saúde, com o intuito de instrumentalizá-los para a prática clínica, imbuída da P4. A partir de então, emergiu este capítulo, o qual nos motivou a descrever as etapas de construção e validação do Manual Técnico sobre a P4 para profissionais de saúde.

OS CAMINHOS PARA A CONSTRUÇÃO DO MANUAL TÉCNICO

Foi realizado um estudo de abordagem qualitativa do tipo pesquisa-ação, que buscou o envolvimento dos participantes para a construção da TE do tipo Manual Técnico. A pesquisa-ação visa interligar conhecimento e ação, por isso estimula e permite a interação entre o pesquisador e os integrantes da pesquisa, no intuito de facilitar o conhecimento mútuo, contribuindo para a discussão e aprimoramento do tema de pesquisa. Os resultados são considerados produções, que podem ser adaptáveis no decorrer da pesquisa. (THIOLLENT, 2011).

A pesquisa foi realizada com os profissionais de grau superior que compõem a equipe de Saúde da Família (eSF), equipe de Saúde Bucal (eSB) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) do município de Sul Brasil/Santa Catarina (SC). Para inclusão dos participantes, foram utilizados os seguintes critérios: a) ser profissional de nível superior da eSF, eSB ou NASF-AB há, pelo menos, seis meses; b) prestar assistência à saúde que envolvesse ações de P4. Foram excluídos do estudo aqueles participantes que: a) estavam afastados de suas atividades por motivos eventuais (p.ex. licença médica, licença maternidade, viagem); b) não puderam estar presentes durante os encontros e etapas da pesquisa. Fizeram parte da pesquisa nove profissionais: uma enfermeira, uma nutricionista, duas médicas, duas cirurgiãs-dentistas, uma fisioterapeuta, uma psicóloga e uma educadora física.

A produção das informações ocorreu mediante três encontros remotos, tendo em vista a necessidade de isolamento social, ocasionada pela pandemia da *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19). Foi utilizada a plataforma *Microsoft Teams*®. As etapas da pesquisa foram adaptadas seguindo a seguinte ordem: 1) Coleta de dados; 2) Saber formal e informal; 3) Aprendizagem (THIOLLENT, 2011). Como metodologia complementar, utilizou-se o diário de campo. (FALKEMBACH, 1987).

As informações produzidas foram analisadas de acordo com as etapas da Análise Temática de Conteúdo (MINAYO, 2014): 1) pré-análise - leitura e transcrição das informações prestadas pelos participantes; 2) exploração do material e tratamento dos resultados obtidos - classificação das informações obtidas na pré-análise; 3) interpretação - a partir da classificação das informações, desvendar os principais conceitos implícitos por meio da discussão teórica.

O estudo foi desenvolvido entre os meses de setembro de 2020 a junho de 2021 e foram seguidas as orientações propostas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), com vinculação ao Macroprojeto, intitulado – “Prevenção Quaternária na Atenção Primária: interfaces com as melhores práticas em saúde”, sob parecer número 3.375.951 de 06 de junho de 2019. Os participantes foram informados sobre o estudo via e-mail, com leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O anonimato dos participantes foi mantido e para garantir o anonimato dos juízes que validaram o material, os nomes foram substituídos por codinomes, sendo letra J – de “juiz” seguida de uma sequência numérica.

A elaboração da TE seguiu o Relatório de Produção Técnica da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que define o Manual Técnico como um produto tangível e de manuseio, podendo ser classificado como material didático.

Os encontros foram mediados por uma enfermeira mestranda com experiência neste tipo de abordagem.

Etapa 01: encontro para a produção das informações

Inicialmente, a mediadora do encontro (pesquisadora) apresentou os objetivos da pesquisa e elaborou perguntas disparadoras dos diálogos: o que entendemos sobre prevenção? Quais os tipos de prevenção? Já ouviram falar em P4? O que significa? Que ações nesse sentido realizam, individualmente, e enquanto equipe? Os participantes foram estimulados a refletir sobre os níveis de prevenção, sendo que o diálogo permitiu a identificação dos pontos fortes e fragilidades (Tabela 1) em relação à aplicabilidade da P4 na prática clínica dos profissionais da equipe de saúde.

TABELA 1: PAINEL ILUSTRATIVO SOBRE OS PONTOS FORTES E FRAGILIDADES EM RELAÇÃO À PREVENÇÃO QUATERNÁRIA.

Pontos Fortes	Pontos Fracos
Capacidade técnica da equipe; União da equipe; Visão holística; Trabalho em equipe, dinamismo, facilidade no trabalho; Disponibilidade de trabalhar em equipe;	Interferência externa (agentes políticos); Objetivo do gestor que vai de encontro a prevenção; Falta de apoio institucional/gestão; Cultura da população; Fácil acesso a exames, especialistas e medicamentos; Falta de autonomia profissional; Falta de compreensão e aceitação sobre as condutas; Falta do envolvimento do paciente no seu tratamento; Falta de confiança em tratamentos alternativos;

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

A partir das percepções dos participantes, foi realizada pela mediadora a introdução do tema de P4 por meio de exposição remota. De maneira dialógica, os participantes problematizaram o tema, ao trocar ideias sobre os seus saberes e fazeres e identificar os principais problemas relacionados à falta de P4 na prática clínica. Essa atividade resultou no diagnóstico local da realidade em relação à P4 (Tabela 2). Para os participantes, a P4 não acontece na prática clínica, e as fragilidades elencadas foram consideradas por eles os grandes nós no diagnóstico da realidade local.

TABELA 2: DIAGNÓSTICO DA REALIDADE LOCAL EM RELAÇÃO À PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

Diagnóstico da realidade na opinião dos participantes
1. Há muitas interferências externas (agentes políticos); 2. O objetivo do gestor que vai de encontro a prevenção; 3. Há falta de apoio institucional/gestão; 4. Cultura da população muito voltada para a medicalização; 5. Há um fácil acesso a exames, especialistas e medicamentos; 6. Diante da população e da gestão há falta de autonomia profissional; 7. Dificuldade da população e gestão aceitarem as condutas preventivas; 8. Falta de envolvimento do paciente no seu tratamento; 9. Falta de confiança em tratamentos alternativos por grande parte da população;

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Com o objetivo de aprofundar o conhecimento dos participantes em relação à P4 e sobre a construção coletiva de um material didático instrucional do tipo Manual Técnico, foram disponibilizados aos profissionais, por meio de um grupo de *WhatsApp®*, materiais de apoio como vídeos e artigos relacionados ao tema. Como proposta de dispersão a ser retomada na próxima etapa, em trios, os participantes esboçaram ações de fortalecimento à adesão da P4 na prática, de acordo com o diagnóstico local.

Etapa 02: encontro para a produção das informações com base no saber formal e informal

O segundo encontro, também, realizado via plataforma remota (*Microsoft Teams®*), teve como objetivo resgatar as construções da etapa anterior e propor ações para o fortalecimento do diagnóstico local em relação à P4. Diante disso, a partir dos diálogos e diagnóstico da realidade local, foram elencadas as principais ações de fortalecimento, distribuídas por segmento institucional (Tabela 3).

TABELA 3: AÇÕES DE FORTALECIMENTO PARA O DIAGNÓSTICO DA REALIDADE LOCAL, DISTRIBUÍDAS POR SEGMENTO INSTITUCIONAL

Gestão
1. Realizar roda de conversa com a gestão para explicar os princípios do SUS, as atribuições da ESF e de cada profissional de saúde, quais os benefícios da prevenção para a gestão (custo-benefício) e qual a finalidade da Academia da Saúde. O objetivo é buscar esclarecer as dúvidas e garantir a resolutividade na APS. Foi proposta para essa ação a entrega de material impresso e, posteriormente, uma explanação também na Câmara de Vereadores Municipal com o mesmo objetivo; 2. Adquirir materiais e equipamentos para a realização das atividades físicas de grupo e materiais impressos, para reforçar as orientações verbais realizadas pelos profissionais;
Agentes Comunitários de Saúde (ACS)
1. Realizar capacitação para os ACS, com vistas a supervisionar o uso correto dos medicamentos, evitando a sobremedicalização. Conferência quanto ao prazo de validade, falta ou excesso de medicação nos domicílios. Para essa ação foi proposta uma atividade de simulação prática. Após capacitação, aliado ao embasamento teórico, os ACS realizariam a parte experimental, primeiro em forma de simulação, em que realizariam as conferências dos medicamentos e orientação de acordo com o prazo de validade, uso indevido ou excesso de medicamento. O desenvolvimento dessa atividade seria de responsabilidade dos profissionais de nível de superior; 2. Sensibilizar ao ACS para a P4;

Equipe técnica

1. Realizar encontros semanais da equipe técnica para discussão de casos e organização dos grupos prioritários (com comorbidades afins) para roda de conversa, com a presença do ACS quando necessário;
2. Na dispensação de medicamentos, identificar a posologia dos medicamentos de uso contínuo;
3. Retomar o Projeto Terapêutico Singular (PTS);
4. Organizar as visitas domiciliares juntamente com o NASF-AB para uma maior cobertura, com o objetivo de reconhecer o território e o contexto onde o paciente está inserido;
5. Organizar as agendas dos profissionais;
6. Instituir um plano de monitoramento multiprofissional com estabelecimento de metas para as pessoas que frequentam a Academia da Saúde. O objetivo é conseguir acompanhar o grau de melhora das pessoas, sem instituir o uso da medicação (como primeira escolha) quando for indicado;
7. Criar um acesso ao sistema de informação da farmácia para os profissionais de nível superior, para que possam visualizar as dispensações de medicamentos, com o objetivo de evitar a interação medicamentosa, sobremedicalização, automedicação e riscos inerentes ao uso de algum fármaco para realização de procedimentos;
8. Instituir a ginástica laboral para os profissionais de saúde;
9. Realizar rodas de conversa entre os profissionais para esclarecer o que são as terapias alternativas e quando elas podem ser indicadas, com o objetivo de todos os profissionais serem conhecedores das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) e quando poderão indicá-las associada ou não ao tratamento convencional;
10. Organizar a agenda dos profissionais para a realização das PICS;
11. Instituir um Plano de EPS para a equipe sobre os demais níveis de prevenção (primária, secundária e terciária);

Comunidade

1. Realizar rodas de conversa de acordo com a microárea, com os grupos prioritários, identificando as maiores queixas da comunidade, para propor melhores alternativas de tratamento e estimular o autocuidado;
2. Realizar palestras nas comunidades, nos grupos de comunidade, nas escolas, com diversos temas como o autocuidado, funções da equipe de saúde, terapias alternativas, uso racional dos medicamentos, descarte correto dos medicamentos, etc.;
3. Instituir grupos de caminhada monitoradas na sede e no interior, com o intuito de estimular a prática de atividade física e mudança de hábitos. Para essa ação foi considerado estimular a utilização da academia ao ar livre;
4. Estimular e orientar os indivíduos a sempre trazerem consigo a carteirinha de saúde com a identificação da comorbidade e medicamento de uso contínuo, com o intuito de responsabilizá-los pelo seu autocuidado e ser conhecedor dos medicamentos de que faz uso;

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Após elencadas as ações, houve a explanação das estratégias de construção e as informações que deveriam conter em um Manual Técnico sobre P4 para profissionais de saúde. A mediadora explanou remotamente sobre a construção de uma TE do tipo Manual Técnico, explicando a finalidade desse material para a equipe e os passos para sua elaboração.

Nessa etapa, houve dificuldade por parte dos participantes de elencarem os tópicos que deveriam estar contidos no Manual Técnico sobre a P4. A mediadora, então, provocou a reflexão sobre temas considerados base para a compreensão desse nível preventivo:

- Contexto da APS;
- Níveis de prevenção;
- Quando e porque a P4 entra em cena;
- O que se entende por P4;
- O que se entende por danos iatrogênicos (iatrogenia clínica, social, cultural);
- Como a P4 pode ser aplicada no contexto da APS;
- Rastreamentos;
- Tipos de rastreamento;
- Relação da P4 no rastreamento;
- Riscos dos excessos (exames, sobrediagnóstico, sobremedicalização);
- Importância da evidência científica, acolhimento, EPS e promoção ao autocuidado;
- PICS e sua relação com a P4;
- Alimentação saudável e atividade física na P4;
- “Medicalização da vida” (luto, parto, resfriado, etc.);

Com o objetivo de instigá-los para a construção coletiva do Manual Técnico, foram disponibilizados, via grupo de *WhatsApp*®, materiais de apoio (artigos, livros, vídeos) sobre a finalidade da produção da TE como fonte didática na APS.

Etapa 03: encontro para a finalização do Manual e desenvolvimento do processo de aprendizagem

O terceiro encontro com os participantes da pesquisa também ocorreu via plataforma remota (*Microsoft Teams*®), tendo como objetivo resgatar as construções das etapas anteriores para dar início a construção coletiva do Manual Técnico. Os tópicos para compor o Manual Técnico (Tabela 4) foram definidos no encontro anterior, com possibilidade de ajustes de acordo com o processo de construção.

TABELA 4: TÓPICOS ELENCADOS PARA COMPOR O MANUAL TÉCNICO

Tópicos mantidos	Tópicos incluídos
Atenção Primária à Saúde (APS); Níveis de prevenção; P4 (história e conceito); Danos iatrogênicos (iatrogenia clínica, social, cultural); Aplicabilidade da P4 no contexto da APS; Rastreamentos; Tipos de rastreamento; Relação da P4 no rastreamento; Riscos dos excessos (exames, sobrediagnóstico, sobremedicalização); Importância da evidência científica, acolhimento, EPS e promoção ao autocuidado; PICS e sua relação com a P4; Alimentação saudável e atividade física na P4; “Medicalização da vida” (luto, parto, resfriado, etc.);	Público-alvo da P4; Determinantes e condicionantes de saúde; Testes rápidos; Mudança de hábito e estilos de vida;

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Considera-se que nesta etapa pode-se, ainda, concluir o processo pedagógico que instrumentalizou os membros da equipe de saúde sobre o conceito e as possibilidades de efetivar a P4 na APS.

O PRODUTO: MANUAL TÉCNICO SOBRE A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

A construção coletiva do Manual Técnico também aconteceu remotamente. A mediadora criou um ambiente remoto de aprendizagem, via plataforma *Google Sala de Aula*®. Para tanto, inicialmente foram disponibilizados os materiais de apoio que já haviam sido enviados por meio de um grupo de *WhatsApp*® criado com esse propósito, a fim de subsidiar no conteúdo e facilitar a construção coletiva do material didático.

Posteriormente, para elaboração e aprimoramento do Manual Técnico, a mediadora desenvolveu um esboço do Manual por meio da ferramenta *Google Docs*®, contendo os tópicos elencados pelos participantes durante os encontros virtuais anteriores. Esse documento foi compartilhado (via *link*) com os participantes. A escolha da ferramenta de *Google Docs*® se deu em virtude de ser um instrumento de texto *on-line*, que permite a participação de várias pessoas simultaneamente, as quais podem criar e editar o documento, que é salvo automaticamente. Ainda, todas as alterações realizadas no documento ficam salvas e são visíveis para os participantes com os quais o documento é compartilhado. Por contar com um espaço destinado para comentários, essa mesma ferramenta foi utilizada como fórum de discussão, o que permitiu o aprimoramento e a construção do Manual Técnico.

Após a conclusão da construção do Manual Técnico com os principais conceitos e informações da P4, foram escolhidas algumas imagens para compor os capítulos. As imagens foram selecionadas na internet (banco de imagens gratuitas) e ajustadas pelos participantes no programa *CorelDRAW*®. Posteriormente, o Manual Técnico foi enviado para um profissional especialista em diagramação.

A primeira versão do Manual Técnico com dimensões de 148x210mm e 70 páginas, preenchidas frente e verso, ficou organizada da seguinte maneira: capa, lista de abreviaturas, sumário, apresentação, introdução, oito capítulos e índice remissivo.

O processo de validação do Manual Técnico

A fase final de desenvolvimento do Manual Técnico contemplou o processo de validação de conteúdo e aparência por *expertises* e validação semântica por público-alvo.

Validação de Conteúdo por expertises

Foram convidados a participar 22 juízes, sendo nove profissionais de saúde, oito especialistas em TE e cinco especialistas em P4. Dos 22 juízes, 11 não responderam o instrumento de validação, assim, **participaram da validação de conteúdo 11 juízes**, distribuídos da seguinte maneira:

1. Cinco especialistas na área da APS de outras instituições de saúde;
2. Quatro especialistas na área da APS do próprio serviço;
3. Dois especialistas em TE e P4;

A seleção dos juízes ocorreu a partir de pesquisa da busca de currículos de experts na *Plataforma Lattes®*. Para tanto, foi enviada uma carta convite por meio do *e-mail* de cada profissional, informando o tipo de tecnologia produzida e como seria sua participação no processo de validação. Na ocasião foi enviado o TCLE, *link* de acesso ao Manual Técnico na íntegra e o *link* dos instrumentos de validação, que foram criados através da plataforma *Google Forms®*.

Para validação do conteúdo do Manual Técnico, o instrumento de validação foi adaptado de Teixeira e Mota (2011). Essa etapa aconteceu de maneira individual de acordo com: a) objetivos; b) conteúdo, estrutura e apresentação da tecnologia e c) relevância e usabilidade, em uma escala *Likert* de 1 a 4:

- (1) Inadequado;
- (2) Parcialmente inadequado;
- (3) Adequado;
- (4) Totalmente adequado.

Os juízes puderam marcar apenas um campo de seleção correspondente ao valor que, na opinião de cada um, estava mais adequado. Abaixo de cada item foi disponibilizado um espaço destinado para justificar as valorações “1” e “2”.

Para validar a proporção de profissionais e juízes que estavam em concordância, foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). De acordo com autores (ALEXANDRE, COLUCI, 2011; COLUCI, ALEXANDRE, MILANI, 2015), o IVC é um instrumento amplamente utilizado na área da saúde, com possibilidade de analisar cada item individualmente e o instrumento como um todo. O nível do índice é calculado pela somatória de concordância dos itens que foram marcados como (3) e (4). A fórmula para avaliar cada item foi a seguinte:

$$\text{IVC} = \frac{\text{número de resposta (3) e (4)}}{\text{número total de respostas.}}$$

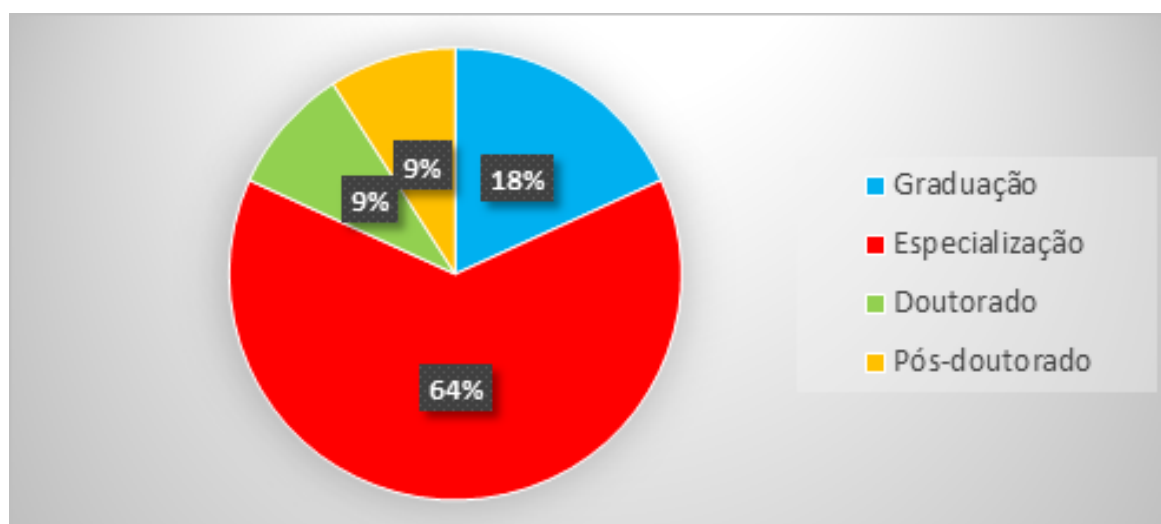
A taxa de concordância aceitável entre os juízes foi igual ou superior a 0,80. Os itens que receberam pontuação (1) ou (2) foram revisados.

Os dados quantitativos, oriundos do instrumento de validação, preenchido pelos juízes foram ordenados e tabulados, utilizando o programa Excel®. Na primeira sessão do instrumento, obteve-se informações sobre as características de perfil e sociodemográficas dos participantes.

Todos os juízes que participaram do processo de validação de conteúdo do Manual Técnico eram do sexo feminino (100%), com idade entre 25 e 42 anos. A média de formação profissional foi de 10,4 anos.

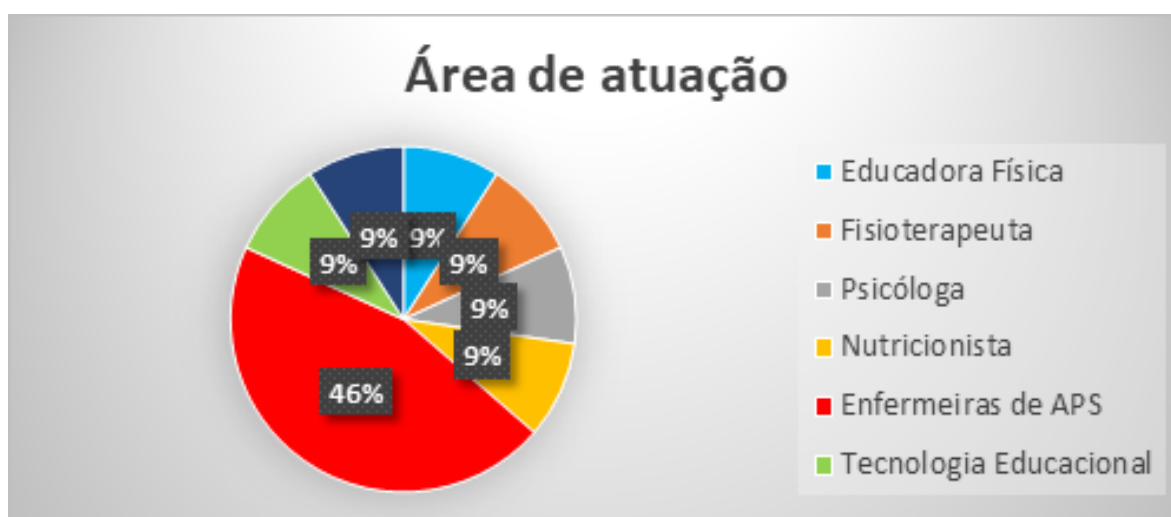
De acordo com o grau de titulação (Gráfico 1), sete juízes (64%) possuíam Especialização, dois (18%) Graduação, um (9%) Doutorado e um (9%) Pós-doutorado. O número expressivo de juízes com especialização se deu em virtude de que a maioria que compôs a amostra era de profissionais especialistas e atuantes na APS (Gráfico 2).

GRÁFICO 1: TITULAÇÃO DOS JUÍZES



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

GRÁFICO 2: ÁREA DE ATUAÇÃO DOS JUÍZES



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Cumprir destacar que a validação de uma TE, quando realizada por profissionais e juízes de diversas áreas de conhecimento, favorece a multidisciplinaridade, com uma abrangência maior e distinta de opiniões (NASCIMENTO, TEIXEIRA, 2018; TEIXEIRA, 2019).

O conteúdo do Manual Técnico foi validado pelos juízes, por capítulo, de acordo com critérios descritos na Tabela 5.

TABELA 5 – CRITÉRIOS PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO MANUAL TÉCNICO

Bloco 01: Objetivos (referem-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização da TE).
1.1 As informações estão apropriadas com o que preconiza a P4. 1.2 As informações são importantes para melhora da prática profissional. 1.3 Essa tecnologia instiga reflexão e mudança sobre a prática profissional, relaciona a P4. 1.4 Atende aos objetivos dos profissionais que atuam na APS.
Bloco 02: Conteúdo, estrutura e apresentação da tecnologia (refere-se à forma de apresentar o conteúdo. Isto inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação).
2.1 As informações estão coerentes. 2.2 As terminologias estão apropriadas para os profissionais da APS. 2.3 O conteúdo está organizado de maneira clara e objetiva. 2.4 Há uma sequência lógica na apresentação do conteúdo proposto. 2.5 O tamanho do título e da estrutura do manual estão adequados. 2.6 Essa TE é apropriada aos profissionais que atuam na APS. 2.7 As informações estão bem estruturadas em consenso e ortografia. 2.8 O número de páginas está adequado.
Bloco 03: Relevância e usabilidade (refere-se às características que avaliam o grau de significação do material apresentado).
3.1 Essa TE permite expansão de conhecimento, facilita a troca de saberes e melhora o aprendizado sobre a P4. 3.2 A tecnologia educativa propõe a construção de conhecimento. 3.3 O manual aborda os assuntos necessários para a sensibilização da P4 na APS. 3.4 Está adequado para ser aplicado aos profissionais que atuam na APS.

Fonte: Os autores (2021), adaptado de Teixeira e Mota (2011).

Em relação à discordância e concordância dos juízes, houve maior concordância de acordo com os critérios avaliados nos oito capítulos. De acordo com os critérios de avaliação do instrumento de validação, distribuídos em três blocos e 16 itens, obteve-se um total de 176 respostas (100%) por capítulo. A distribuição das respostas em relação à validação de conteúdo é apresentada na Tabela 6.

TABELA 6: DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA, PERCENTUAL, MÉDIA E IVC
DOS ITENS AVALIADOS PELOS JUÍZES POR CAPÍTULO

Itens avaliados	Discordância	Concordância	IVC
Capítulo 01			
01 – Bloco 01: Objetivos (4 itens).	2 (4,55%)	42 (95,45%)	0,95
02 – Bloco 02: Conteúdo, estrutura e apresentação da tecnologia (8 itens).	7 (7,95%)	81 (92,05%)	0,92
03 – Bloco 03: Relevância e usabilidade (4 itens).	0 (0,0%)	44 (100%)	1,00
Capítulo 02			
01 – Bloco 01: Objetivos (4 itens).	1 (2,27%)	43 (97,73%)	0,97
02 – Bloco 02: Conteúdo, estrutura e apresentação da tecnologia (8 itens).	5 (5,68%)	83 (94,32%)	0,94
03 – Bloco 03: Relevância e usabilidade (4 itens).	0 (0,0%)	44 (100%)	1,00
Capítulo 03			
01 – Bloco 01: Objetivos (4 itens).	0 (0,0%)	44 (100%)	1,00
02 – Bloco 02: Conteúdo, estrutura e apresentação da tecnologia (8 itens).	1 (1,14%)	87 (98,86%)	0,98
03 – Bloco 03: Relevância e usabilidade (4 itens).	0 (0,0%)	44 (100%)	1,00
Capítulo 04			
01 – Bloco 01: Objetivos (4 itens).	1 (2,27%)	43 (97,73%)	0,97
02 – Bloco 02: Conteúdo, estrutura e apresentação da tecnologia (8 itens).	1 (1,14%)	87 (98,86%)	0,98
03 – Bloco 03: Relevância e usabilidade (4 itens).	0 (0,0%)	44 (100%)	1,00
Capítulo 05			
01 – Bloco 01: Objetivos (4 itens).	0 (0,0%)	44 (100%)	1,00
02 – Bloco 02: Conteúdo, estrutura e apresentação da tecnologia (8 itens).	2 (2,27%)	86 (97,73%)	0,97
03 – Bloco 03: Relevância e usabilidade (4 itens).	0 (0,0%)	44 (100%)	1,00
Capítulo 06			
01 – Bloco 01: Objetivos (4 itens).	0 (0,0%)	44 (100%)	1,00
02 – Bloco 02: Conteúdo, estrutura e apresentação da tecnologia (8 itens).	1 (1,14%)	87 (98,86%)	0,98
03 – Bloco 03: Relevância e usabilidade (4 itens).	0 (0,0%)	44 (100%)	1,00
Capítulo 07			
01 – Bloco 01: Objetivos (4 itens).	0 (0,0%)	44 (100%)	1,00
02 – Bloco 02: Conteúdo, estrutura e apresentação da tecnologia (8 itens).	1 (1,14%)	87 (98,86%)	0,98
03 – Bloco 03: Relevância e usabilidade (4 itens).	0 (0,0%)	44 (100%)	1,00
Capítulo 08			
01 – Bloco 01: Objetivos (4 itens).	0 (0,0%)	44 (100%)	1,00
02 – Bloco 02: Conteúdo, estrutura e apresentação da tecnologia (8 itens).	0 (0,0%)	88 (100%)	1,00
03 – Bloco 03: Relevância e usabilidade (4 itens).	0 (0,0%)	44 (100%)	1,00

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Houve apenas uma rodada de validação de conteúdo pelos juízes especialistas, já que o **IVC geral obteve a pontuação de 0,98**. Contudo, para os ajustes de conteúdo do Manual Técnico foram consideradas apenas as sugestões e questionamentos coerentes com a comprovação científica (Tabela 7). Os demais foram desconsiderados por não se adequarem ao preconizado.

TABELA 7: SUGESTÕES E AJUSTES REALIZADOS APÓS VALIDAÇÃO COM JUÍZES

Sugestões	Ajustes realizados
“Acredito que deve ter havido um estudo prévio ou da literatura ou diagnóstico junto aos profissionais. Não existe contextualização sobre esse histórico metodológico.” (J7)	Foi incluída a contextualização do histórico metodológico na página de Apresentação do Manual Técnico.
“Verificar ortografia, há erros.” (J6)	Foram realizados os ajustes ortográficos ao longo do texto de todo Manual Técnico.
“Parto do pressuposto que devem ser conhecidas pelos profissionais da área. Mas, no meio do texto aparece a sigla P4 para Prevenção Quaternária...isso é código universal, uma letra e um número sem ser remissivo ao texto?” (J7)	Devido a sigla P4 ser considerada um código universal para designar o termo Prevenção Quaternária, foi contextualizada essa informação na Introdução do Manual Técnico.
“Rever o título do manual...” (J3) “Retiraria a palavra importância...isso induz o leitor e deixa o título muito longo.” (J7)	O título do Manual Técnico foi ajustado para: “Prevenção Quaternária: como evitar os excessos e não causar danos?” A pergunta utilizada teve por objetivo induzir ao leitor a descobrir a resposta, através da leitura.
“Explicar o que é a sigla P4. Haverá alguma explicação para o uso da figura ao fundo de um jogo de quebra cabeças?” (J6)	A sigla P4 é explicada na Apresentação e Introdução do Manual Técnico, porém foi melhorada a contextualização, evidenciando melhor o seu significado. Foi incluso na Apresentação a justificativa do uso da figura do jogo de quebra-cabeça no design do Manual Técnico.
“Acerca dos rastreamentos, colocar de forma que sejam exemplos, que existem outros além daqueles listados.” (J6)	Incluso a forma de exemplo (Ex.) nos rastreamentos listados no capítulo 3.
“A página 27 está bem carregada, procurar dar destaques ao texto, deixando-o mais atrativo e objetivo.” (J6)	Inclusos alguns realces no texto da página 27, atraindo a atenção para frases estratégicas relacionadas à temática da P4.
“Sintetizar o texto da página 34, dando destaques e tornando-o mais enxuto e atrativo.” (J6)	Ajustado texto da página 34, sintetizando mais as informações.
“Dar mais destaques ao texto, deixando-o mais objetivo, repetem-se algumas informações.” (J6)	Revisado o texto e efetuado a retirada das informações que se repetem.
“Rever a letra do texto deixando-a mais escura em todo o material.” (J6)	Ajustada a cor do texto em todo o Manual Técnico.
“Faltam referências ao longo do texto. Rever em todo o material.” (J6)	As referências utilizadas foram citadas ao final de cada capítulo, porém foram inclusos ao longo do texto algumas referências para conceituar melhor termos e conceitos científicos.
“No Manual falta a página de Créditos, sugiro uma Ficha bibliográfica. As imagens reutilizadas são de fontes livres, têm reutilização permitida? Deveria haver uma página inicial indicando o público e os objetivos com mais clareza.” (J7)	A página de créditos e ficha bibliográfica foi inclusa no Manual Técnico após validação de conteúdo e aparência e registro na Câmara Brasileira do Livro (CBL), responsável pela emissão de International Standard Book Number (ISBN) e registro autoral. As imagens utilizadas no Manual Técnico são de fontes livres. A informações de público-alvo e objetivos constam na Apresentação do Manual Técnico, porém foram melhor contextualizadas.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Validação de Aparência por expertises

Foram convidados a participar do processo de validação de aparência 38 juízes especialistas em *design*. Dos 38 juízes, 33 não responderam o instrumento de validação, assim, **participaram da validação de conteúdo cinco juízes** especialistas em *design*.

A seleção dos juízes ocorreu da mesma maneira que a seleção dos juízes para validação de conteúdo, conforme já descrito anteriormente.

O instrumento de validação de aparência foi adaptado de Santiago e Moreira (2019) e aconteceu tendo como base o instrumento americano *Suitability Assessment of Materials (SAM)*, traduzido para a língua portuguesa para avaliação da dificuldade e conveniência dos materiais educativos. Foram avaliadas quatro categorias: a) conteúdo; b) linguagem; c) ilustrações gráficas e motivação e d) adequação cultural, em uma escala *Likert* de 0 a 2:

- (0) Inadequado;
- (1) Parcialmente adequado;
- (2) Adequado.

Os juízes puderam marcar apenas um campo de seleção correspondente ao valor que consideraram mais adequado. Abaixo de cada item foi disponibilizado um espaço destinado para justificar as valorações “0” e “1”. Os itens que receberam pontuação (0) ou (1) foram revisados.

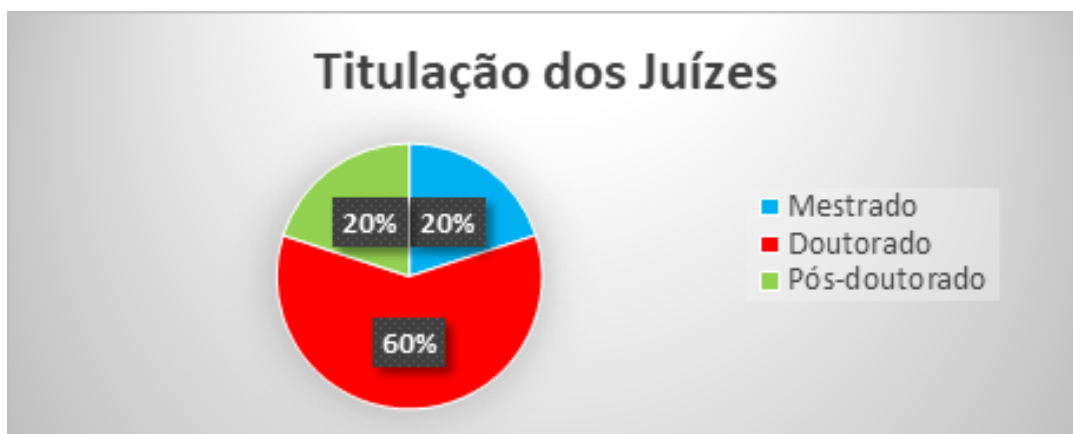
O cálculo do escore total de adequação foi feito a partir da soma dos escores obtidos, dividido pelo total máximo de escores (13 itens = 26 escores) e multiplicado por 100 para transformar em percentual. A interpretação se deu da seguinte forma: **70-100% (Material superior), 40-69% (Material adequado) ou 0-39% (Material inadequado)** (SANTIAGO, MOREIRA, 2019).

Os dados quantitativos preenchidos pelos juízes, oriundos do instrumento de validação, foram ordenados e tabulados, utilizando o programa *Excel®*. Na primeira sessão do instrumento, obtiveram-se informações sobre as características de perfil e sociodemográficas dos participantes.

Os juízes que participaram do processo de validação de aparência possuíam idade entre 30 e 41 anos. Dos cinco juízes, três (60%) eram do sexo feminino e dois (40%) do sexo masculino. A média de tempo de formação profissional foi de 13,4 anos.

De acordo com o nível de titulação (Gráfico 3), um juiz (20%) referiu ter Mestrado, três juízes (60%) Doutorado e um (20%) Pós-doutorado. Todos os juízes eram especialistas em Design.

GRÁFICO 3 - TITULAÇÃO DOS JUÍZES



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

A aparência do Manual Técnico foi validada pelos juízes, de acordo com critérios e respostas descritos na Tabela 8.

TABELA 8: CRITÉRIOS PARA VALIDAÇÃO DE APARÊNCIA DO MANUAL TÉCNICO E DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA, PERCENTUAL, MÉDIA E SAM DOS ITENS AVALIADOS PELOS JUÍZES

Itens avaliados	A*	PA*	I*	SAM
Bloco 01: Conteúdo				
1.1 O conteúdo contempla o tema proposto.	4 (80%)	0 (0%)	1 (20%)	80%
1.2 O objetivo é evidente, facilitando a pronta compreensão do material.	4 (80%)	1 (20%)	0 (0%)	80%
1.3 A proposta do material proporciona reflexão sobre o tema.	4 (80%)	1 (20%)	0 (0%)	80%
Bloco 02: Linguagem				
2.1 O nível de leitura é adequado para a compreensão dos profissionais.	5 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	100%
2.2 O estilo da linguagem facilita o entendimento do texto.	3 (60%)	2 (40%)	0 (0%)	60%
2.3 O vocabulário é de fácil compreensão.	4 (80%)	1 (20%)	0 (0%)	80%
Bloco 03: Ilustrações gráficas e motivação				
3.1 As ilustrações gráficas atraem a atenção do leitor.	1 (20%)	4 (80%)	0 (0%)	20%
3.2 As ilustrações gráficas apresentam mensagens visuais fundamentais para compreensão do leitor.	1 (20%)	4 (80%)	0 (0%)	20%
3.3 As ilustrações gráficas são adequadas para o texto e tema proposto.	3 (60%)	2 (40%)	0 (0%)	60%
Bloco 04: Adequação cultural				
4.1 Os padrões de comportamento desejados são evidentes.	5 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	100%
4.2 Existe motivação à mudança de comportamento em relação à prevenção.	3 (60%)	2 (40%)	0 (0%)	60%
4.3 O material é adequado à lógica, linguagem e experiência do público-alvo.	4 (80%)	1 (20%)	0 (0%)	80%
4.4 Apresenta imagens e exemplos adequados à temática.	4 (80%)	1 (20%)	0 (0%)	80%
Média	69%	29%	2%	69%

*Adequado **Parcialmente adequado ***Inadequado

Fonte: Os autores (2021), adaptado de Santiago e Moreira (2019).

De acordo com os critérios de avaliação do instrumento de validação, distribuídos em quatro blocos e 13 itens, obteve-se um total de 65 respostas (100%). Quanto à discordância e concordância, de acordo com o total de critérios avaliados, houve maior concordância entre os juízes (69%). Em relação aos blocos avaliados individualmente, conforme o conteúdo, linguagem e adequação cultural, o Manual Técnico foi considerado como material superior (80%) e em relação ao bloco de ilustrações gráficas, o Manual Técnico foi considerado inadequado (33%).

A partir das sugestões, comentários e questionamentos, foram realizados os ajustes de aparência gráfica no Manual Técnico (Tabela 9).

TABELA 9: SUGESTÕES E AJUSTES REALIZADOS APÓS VALIDAÇÃO COM JUÍZES

Sugestões	Ajustes realizados
“ Nem sempre, algumas [imagens] não estão tão significativas, podendo apresentar dúvidas, como a do tubo de ensaio da página 24. Acredito também que na mesma página as duas ilustrações têm diferenças muito grandes de escala. A imagem com as pessoas está muito pequena e a dos objetos (seringa e tubo) está maior em proporção. Assim, acredito que algumas imagens poderiam ocupar mais espaço, para os detalhes ficarem mais evidentes e para que elas cumpram com a função comunicacional.” (J1)	As imagens foram substituídas por fotos reais menos poluídas de fontes gratuitas.
“ Linguagem gráfica infantil, o que pode comprometer o nível de interesse e atenção. Além de serem pequenas demais.” (J2)	Foi ajustado o tamanho das imagens incluídas no Manual Técnico.
“Sugiro repensar [o quebra-cabeça] da capa e todo o grafismo do trabalho”. (J5) “O fundo cinza das páginas (marca d’água) não está legal, polui demais. Neste caso, o menos é mais, sugiro deixar em branco”. (J5) “As imagens da página 10, 16, 23, 31, 38, 49, 58, 65, [...] sugiro deixar em cores mais vivas”. (J5)	A diagramação de todo Manual Técnico foi substituída, deixando as imagens nos tons originais. O fundo das páginas (marca d’água) foi alterado.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Para as alterações gráficas foi utilizada a plataforma **Canva**, um editor gráfico **online** e gratuito. Após os ajustes, a versão final do Manual Técnico foi reenviada aos cinco especialistas em **Design**, os quais reavaliaram o material e o consideraram apto à utilização, estando todos os itens com SAM igual a 100%, sendo considerado como material superior.

A segunda versão do Manual Técnico ficou com 89 páginas, dimensões de 297x210mm, agora intitulada “**Prevenção Quaternária: como evitar os excessos e não causar danos?**” Organizada em capa, informações sobre os autores, lista de abreviaturas, sumário, apresentação, introdução e oito capítulos intitulados: 1. Prevenção, 2. Prevenção Quaternária, 3. Rastreamento, 4. Medicalização ou Sobremedicalização, 5. Prevenção Quaternária na Atenção Primária à Saúde, 6. Práticas Integrativas e Complementares, 7. Prática de atividade física, exercício físico e a Prevenção Quaternária, e 8. Alimentação saudável e a Prevenção Quaternária e, por fim, índice remissivo.

Validação semântica por público-alvo

Para a validação semântica por público-alvo, **participaram 11 profissionais de saúde**. Nesta etapa, o público-alvo avaliou a segunda versão do Manual Técnico. Participaram 11 profissionais da saúde de nível superior, atuantes na APS, do próprio serviço: duas enfermeiras, duas cirurgiãs-dentistas, uma farmacêutica, um médico, uma nutricionista, uma fisioterapeuta, uma educadora física e duas psicólogas.

O Manual Técnico foi apresentado na versão impressa por meio de uma roda de conversa. Na ocasião foi criado um grupo de **WhatsApp®**, realizado o convite e enviado o TCLE e o link do instrumento de validação, que foram criados através da plataforma Google Forms®.

O instrumento de validação foi adaptado de Teixeira e Mota (2011), de acordo com cinco aspectos: a) objetivos; b) organização; c) estilo da escrita; d) aparência; e) motivação, em uma escala **Likert** de 1 a 4:

- (1) Totalmente adequado
- (2) Adequado
- (3) Parcialmente Adequado
- (4) Inadequado

Os juízes puderam marcar apenas um campo de seleção correspondente ao valor que consideraram mais adequado. Abaixo de cada item foi disponibilizado um espaço destinado para justificar as avaliações “3” e “4”.

Para a análise quantitativa foi utilizado o **Índice de Concordância Semântica (ICS) mínimo de 0,80**. O índice foi obtido através da soma de respostas Totalmente Adequado e Adequado, dividido pelo número total de respostas (SIQUEIRA *et al.*, 2020).

Os dados quantitativos preenchidos pelos juízes, oriundos do instrumento de validação, foram ordenados e tabulados, utilizando o programa *Excel®*. Na primeira sessão do instrumento, obtiveram-se informações sobre as características de perfil e sociodemográficas dos participantes.

Os profissionais de saúde que participaram do processo de validação semântica possuíam idade entre 25 e 46 anos. Dos 11 juízes, 10 (91%) eram do sexo feminino e um (9%) do sexo masculino. A média de experiência profissional foi de 11,8 anos.

De acordo com o nível de titulação, nove profissionais de saúde (81,8%) referiram possuir alguma Especialização na área e dois (18,2%) Graduação.

A validação semântica do Manual Técnico foi avaliada pelos profissionais de saúde, de acordo com critérios e respostas descritos na Tabela 10.

TABELA 10: CRITÉRIOS PARA VALIDAÇÃO SEMÂNTICA DO MANUAL TÉCNICO E DISTRIBUIÇÃO NUMÉRICA, PERCENTUAL, MÉDIA E ICS DOS ITENS AVALIADOS PELO PÚBLICO-ALVO

Itens avaliados	TA*	A**	PA***	I****	ICS
01: Objetivos					
1.1 Atende os objetivos dos profissionais de APS.	10 (91%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
1.2 Ajuda os profissionais de APS.	8 (73%)	3 (27%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
1.3 Está adequado para uso por profissionais de APS.	8 (73%)	3 (27%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
02: Organização					
2.1 A capa é atraente e indica o conteúdo de P4.	10 (91%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
2.2 O tamanho do título e do conteúdo está adequado.	11 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
2.3 Os capítulos têm uma sequência lógica.	8 (73%)	3 (27%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
2.4 Há coerência entre as informações da capa, sumário e apresentação.	9 (82%)	2 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
2.5 O material está apropriado (impressão).	7 (64%)	4 (36%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
2.6 O número de páginas está adequado.	7 (64%)	4 (36%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
2.7 Os temas retratam aspectos importantes.	10 (91%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
03: Estilo da escrita					
3.1 A escrita está em estilo adequado.	9 (82%)	2 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
3.2 O texto é interessante. O tom é amigável.	8 (73%)	3 (27%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
3.3 O vocabulário é acessível.	9 (82%)	2 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
3.4 Há associação da P4 em cada capítulo.	7 (64%)	4 (36%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
3.5 O texto está claro.	9 (82%)	2 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
3.6 O estilo da redação corresponde ao nível dos profissionais de APS.	8 (73%)	3 (27%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
04: Aparência					
4.1 As páginas e os capítulos parecem estar organizados.	11 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
4.2 As ilustrações são simples.	10 (91%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
4.3 As ilustrações servem para complementar o texto.	7 (64%)	4 (36%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
4.4 As ilustrações estão expressivas e o suficiente.	8 (73%)	3 (27%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
05: Motivação					
5.1 O material é adequado para gênero e idade dos profissionais de APS.	9 (82%)	2 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
5.2 O material apresenta lógica.	8 (73%)	3 (27%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
5.3 A interação é convidada pelos textos. Sugere ações.	9 (82%)	2 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
5.4 O Manual Técnico aborda os assuntos necessários para os profissionais de saúde.	9 (82%)	2 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
5.5 Convida e instiga para a mudança de comportamento e atitude.	10 (91%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00
5.6 O Manual Técnico propõe conhecimento aos profissionais de APS.	8 (73%)	3 (27%)	0 (0%)	0 (0%)	1,00

*Totalmente adequado **Adequado ***Parcialmente adequado ****Inadequado

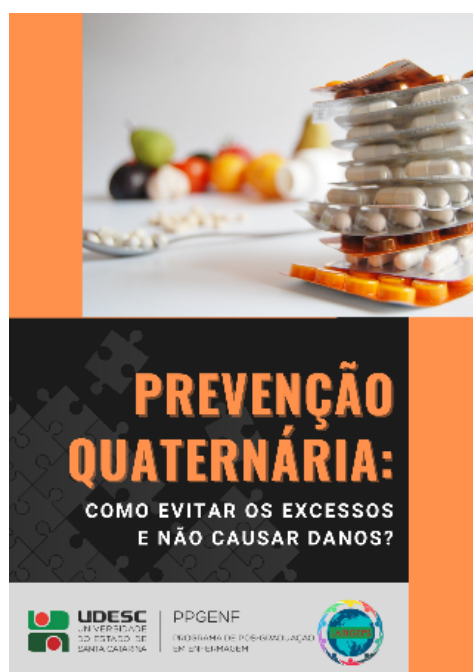
Fonte: Os autores (2021), adaptado de Teixeira e Mota (2011).

De acordo com os critérios do instrumento de avaliação, distribuídos em cinco blocos e 26 itens, obteve-se um total de 286 respostas (100%). Realizou-se uma única avaliação nessa etapa com ICS global de 1,00.

Versão final do Manual Técnico: uma iniciativa transformadora para a APS

Após validação semântica, a segunda versão do Manual Técnico não sofreu alterações, sendo considerada a versão final e está disponível para consulta através do *Link*: <https://drive.google.com/file/d/1TUqc59qXkQloBEO3inRWssq8vCLLF-Bq/view?usp=sharing>

FIGURA 1: ILUSTRAÇÃO DA CAPA DO MANUAL TÉCNICO



Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Na área da saúde, houve uma expansão no uso de TE, principalmente como ferramentas educativas, com o intuito de melhorar o processo de aprendizagem de maneira sistematizada e com base na cientificidade (ROCHA *et al.*, 2019). A construção coletiva de materiais educativos propicia não só a participação ativa dos envolvidos, mas corrobora para a troca de conhecimento, experiência e aprimoramento de habilidades (LEITE *et al.*, 2018).

O Manual Técnico, como material didático, pode ser considerado um instrumento facilitador, pois além de permitir o manuseio e conter informações específicas, serve como suporte no cotidiano da prática profissional (ROCHA *et al.*, 2019).

No intuito de dinamizar as informações, além do formato impresso, as TE devem conter ilustrações, linguagem objetiva e clara sobre a temática, estando adequada ao nível de conhecimento do público-alvo. No caso dos profissionais de saúde, em que as ações também são determinadas pelo grau de cognição, a TE serve de suporte frente à tomada de decisão, ampliação das habilidades e, ainda, estimula a autonomia profissional frente às condutas clínicas (WILD *et al.*, 2019).

Diante da representatividade que as TE possuem na área da saúde, principalmente como ferramenta de ensino, é de extrema importância o processo de validação de aparência e conteúdo dessas tecnologias, a fim de manter a responsabilidade frente à veiculação de informações que devem ser adequadas e compatíveis com o público-alvo (WILD *et al.*, 2019). O processo de validação, também, garante a segurança e a veracidade das informações prestadas, além de permitir a identificação da ausência de informações necessárias e incorporá-las ao material, com o intuito de melhorar as informações. (WILD *et al.*, 2019; LEITE *et al.*, 2018).

Algumas considerações sobre esse movimento

Por meio deste capítulo, foi-nos permitido realizar a descrição das etapas de construção e validação de um Manual Técnico sobre P4 para profissionais de saúde. O seu conteúdo foi organizado com base na fundamentação científica, a fim de esclarecer o conceito de P4, bem como descrever informações relevantes referentes a esse nível de prevenção, que é tão importante no cotidiano de prática dos profissionais de saúde, em especial da APS.

Durante o desenvolvimento deste estudo, deparamo-nos com o enfrentamento da pandemia da COVID-19, o que dificultou os encontros com os profissionais, tendo em vista a necessidade de distanciamento social, considerando-se tal conjuntura como limitador da pesquisa. Além disso, foi preciso realizar inúmeros contatos, com vistas a explicar e obter o retorno de todos os juízes necessários à validação do material.

Acredita-se que essa TE reúne informações suficientes sobre a P4 para mediar o processo de aprendizagem dos profissionais em diferentes contextos pedagógicos e produtores da saúde, podendo gerar um impacto significativo, principalmente para as equipes de APS. Nesse sentido, além de contribuir à qualificação profissional, favorecerá para uma atuação segura e autossuficiente dos profissionais.

Cumprir destacar que o uso dessa TE se torna relevante para a comunidade, já que, ao desenvolver ações de P4, os profissionais tendem a oferecer outras alternativas de cuidado, como as PICS e melhores práticas de saúde. Oportuno lembrar que todas as ações devem ser fundamentadas em evidência científica, para que os profissionais possam inovar, aperfeiçoar e transformar suas condutas de acordo com as normas técnicas e éticas.

Por fim, o Manual Técnico, como ferramenta didática e instrucional, já passou por processo de registro na Câmara Brasileira do Livro e servirá à produção técnica e científica acerca do tema da P4, contribuindo para a área de conhecimento da Enfermagem Brasileira e Saúde Pública.

REFERÊNCIAS

- ADAMY, E. K. Validation in grounded theory: conversation circles as a methodological strategy. **Rev Bras Enferm**. v. 71, n. 6, p. 3121-6, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5ZfVsKjNX-6znX3rZPgvWmTz/?lang=en>. Acesso em: 06 mar. 2021.
- ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, no 7, julho de 2011, p. 3061-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2021.
- ALBER, K. et al. Medical overuse and quaternary prevention in primary care – A qualitative study with general practitioners. **BMC Family Practice**, v. 18, n.1, dezembro de 2017, p. 99. Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-017-0667-4>. Acesso em: 06 mar. 2021.
- ALMEIDA, P.F et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, setembro de 2018, p. 244-60. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/244-260/#>. Acesso em: 06 mar. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete/-do/-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 06 mar. 2021.
- COLUCI, M.Z.O.; ALEXANDRE, N.M.C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, março de 2015, p. 925-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00925.pdf>. Acesso em: 08 maio 2021.
- COSTA, C.C. et al. Construção e validação de uma tecnologia educacional para prevenção da sífilis congênita. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, outubro de 2020, p. eAPE20190028. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002020000100471-&lng=en&nrm-iso. Acesso em: 13 mar. 2021.
- FALKEMBACH, E.M.F. **Diário de campo**: um instrumento de reflexão. In: Contexto e educação. Ijuí, RS, v.2, p.19-24, 1987.
- GARCIA JUNIOR, C.A.S; STEIL, A.; MIRANDA, C.G. Prevenção quaternária e educação médica: Uma revisão integrativa após as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso Medicina de 2014. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-12, 2018. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1694>. Acesso em: 07 mar. 2021.
- JAMOULLE, M.D. **Quaternary prevention: prevention as you never heard before (definitions for the four prevention fields as quoted in the WONCA international dictionary for general/family practice)**. 1999. Disponível em: <https://www2.ulb.ac.be/esp/mfsp/quat-en.html>. Acesso em: 8 maio 2021.
- JAMOULLE, M.D. Prevenção quaternária: primeiro não causar dano. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1-3, 2015. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1064](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1064). Acesso em: 06 mar. 2021.

LEITE, S.S *et al.* Construção e validação de Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 4, 2018, p. 1635–41. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/pt_0034-7167-reben-71-s4-1635.pdf. Acesso em: 21 Apr. 2021.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed., São Paulo: Hucitec, 2014.

NASCIMENTO, M.H.M; TEIXEIRA, E. Educational technology to mediate care of the “kangaroo family” in the neonatal unit. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 3, 2018, p. 1290–97. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901290-&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 Apr. 2021.

PELLIN, P. P.; ROSA, R. S. Prevenção quaternária – conceito, importância e seu papel na Educação profissional. **Saberes plurais: educação na saúde**, v. 2, n. 3, dezembro de 2018. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/saberesplurais/article/view/87351/51266>. Acesso em: 06 mar. 2021.

PIZZANELLI, M. *et al.* Prevención cuaternaria: ética médica, evaluación y eficiencia en los sistemas de salud. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.11, outubro de 2016, p. 75–85. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1388/814>. Acesso em: 06 mar. 2021.

PULHIEZ, G.C.; NORMAN, A.H. Prevenção quaternária em saúde mental: modelo centrado na droga como ferramenta para a desmedicalização. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n.43, janeiro de 2021, p. 2430. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2430](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2430). Acesso em: 07 mar. 2021.

ROCHA, G.S., *et al.* Validação de manual de cuidados de idosos após cirurgia cerebral. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 13, novembro de 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.243025>. Acesso em: 19 mar. 2021.

SANTIAGO, J.C.S., MOREIRA, T.M.M. Validação de conteúdo de cartilha sobre excesso ponderal para adultos com hipertensão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n.1, fevereiro de 2019, p. 95–101. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v72n1/pt_0034-7167-reben-72-01-0095.pdf. Acesso em: 06 mar. 2021.

SIQUEIRA, A.F *et al.* Validação de manual sobre prevenção do suicídio para universitários: falar é a melhor solução. **Revista Rene**, v. 21, fevereiro de 2020, p. e42241. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/download/42241/100052/>. Acesso em: 02 mai. 2021.

TEIXEIRA, E. **Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais**. Porto Alegre: Moriá, v. II, 2019.

TEIXEIRA, E.; MOTA, V. M. S. S. **Educação em saúde: Tecnologias Educacionais em Foco**. Série educação em saúde. São Caetano do Sul (SP): Difusão Editora, v. 2, 2011.

TEIXEIRA, E. **Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais**. Porto Alegre: Moriá, v. 2, 2020, 398 p.

TESSER C.D. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? **Revista de Saúde Pública**, v. 51, dezembro de 2017, p. 116. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/672/67249591129.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2021.

TESSER, C.D.; NORMAN, Armando Henrique. Geoffrey Rose e o princípio da precaução: para construir a prevenção quaternária na prevenção. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019, p. e180435. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180435>. Acesso em: 06 mar. 2021.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

VASCONCELOS, M., GRILLO, M.J.C., SOARES, S.M. **Práticas educativas e tecnologias em saúde**. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2018, 59 p.

WEYKAMP, J.M *et al.* Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos profissionais de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n.2, junho de 2016, p. 281. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/16754>. Acesso em: 06 mar. 2021.

WILD, C.F., *et al.* Validação de cartilha educativa: uma tecnologia educacional na prevenção da dengue. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n.5, outubro de 2019, p. 1318–25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000501318&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 mar. 2021.

CAPÍTULO 7

PRODUÇÃO DE UM JOGO DE TABULEIRO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS

CAMILA SOLIGO BERNARDI

CARLA ARGENTA

ELISANGELA ARGENTA ZANATTA

KARINE REGINA REINEHR

CLARISSA BOHRER DA SILVA

INTRODUÇÃO

O aumento no número de idosos é um fenômeno que acontece mundialmente (GARBACCIO *et al.*, 2019), conforme dados da Organização das Nações Unidas (2019); em 1950, o número de brasileiros idosos somava aproximadamente 2,6 milhões, número que passou para 29,9 milhões em 2020, ou seja, 14% do total da população e deve atingir 72,4 milhões em 2100, representando um percentual superior a 40,1% dos habitantes (UNITED NATIONS, 2019). Estes dados significam um aumento da população idosa tanto em números absolutos, quanto proporcionais (CARDOSO *et al.*, 2018), sendo que no período de 2000 a 2015, obteve-se um acréscimo de mais de 50%. Até o ano de 2050, esses números passarão a representar cerca de 30% de toda população brasileira (DANTAS *et al.*, 2017; SOUZA, 2018).

O perfil epidemiológico populacional é marcado por uma baixa taxa de natalidade e aumento na expectativa de vida da população e consequente longevidade da própria população idosa, representando um crescimento significativo do número de pessoas com 80 anos ou mais (SOUZA, 2018). As projeções mostram que em 25 anos, no Brasil, haverá o dobro de população idosa do que se tem atualmente (FERREIRA *et al.*, 2019).

A partir do envelhecimento populacional ocorre um aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis

(DCNT) (FERREIRA *et al.*, 2019, DINIZ *et al.*, 2018, DANTAS *et al.*, 2017), sendo que grande parte dos idosos apresenta mais do que uma comorbidade associada, demandando assim uma necessidade crescente de cuidados que são de cunho físico, psicológico e social (GARBACCIO *et al.*, 2019; DUARTE; BERZINS; GIACOMIN, 2016).

O aumento de DCNT nos idosos resulta em complicações, dependência e incapacidade (DINIZ *et al.*, 2018) e, por vezes, surge a necessidade de um cuidador para este idoso. Pelos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), é revelado que no Brasil, 31,6% de familiares ou dependentes realizam algum tipo de cuidado ao idoso, e a proporção aumentou 0,8 pontos percentuais entre 2018 e 2019. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (2019), há a perspectiva de que nas próximas três décadas triplicará o número de pessoas idosas que necessitarão de cuidados prolongados nas Américas.

Diante dessa necessidade, evidencia-se uma pessoa para auxiliar o idoso no seu cuidado, - o cuidador, que é definido como o responsável por auxiliar nos cuidados da pessoa dependente (DINIZ *et al.*, 2018, CARDOSO *et al.*, 2018). O cuidador pode ser formal ou informal, sendo que, o informal desempenha suas funções sem remuneração, normalmente um familiar, vizinho ou amigo. O cuidador formal recebe remuneração para desempenhar suas funções e, na maioria das vezes, é capacitado para realizar o cuidado (SANTOS *et al.*, 2017). Importante salientar que no Brasil, 90% dos cuidadores de idosos são familiares que assumem a função do cuidado (GARBACCIO *et al.*, 2019).

A ocupação de cuidador está presente no Cadastro Brasileiro de Ocupações (CBO) (BRASIL, 2008), porém ainda não é legalizada. Alguns projetos de lei já passaram pela Câmara dos Deputados como, por exemplo: Projeto de Lei nº 4.702/2012 e Projeto de Lei nº 11/2016, no entanto, nenhum foi sancionado (DEBERT; OLIVEIRA, 2015); sendo assim, ainda existe uma lacuna quanto a essa ocupação.

O papel de cuidador é extremamente necessário e suas funções vão para além de acompanhar e auxiliar o idoso nas suas atividades de vida diária (CARDOSO *et al.*, 2018), ele é o elo entre o idoso, família e equipe de saúde; auxilia nos cuidados com higiene, alimentação, locomoção, atividades de lazer, mudança de decúbito, administra medicamentos, entre outras. Algumas técnicas e procedimentos são identificados como legalmente estabelecidos para alguns profissionais, ou seja, não farão parte da rotina do cuidador (BRASIL, 2008, DINIZ, 2018). Dentre as técnicas pode-se citar: administração de medicamentos no músculo ou na veia, curativos complexos, inserção de sondas, dentre outros (BRASIL, 2008). Além disso, com ele, são obtidas a maioria das informações referentes à saúde do idoso, diagnósticos e tratamentos realizados (GARBACCIO *et al.*, 2019).

O papel de cuidador é predominantemente desempenhado por mulheres com idade média de 50 anos, com média de estudo de quatro anos, sendo, na maioria das vezes, filhas da pessoa idosa. Além disso, a maioria dos cuidadores não possuem formação para cuidar de idoso, aprendendo no cotidiano as atividades que precisam ser realizadas (GARBACCIO *et al.*, 2019).

Para que o cuidado prestado pelo cuidador seja realizado da melhor forma possível, é necessário que sejam orientados pela equipe de saúde por meio de atividades de educação em saúde (SANTOS *et al.*, 2017). Levando em consideração a complexidade do cuidado, faz-se necessário que o profissional de saúde busque formas diferenciadas para conseguir dar atenção e atender as necessidades dos indivíduos e das famílias que cuidam de um idoso dependente (ILHA *et al.*, 2016).

Nesse contexto, o novo cenário epidemiológico de elevação do contingente populacional de idosos, das DCNT e da dependência física, impele o desafio de garantia do cuidado a estes indivíduos. Portanto, há a necessidade de desenvolvimento de uma rede de assistência adequadamente qualificada com profissionais suficientemente preparados para trabalhar com as demandas destes indivíduos, com o objetivo de modificar a configuração atual que propicia somente ações curativistas e de reabilitação ao invés da promoção da saúde (DANTAS *et al.*, 2017; ILHA *et al.*, 2016).

Para dinamizar este processo de educação em saúde, busca-se a utilização das tecnologias em saúde. De acordo com Salbego *et al.* (2018), as tecnologias em saúde podem ser classificadas como produtos ou processos. A primeira caracteriza-se pela informatização, informações e artefatos; já, a segunda diz respeito a recursos de ensino aprendizagem do indivíduo, além de conhecimentos estruturados que possibilitam a construção de produtos.

As Tecnologias Cuidativo-educacionais (TCE) consistem em: “conjunto de conhecimentos e saberes científicos e cotidianos dos profissionais de Enfermagem, que envolvem o processo de cuidar e educar e educar e cuidar de si e do outro, a partir dos princípios da práxis humana” (SALBEGO *et al.*, 2018, p.?). Este conceito que vem ao encontro da necessidade de se propor diferentes formas de educação em saúde. As TCE são formas de criar e justificar produtos e processos tecnológicos. Por meio do desenvolvimento e validação, a perspectiva destas tecnologias vai além da concepção, tendo uma relação com a prática profissional e uma inter-relação entre cuidar e educar (SALBEGO *et al.*, 2018).

Pensando nesta perspectiva, surgem os jogos, que facilitam a aprendizagem auxiliando no desenvolvimento de raciocínio e tratam de forma agradável alguns assuntos (ROMAN *et al.*, 2017). Os jogos estão relacionados a significados diversos, sendo difícil a sua definição. Porém, podem ser considerados como uma atividade livre, sem lucros e consciente, envolvendo o jogador, que aceita suas regras e instruções e joga de forma festiva com sentimento de tensão e prazer interligados (BEZERRA, 2018).

Com os jogos, a proposta é ir além da intervenção, exigindo uma participação ativa dos envolvidos; por meio dele, cria-se espaço para reflexão com a coparticipação dos jogadores (FERNANDES; ANGELO; MARTINS, 2018).

Porém, percebe-se uma escassez de jogos de tabuleiro voltados à educação em saúde de cuidadores informais de idosos, sendo que na busca em periódicos da área da saúde e livros foi encontrado somente um jogo para cuidadores (FERNANDES; ANGELO; MARTINS, 2018), com foco na família e não nas atividades desenvolvidas pelo cuidador. Os demais jogos de tabuleiro encontrados tinham outro público-alvo.

Sendo assim, um jogo de tabuleiro poderá contribuir para a realização de educação em saúde de uma forma inovadora e diferenciada, bem como intervenções junto a cuidadores informais de idosos, facilitando atividades educativas e consequentemente qualificando o cuidado realizado pelo cuidador informal com o idoso. Através do jogo, o diálogo normalmente acontece de forma espontânea, estimulando e fortalecendo a relação enfermeiro e cuidador informal de idosos com relatos que passam despercebidos. O enfermeiro, ao aplicar o jogo, consegue perceber quais as maiores dificuldades de cada cuidador, as quais podem passar despercebidas na consulta convencional do enfermeiro ou não são relatadas durante conversas ou consultas de enfermagem sem o uso deste tipo de tecnologia.

Objetivamos neste capítulo relatar a experiência de produzir um jogo de tabuleiro para a educação em saúde de cuidadores informais de idosos.

JOGOS EDUCACIONAIS NA SAÚDE: BREVES APONTAMENTOS

Tecnologia é um termo que advém dos termos “Techné” que denota fazer e “Logos” que quer dizer razão, significando assim “a razão do saber fazer” (OLYMPIO; ALVIM, 2018; SILVA; CARREIRO; MELLO, 2017). Atualmente se aceita a definição de tecnologia como um instrumento construído para diversas tarefas (SILVA; CARREIRO; MELLO, 2017).

Na área da saúde e da enfermagem, diferentes tecnologias são inseridas em diversos contextos, tendo em vista que a enfermagem realiza diversas práticas produtoras de cuidado, a inclusão de tecnologias melhora a qualidade da assistência prestada (OLYMPIO; ALVIM, 2018).

A Tecnologia Educacional (TE) é uma forma de inovar a educação de forma sistêmica e planejada, implementando e avaliando o processo de aprendizagem por meio da utilização de um instrumento (OLYMPIO; ALVIM, 2018; TELES, *et al.*, 2017) que torna as instruções mais efetivas (TELES *et al.*, 2017). O processo de aprendizagem atual é pautado por metodologias ativas, sendo os jogos parte desta metodologia. Eles promovem uma inserção ativa dos seus jogadores no processo de aprendizagem. Esta metodologia possui pontos favoráveis, tais como, aprendizagem significativa, prazer, emoção e motivação, além de complementar as atividades já realizadas. (FERREIRA *et al.*, 2020).

Jogos oportunizam o uso do lúdico quando assuntos sérios requerem ser destacados. (FERNANDES; ANGELO; MARTINS, 2018). Considerada uma forma diferente para ensinar e desenvolver o raciocínio com o objetivo de facilitar a aprendizagem, além de promover a discussão de conteúdos de forma agradável (ROMAN *et al.*, 2017). Há outros jogos que proporcionam o desafio de resolver problemas encontrados no dia a dia e a autoavaliação de situações de vida diária (TELES *et al.*, 2017).

Os benefícios dos jogos educacionais são muitos, podendo-se dar ênfase para o aprendizado, que vai além do momento do jogo, dura por tempo indeterminado. O jogo pode incluir tabuleiro, cartas, bingos, **quiz**, adedonha, banco imobiliário, show do milhão, tendo formato de perguntas e respostas direcionadas ao conteúdo que deseja ser trabalhado. Estes jogos apresentam regras e como o jogador deverá proceder, tendo no final um vencedor. O formato pode ser adaptado aos assuntos e objetivos que o seu autor desejar. (BEZERRA, 2018).

Os jogos de tabuleiro proporcionam o jogar junto, promovendo interação entre os participantes, que são fonte de conhecimento e auxiliam na tomada de decisões. (OLYMPIO; ALVIM, 2018). O jogo vai além de uma intervenção, ele consiste em uma proposta em que ocorre a coparticipação dos indivíduos em busca da mudança (FERNANDES; ANGELO; MARTINS, 2018). Quando se fala em jogos educativos, percebe-se como resultado do jogar um processo de interação entre os participantes, tendo como ponto importante o desenvolvimento de habilidades cognitivas e afetivas que possibilitam a troca de informações e de experiências, sendo importantes para a educação em saúde. (D’AVILA; PUGGINA; FERNANDES, 2018).

A educação em saúde precisa ser vista como um processo mútuo de construção do conhecimento em que educador e educando elaboram juntos o saber e compartilham suas experiências. Através de jogos, pode construir-se conhecimento, sendo o educando um sujeito indagador em um processo de busca contínua. (OLYMPIO; ALVIM, 2018). Os jogos educativos despertam várias sensações, podendo-se dar ênfase para a curiosidade, motivação e vontade em aprender (TELES *et al.*, 2017). Eles podem ser uma ferramenta que proporciona mudança positiva no comportamento do jogador. (ROMAN *et al.*, 2017).

MÉTODO

Pesquisa metodológica realizada em três processos: produção/construção, validação/avaliação e aplicação. O primeiro processo pode ser realizado pela busca na literatura (revisão de literatura, revisão integrativa, revisão narrativa, revisão sistemática) ou baseada no contexto (informações adquiridas com o público-alvo). O segundo processo consiste na validação-avaliação da tecnologia e pode ser realizada com juízes especialistas, com o público-alvo ou com ambos. (TEIXEIRA; NASCIMENTO, 2020).

Neste capítulo será relatado o primeiro processo, ou seja, a produção do jogo de tabuleiro com base em quatro etapas: seleção do tema para o jogo; escolha dos conteúdos abordados no jogo através de revisão integrativa (RI); organização das informações e produção do jogo.

O jogo foi produzido para o enfermeiro utilizar com cuidadores informais de idosos, ou seja, sem vínculo empregatício. O Jogo será direcionado para cuidadores com qualquer idade, independente da escolaridade, pois o enfermeiro poderá ler as cartas e ir conduzindo a partida.

O estudo seguiu os preceitos éticos vigentes nas Resoluções 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em setembro de 2020 com Parecer Número 4.296.382.

RESULTADOS

1ª ETAPA: SELEÇÃO DO TEMA PARA O JOGO

Diariamente as equipes de Saúde da Família (eSF) atendem idosos em situações de vulnerabilidade. Com o aumento deste público, observa-se também a ampliação da necessidade de cuidadores que os auxiliem nas atividades diárias para as quais se tornaram dependentes. Na maioria dos casos, um membro da família encarrega-se da demanda de cuidados, ou seja, é um cuidador informal que assume as responsabilidades de saúde pelo idoso. Portanto, é crucial que o Enfermeiro realize ações de promoção e educação em saúde para que estes cuidadores realizem suas atividades de cuidado com o idoso de maneira segura e efetiva. Observa-se, cada vez mais, o quanto é necessário que as atividades de educação em saúde sejam dinâmicas e chamem a atenção dos usuários para que se tenha maior adesão e, conseqüentemente, melhores resultados.

Sendo assim, foi definido que seria desenvolvido um jogo de tabuleiro para favorecer a educação em saúde com cuidadores informais de idosos. A escolha pelo tabuleiro se deve a que este tipo de jogo permite ao jogador coparticipar a partir de um espaço reflexivo e de interação que favorece a autoeficácia da pessoa, abandonando a abordagem predominantemente paternalista (FERNANDES; ANGELO; MARTINS, 2018). Também foi definido que o conteúdo do jogo seria fruto dos resultados de uma Revisão Integrativa (RI) da Literatura, aliado às experiências das pesquisadoras acerca das necessidades de orientação dos cuidadores informais de idosos.

2ª ETAPA - ESCOLHA DOS CONTEÚDOS ABORDADOS NO JOGO POR MEIO DE UMA RI DA LITERATURA

Esta etapa do projeto foi realizada conjuntamente com uma estudante de graduação em enfermagem que realizou, como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), uma RI sobre as estratégias de cuidado desenvolvidas por cuidadores informais. A RI visa agrupar e sintetizar,

de forma ordenada, as produções e publicações antecedentes da literatura científica a respeito de determinado tema, resultando em evidências científicas que fundamentam as melhores condutas na saúde (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; ZOCHE *et al.*, 2020). A questão norteadora da RI foi: quais as estratégias de cuidado ao idoso utilizadas por cuidadores informais no domicílio?

A coleta de dados da RI foi realizada no mês de abril de 2020 nas bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e Scopus, utilizando os descritores e operador booleano “AND” das duas seguintes maneiras: “Cuidadores” AND “Assistência Domiciliar” AND “Saúde do Idoso”; “Cuidadores” AND “Assistência Domiciliar” AND “Idoso”. Na base de dados PubMed foram utilizados os respectivos termos no *Medical Subject Heading (MeSH)*: “*Caregivers*”, “*Aged*” and “*Home Nursing*”.

Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis online nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados desde 2006, quando foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Já, os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, artigos editoriais, reflexões teóricas e de revisão.

A seleção foi realizada em duas etapas. Na primeira fase considerou-se a leitura de título e resumo dos artigos para análise; na segunda etapa, os artigos selecionados foram lidos na íntegra e, ao final, obtiveram-se 18 artigos selecionados que compuseram o estudo. A fim de minimizar possíveis vieses de seleção, foi realizada por dois pesquisadores, ou seja, seleção duplo-independente, sendo posteriormente comparadas às fases desenvolvidas para evidenciar possíveis divergências em relação à inclusão dos estudos.

Esses 18 estudos contribuíram para a organização das informações e conteúdo a ser inserido no jogo de tabuleiro proposto, etapa que será detalhada a seguir.

3ª ETAPA: ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

O conteúdo dos artigos selecionados na RI foram utilizados para a escolha dos temas a serem abordados no jogo, sendo eles: prevenção de acidentes, promoção da mobilidade, prevenção de lesões de pele, alimentação, higiene, eliminações, gerenciamento de terapias, aprimoramento de conhecimento para geração do cuidado, gerenciamento da resistência do idoso aos cuidados, controle e avaliação de sinais e sintomas, procura por ajuda profissional, promoção da relação afetiva e relacional do idoso, adaptação da dinâmica familiar e apoio psicossocial.

Percebeu-se que algumas áreas do cuidado, para as quais os cuidadores necessitam orientações específicas, não estavam contemplados nos resultados da RI, bem como as ações de autocuidado do cuidador, que são determinantes para que preste um cuidado de qualidade. Por meio da prática profissional e análise das pesquisadoras, notou-se que se tratava de conteúdos relevantes e necessários para a efetivação de um cuidado integral. Sendo assim, as temáticas, cuidados com dispositivos (sondas) e autocuidado do cuidador, foram incluídas nos conteúdos presentes no jogo.

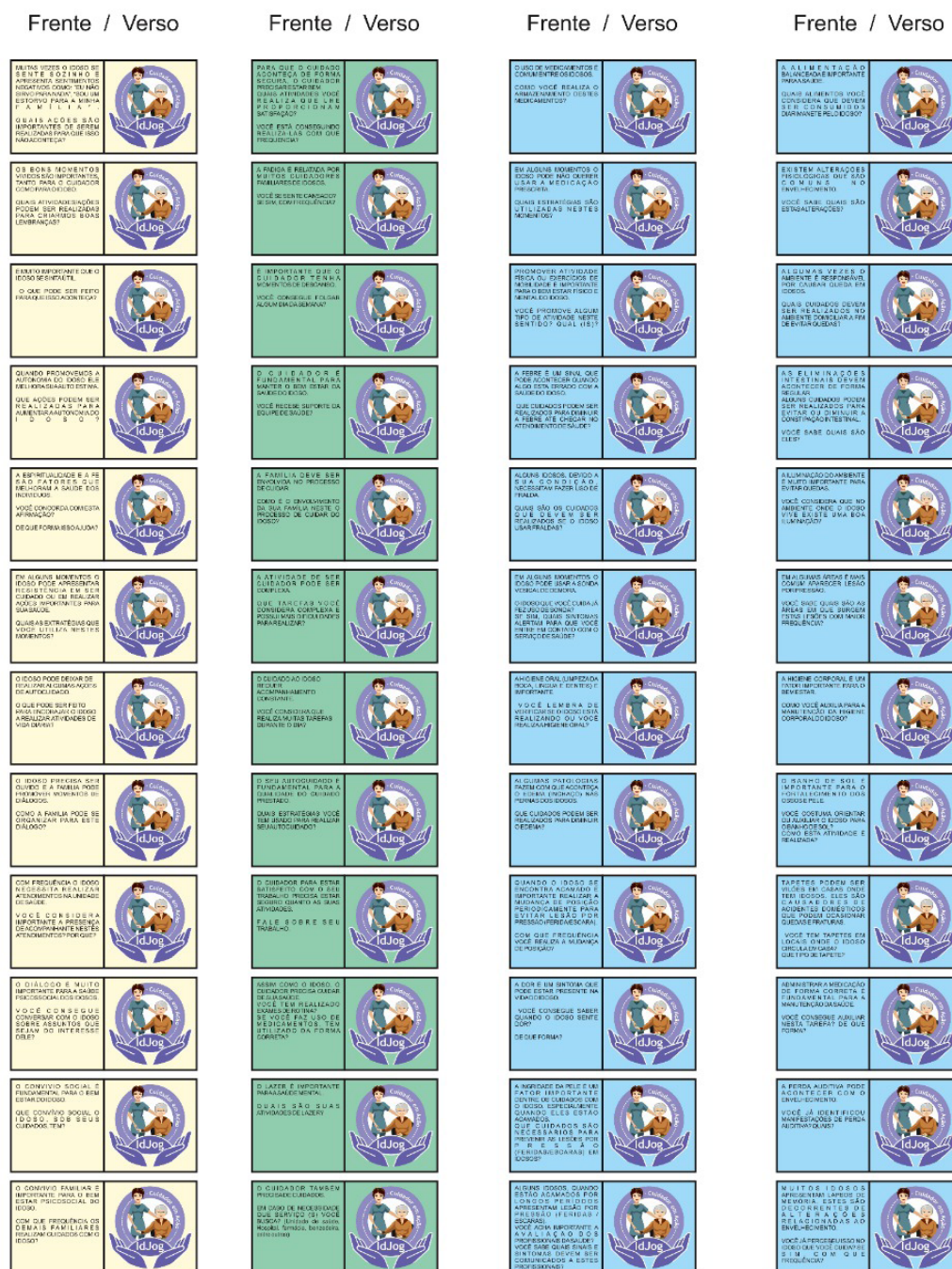
Com a realização da análise dos dados em conjunto com a práxis da enfermagem, optou-se pela divisão do conteúdo em três categorias: cuidados psicossociais, cuidados biológicos e físicos e autocuidado do cuidador.

A escolha das três categorias se deve à importância da abordagem multidimensional, ou seja, abordar as dimensões social e psicológica (categoria 1) e a dimensão fisiológica (categoria 2) do idoso (ARGENTA, 2018). Incluiu-se o autocuidado do cuidador (categoria 3), pois a

experiência da prática profissional mostra que os cuidadores conseguem exercer melhor suas funções, quando se percebem como indivíduos que também necessitam de cuidados.

Como optou-se por um jogo de tabuleiro com cartas, o conteúdo foi abordado através de perguntas em cartas, sendo: 12 cartas com cuidados psicossociais, 24 cartas com cuidados biológicos e físicos e 12 cartas com autocuidado do cuidador, totalizando 48 cartas (Figura 1). A definição do número de cartas se deu pela quantidade de conteúdo abordado em cada categoria, de acordo com dados da RI e da prática clínica dos pesquisadores. Cada carta é composta por uma introdução ao conteúdo que será abordado, seguida por um questionamento.

FIGURA 1: CARTAS DO JOGO DE TABULEIRO (1ª VERSÃO)



Fonte: Elaborado pelas Autoras (2021)

4ª ETAPA: PRODUÇÃO DO JOGO

Nesta fase foram definidas as regras do jogo, o *design*, modelo do tabuleiro, a logomarca, entre outros. Para tal, foram analisados estudos que contemplassem jogos de tabuleiros, tanto com finalidade educativa quanto de entretenimento, bem como normas gerais e objetivos principais dos jogos. Observou-se que a maioria dos jogos educativos são utilizados no meio escolar com alunos e poucos no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) para promover conhecimentos aos usuários das ESF de forma lúdica.

Primordialmente, foi definido um objetivo principal para o jogo, que foi o de percorrer o tabuleiro até chegar ao final. Após definir o objetivo as cartas foram divididas em três cores de acordo com o grupo de cuidados, sendo: cartas amarelas para cuidados biopsicossociais, cartas azuis cuidados biológicos e físicos e cartas verdes para autocuidado do cuidador. A cor da casa em que o jogador cair será correspondente à cor da carta que tirará para responder.

Em cada casa colorida que o jogador parar, deverá tirar uma carta e responder a questão que consta nela; logo após realiza-se a contextualização e explicação sobre o tema em questão. Se o jogador parar em uma casa branca, ele terá que ler a informação mencionada e seguir a orientação.

Após isso, escolheu-se um design para o tabuleiro, (tendo como inspiração o jogo de tabuleiro LUDO), sendo atrativo e colorido, no qual cada cuidador tem uma cor e termina o jogo na sua cor, percorrendo uma parte do caminho em comum com os demais cuidadores, em que podem ocorrer diversas trocas e outra parte sozinho, demonstrando que em alguns momentos do seu cotidiano o cuidador estará desacompanhado. No entanto, o enfermeiro estará sempre ao lado, impedindo que estes cuidadores fiquem desassistidos ou desamparados.

Cada jogador tem em seu caminho 43 casas, das cores azul, verde, amarela e branca. Nas casas brancas, o jogador terá uma indicação referente a cuidados realizados ou não. Dependendo do que está descrito seguirá ou retornará casas. Não há respostas certas ou erradas, o importante é a interação entre o cuidador e o enfermeiro, a fim de proporcionar um ambiente que favoreça a educação em saúde de forma lúdica e dinâmica. Ao final do jogo, quando o cuidador seguirá para as casas da cor correspondente ao seu peão, não terão mais perguntas. Vence quem chegar ao centro do tabuleiro (Figura 2).

Apesar deste jogo permitir a utilização por outros profissionais da saúde, o foco é facilitar a educação em saúde realizada pelo enfermeiro com os cuidadores informais de idosos. O enfermeiro é o responsável por mediar o jogo, respondendo a questionamentos, esclarecendo dúvidas, sugerindo cuidados, ações de educação em saúde necessárias, instigando os participantes a refletir sobre os cuidados realizados e como a falta destes cuidados pode ocasionar danos para o idoso, bem como ressaltar a importância do autocuidado do cuidador.

FIGURA 2: TABULEIRO DO JOGO (1ª VERSÃO)



Fonte: Elaborado pelas Autoras (2021)

Em debate com as demais pesquisadoras, elencou-se um nome para o jogo, que passou a ser denominado de Id Jog - Cuidador em ação. O “Id” refere-se a Idosos, “Jog” ao jogo e o “Cuidador em Ação” ao fato de o cuidador estar em atividade, conversando e aprendendo a respeito do exercício e prestação dos seus cuidados ao idoso, sem esquecer também da necessidade de seu autocuidado.

Após estas definições, as pesquisadoras entraram em contato com um designer para o qual relataram o objetivo do jogo, as ideias de *design* pensadas para o tabuleiro, as cartas e a denominação do jogo. Com isso, através das idealizações mencionadas, o designer construiu uma logomarca para o jogo, o tabuleiro e as cartas.

Nesta etapa também foi definido um manual do jogo, que contém a sua composição, o objetivo e as regras, conforme descrito abaixo.

O jogo é composto por:

- 01 Tabuleiro de 60cmx40cm
- 48 Cartas (12 de cor amarela, 24 de cor azul, 12 de cor verde)
- 01 Dado
- 06 peões (01 azul, 01 amarelo, 01 verde, 01 vermelho, 01 branco e 01 preto)
- 01 manual de instruções

Neste jogo o objetivo é fazer com que o jogador se mova do ponto de partida até a chegada, sendo que cada cor de peão tem um ponto de partida no local da cor correspondente. O caminho do jogo tem como finalidade levantar questões e orientações relevantes a serem discutidas entre os cuidadores participantes e enfermeiro acerca da prestação de cuidados a pessoas idosas. Pode ser jogado individualmente ou em grupo de até seis cuidadores, sob moderação de um enfermeiro. Os cuidadores (peões) percorrerão o tabuleiro.

- As cartas deverão ser separadas, organizadas e empilhadas conforme as cores amarelo, azul e verde.
- Os jogadores lançam o dado e aquele que sortear o maior número inicia.
- O primeiro jogador lança o dado e conforme o número sorteado percorre as casas.

- Conforme a cor da casa, ele retira a carta da pilha de cartas (amarelo, azul ou verde).
- Ele lê e responde a pergunta.
- Depois de responder a pergunta e ocorrer a discussão do assunto entre os envolvidos, a carta é colocada separadamente.
- O jogo segue com o jogador que estiver à direita do primeiro e assim sucessivamente até chegar na última casa do tabuleiro.
- Na reta final, o jogador percorrerá casas correspondentes à cor de seu peão, nestas casas não terá perguntas.
- Ganha quem percorrer todo o tabuleiro e chegar primeiro no centro.
- No tabuleiro existem casas especiais (casa branca) com descrição de cuidados ao idoso que foram ou não executados. Conforme a descrição, o jogador ou cuidador poderá seguir ou retornar casas.
- O tempo para percorrer o tabuleiro dependerá da quantidade de jogadores, sendo estimado em 90 minutos.
- As perguntas oferecidas pelo jogo somam-se às observações realizadas pelo enfermeiro moderador que poderá esclarecer dúvidas e discutir com os demais jogadores ou cuidadores, quando o jogo for realizado em grupo.

Esta foi a primeira versão do jogo que passou pelo processo de validação com juízes especialistas, recebeu melhorias e passou pela validação com o público-alvo. Somente após estes processos, obteve-se a versão final do jogo de tabuleiro *Id Jog - Cuidador em Ação*.

Para ter acesso à versão final do jogo, acesse o QRcode abaixo.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção do jogo de tabuleiro foi um desafio, pois a maioria destes jogos tem como objetivo a formação profissional (utilização por professores e estudantes) e não educação em saúde. Acredita-se que esta tecnologia será importante para promover a educação em saúde dos cuidadores informais de idosos, auxiliando o enfermeiro a ensinar este público de forma lúdica e empolgante.

Espera-se que o *Id Jog: cuidador em ação* auxilie as equipes de eSF e o cuidador, causando um impacto positivo na qualidade de vida dos idosos e cuidadores informais (tanto para o cuidado com o idoso como para o seu autocuidado), bem como que seja uma forma diferenciada para o enfermeiro realizar a educação em saúde.

No conteúdo do jogo são abordadas demandas de cuidado que são orientadas diariamente pela equipe de saúde. Além disso, há a possibilidade de ser jogado individualmente ou em grupo, podendo ser usado em consultório, no domicílio, em grupos, locais em que acontece a troca de experiências entre cuidadores, sendo importante na criação de vínculo com o enfermeiro e com outros cuidadores.

REFERÊNCIAS

ARGENTA, Carla. Modelo Multidimensional de cuidado ao idoso associado aos sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem NANDA I, NIC e NOC. Tese (Doutorado) LUME Repositório Digital UFRGS. Porto Alegre, 2018.

BEZERRA, K. P. Elaboração e validação de jogo educacional para o ensino do desenvolvimento psicológico da criança Tese (doutorado) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CARDOSO, R. S. S., et al. Educational technology: a facilitating instrument for the elderly care. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018;71(suppl 2):786-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0129>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000800786&lng=en&tlng=en. Acesso em: 20 mar. 2021.

DANTAS, I. C. et al. Perfil de morbimortalidade e os desafios para a atenção domiciliar do idoso brasileiro. **Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, v. 20, n.1, p. 93-108, jan-mar. 2017.** Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/download/32058/22192>>. Acesso em: 19 mar. 2021.

D'AVILA, C. G.; PUGGINA, A. C.; FERNANDES, R. A. Q. Construção e validação de jogo educativo para gestantes. **Escola Anna Nery, v. 22, n. 3, p. 1-83, 2018.** DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0300>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000300203&lng=en&tlng=en. Acesso em: 12 abr. 2021.

DEBERT, G. F.; OLIVEIRA, A. M. **A profissionalização da atividade de cuidar de idosos no Brasil.** Revista Brasileira de Ciência Política, nº18. Brasília, setembro - dezembro de 2015, pp. 7-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-335220151801>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-33522015000400007&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 19 mar. 2021.

DINIZ, M. A. A. et al. **Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3789-3798, nov. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.16932016>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103789&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 21 mar. 2021.

DUARTE, Y. A. O.; BERZINS, M. A. V. S.; GIACOMIN, K. C. Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. In: ALCANTARA A. O.; CAMARANO A. A. GIACOMIN K, C, (Org) **Política Nacional do idoso: as lacunas da lei e a questão dos cuidadores.** Rio de Janeiro: Ipea. 2016.

FERNANDES, C. S.; ANGELO, M.; MARTINS, M. M. Giving Voice to Caregivers: a game for family caregivers of dependent individuals. **RevEscEnferm USP. 2018;52:e03309.** DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017013903309>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100427&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 20 mar. 2021.

FERREIRA, D. Q. et al. Jogo de tabuleiro “jogada anti-hipertensiva” para o processo de ensino aprendizagem nos cursos de saúde. In: TEIXEIRA, E. (Org) **Desenvolvimento de Tecnologias cuidativo-educacionais: v. 2.** Porto Alegre: Moriá, 2020.

FERREIRA, J. M. et al. Gerontechnology for the prevention of falls of the elderly with Parkinson. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. Supl 2, p.243-50, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0704>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s2/pt_0034-7167-reben-71-s2-0724.pdf. Acesso em: 20 mar. 2021.

GARBACCIO, J. L. et al. Características e dificuldades do cuidador informal na assistência ao idoso. **Rev Fund Care Online**, v.11, n.3, p.680-686, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.680-686>. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6655>. Acesso em: 20 mar. 2021.

ILHA, S. et al. Active ageing: necessary reflections for nurse/health professionals. **J Res Fundam Care Online. Rio Grande do Sul**, v. 8, n. 2, p. 4231-42, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4231-4242>. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4242>. Acesso em: 19 mar. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto – Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, out.- dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2020.

OLYMPPIO, P. C. A. P.; ALVIM, N. A. T. Board games: gerontechnology in nursing care practice. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018;71(supl 2):818-26. [Thematic Issue: Health of the Elderly] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0365>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000800818&lng=en&tlng=en. Acesso em: 09 de abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Número de pessoas idosas com necessidade de cuidados prolongados triplicará até 2050, alerta OPAS**. 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6036:numero-de-pessoas-idosas-com-necessidade-de-cuidados-prolongados-triplicara-ate-2050-alerta-opas&Itemid=820. Acesso em: 19 mar. 2021.

ROMAN, C. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil: Uma revisão Narrativa. **Clinical Biomedical Research**, v. 37, n. 4, p. 349-357, 2017. DOI: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/2357-9730.73911>. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/73911>. Acesso em: 20 mar. 2021.

SALBEGO, C. et al. Care-educational technologies: an emerging concept of the praxis of nurses in a hospital context. **Rev Bras Enferm**, v; 71, n. Supl 6, p.2666-74, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0753> Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001202666&lng=en&tlng=en. Acesso em: 20 mar. 2021.

SANTOS, D. F. B. et al. Atenção à Saúde do Idoso por cuidadores informais no contexto domiciliar: revisão integrativa. **Sanar: Revista de Políticas Públicas**. Sobral – v.16 n.02, p.77-84, 2017. DOI: <https://doi.org/10.24090/sanar.v16n02.1>

doi.org/10.36925/sanare.v16i2.1181. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1181>. Acesso em: 09 abr. 2021.

SILVA, D. M. L.; CARREIRO, F. A.; MELLO, R. Tecnologias educacionais na assistência de enfermagem em educação em saúde: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, v.11, n.Supl 2, p.1044-51, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/13475/16181>. Acesso em: 09 abr. 2021.

SOUZA, M. S. **Proteção social aos idosos no Brasil de 1988 a 2016: trajetória e características**. Tese (Doutorado) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2018.

TEIXEIRA, E. **Validação de tecnologias educacionais em foco**. 2020. Disponível em: <https://www.retebrasil.com.br>. Acesso em: 21 jul. 2022.

TEIXEIRA E., NASCIMENTO M.H.M. Pesquisa Metodológica: perspectivas operacionais e densidades participativas. In: Teixeira, E, organizador. **Desenvolvimento de Tecnologias cuidativo-educacionais: v2. Porto Alegre: Moriá. 2020**, p. 51-61.

TELES, P. R.S. et al. Desenvolvimento de um jogo educativo para ensino da Assistência ao parto na enfermagem. **Revista Diálogos Acadêmicos**. Fortaleza, v. 6, n. 2, jul/dez. 2017. Disponível em: <http://revista.fametro.com.br/index.php/RDA/article/view/146/154>. Acesso em: 19 fev. 2021.

UNITED NATIONS. World Population Prospects 2019. **Department of Economic and Social Affairs**. 2019. Disponível em: <https://population.un.org/wpp2019/>. Acesso em: 20 fev. 2021.

ZOCHE, D. A. A. et al. Protocolo para revisão integrativa: caminho para busca de evidência. In: TEIXEIRA, E. **Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais: volume 2**. Porto Alegre: Moriá, 2020. p.398.

WILD, C. F. et al. Validação de cartilha educativa: uma tecnologia educacional na prevenção da Dengue. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.72, n.5, p.385-92, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0771>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000501318&tIng=en. Acesso em: 19 fev. 2021.

CAPÍTULO 8

FLUXOGRAMA DE MANEJO DA DOENÇA DIARREICA: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

CARLISE KREIN

LUCIELI DIAS PEDRESCHI CHAVES

LUCIMARE FERRAZ

ARNILDO KORB

INTRODUÇÃO

A doença diarreica possui etiologia multifatorial, sendo associada a diferentes fatores de ordem biológica, sociocultural, ambiental e econômica (GENESIO, 2017). Em decorrência desses fatores, a morbidade causada pela doença apresenta características regionais em relação à sazonalidade e aos diferentes grupos etários afetados. Além da mitigação desses fatores, o manejo adequado dessa doença possui impacto positivo na diminuição da morbidade hospitalar pela doença (BRAND; ANTUNES; SILVA, 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 cartaz “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 norteará o tratamento adotado (BRASIL, 2015). Em consonância a essa classificação, a reidratação venosa que, na maioria dos casos requer a hospitalização do indivíduo, é indicada apenas em casos de desidratação grave. (BRASIL, 2015).

A região de saúde Oeste de Santa Catarina apresentou entre os anos de 2014 e 2018 o maior indicador de hospitalização por doenças diarreicas em comparação às demais 16 regiões do Estado (KREIN;

KORB; ZANATTA, 2019). O fato requer análise mais detalhada, pois a doença diarreica, em geral, possui evolução autolimitada e não apresenta complicações graves ou necessidade de hospitalização.

Diante desse diagnóstico de saúde da região, foi desenvolvido estudo com profissionais de saúde dos seis municípios que apresentaram maior indicador de morbidade hospitalar pela doença dessa região, cujo resultado demonstrou existirem fragilidades no manejo da doença nesses locais. Para subsidiar o enfrentamento, objetivou-se o desenvolvimento de uma tecnologia assistencial para intervenção na problemática. A estratégia utilizada foi a construção de um fluxograma considerando as fragilidades no manejo da doença na região, bem como evidências científicas e de documentos expedidos por órgãos oficiais de saúde do Brasil. Justifica-se a opção pelo fluxograma, tendo em vista a facilidade de manuseio da ferramenta, o não uso de recursos elétricos para sua operação, compreensibilidade das informações por profissionais com diferentes graus de escolaridade, incluindo técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, aspectos que somados proporcionam agilidade em seu uso em serviços com demanda elevada.

A validação do conteúdo e apresentação gráfica das tecnologias assistenciais, educativas ou gerenciais utilizadas é altamente recomendada, pois a torna segura para a utilização e ampliação dos saberes do público-alvo. (VIEIRA; OLIVEIRA; ESTEVES, 2020).

Frente ao exposto, neste capítulo, tem-se como objetivo a descrição da validação de conteúdo do fluxograma de manejo da doença diarreica em serviços de saúde da região Oeste de Santa Catarina.

REVISÃO DA LITERATURA

O manejo adequado da diarreia é essencial para prevenir complicações resultantes da doença (BRAND; ANTUNES; SILVA, 2015). A avaliação apropriada e rápida é fundamental para evitar óbitos, principalmente entre crianças e idosos, impactando na diminuição das hospitalizações. (KUIVANA; PERIN; CHIELLE, 2019; LEVINE *et al.*, 2016).

O Ministério da Saúde do Brasil disponibiliza um documento com orientações sobre manejo adequado da diarreia nos serviços de saúde (BRASIL, 2015). Esse documento apresenta aspectos semelhantes ao algoritmo *Integrated Management of Childhood Illness* (IMCI), utilizado mundialmente para a classificação da diarreia e adoção de planos de tratamento. Dessa forma, as recomendações do Ministério da Saúde do Brasil sobre o manejo da doença são idênticas às dos principais órgãos de saúde mundiais. Entretanto, trata-se de um documento extenso, cuja apresentação visual pode prejudicar sua usabilidade pelos profissionais, considerando a demanda elevada de grande parte dos locais. Ou seja, o conteúdo apropriado poderia incluir a apresentação, em forma sintética e com visual adequado, para favorecer o uso pelos profissionais.

Para tratamento do usuário com diarreia sem desidratação, é indicado o uso de Solução de Reidratação Oral (SRO) no domicílio, conhecido como Plano A. A SRO, nesses casos, é altamente econômica e previne eventos adversos relacionados às terapias venosas (LEVINE *et al.*, 2016). Na identificação de desidratação leve ou moderada (Plano B), o indivíduo necessita ficar no serviço de saúde, ao qual é oferecido a SRO em quantidade necessária e realizada a reavaliação contínua até sua hidratação completa (BRASIL, 2015; LEVINE *et al.*, 2016). Somente em situação de desidratação grave é recomendada a reidratação venosa (Plano C), o que geralmente exige a hospitalização do indivíduo.

Estudo realizado por Oliveira *et al* (2018), com dados de crianças de zero a cinco anos notificadas ou hospitalizadas em decorrência de diarreias, entre os anos de 2010 e 2015 em

Palmas -Tocantins, concluiu que apenas 46,2% haviam recebido prescrição de SRO. Essa situação pode decorrer da falta de confiança dos profissionais de saúde na SRO, o que pode repercutir no aumento da hospitalização pela doença, no aumento de custos do tratamento, em risco de eventos adversos e diminuição na qualidade de vida do indivíduo. (BRAND; ANTUNES; SILVA, 2015; OLIVEIRA, *et al.*, 2018).

Um fluxograma é uma representação gráfica que direciona a uma sequência de rotinas ou procedimentos de maneira analítica, demonstrando os responsáveis envolvidos em cada ação no processo. (DA SILVA; SILVINO, 2018). Nesse sentido, é uma ferramenta que facilita o entendimento do processo de trabalho pelos envolvidos, por permitir uma percepção mais ampliada do evento que está em foco. Por meio de uma simbologia simples, auxilia na promoção do cuidado longitudinal do indivíduo e na organização de etapas, de modo a demonstrar a delimitação de atuação de cada profissional. (PIMENTA *et al.*, 2015).

No âmbito da enfermagem, o fluxograma permite desenvolver roteiros clínicos para a execução de intervenções adequadas às necessidades que requerem reavaliação contínua do paciente, identificação de novas necessidades para o ator dos cuidados planejar a intervenção seguinte, considerando características singulares e não permitindo cuidados padronizados que não consideram fatores individuais. (MOTA; CRUZ; COSTA, 2016).

Os principais objetivos do fluxograma envolvem a padronização dos métodos e procedimentos administrativos, considerando as singularidades envolvidas nos processos, além de propiciar a rapidez na descrição dos métodos, facilitar a leitura, entendimento e visualização integrada do processo, apresentar fatores mais importantes e questões críticas e identificar possibilidades de melhoria. (DA SILVA; SILVINO, 2018).

As representações do fluxograma devem ser simples, de rápida compreensão, com conexão entre todas as etapas, ilustrando início e fim do processo de forma bem definida e, para otimizar o resultado, a construção do fluxograma deve envolver os profissionais que conhecem todo o processo a ser representado. (PIMENTA *et al.*, 2015). Nessa perspectiva, o fluxograma foi elaborado de acordo com o referencial teórico de Pimenta e colaboradores. (2015).

Fluxogramas são tecnologias assistências e gerenciais importantes para os serviços de saúde. O termo “tecnologia” geralmente é associado aos materiais concretos e, na área da saúde, é associado a setores com amplo aparato tecnológico, por exemplo, unidades de terapia intensiva (PEREIRA *et al.*, 2016). Contudo, tecnologia é caracterizada por Nietzsche (2000) como o resultado da concretização do processo de pesquisa e experiência prática, com desenvolvimento de produtos e conhecimentos, com vistas a intervir em uma situação prática. Nessa perspectiva, as tecnologias assistenciais se constituem dispositivos utilizados pelos profissionais para mediar o cuidado com o paciente do serviço em qualquer patamar de atenção em saúde. (TEIXEIRA; MOTA, 2011).

A validação de tecnologias utilizadas nos serviços de saúde nas diferentes modalidades (assistenciais, educacionais ou gerenciais) é recente no Brasil (TEIXEIRA; MOTA, 2011). Grande parte dos materiais utilizados não são testados previamente, o que gera o risco de divulgação de ferramentas com conteúdo ou diagramação inadequadas, que pode comprometer a sua efetividade e sua usabilidade pelo público-alvo.

É relevante, também, que as tecnologias sejam desenvolvidas com base em estudos metodológicos tendo etapas participativas, no intuito de instituir um processo participativo e inclusivo do público-alvo. (TEIXEIRA; MOTA, 2011).

MÉTODO

O processo de elaboração e validação do fluxograma tratou-se de um estudo metodológico, com interface participativa (TEIXEIRA; MOTA, 2011). A totalidade do estudo foi desenvolvida em cinco etapas: diagnóstico situacional; revisão de literatura; elaboração do fluxograma; validação de conteúdo e da semântica; avaliação com o público-alvo. Nesse manuscrito descreveremos a etapa de validação de conteúdo da tecnologia assistencial.

Em relação ao conteúdo da tecnologia, inicialmente, foi descrita a definição da doença e sua classificação conforme o período de duração dos sintomas (aguda, persistente e crônica). Em consonância a cada classificação, são descritos os aspectos que devem ser considerados na anamnese do paciente. No caso da diarreia crônica, é apresentado um quadro com a classificação das diferentes causas fisiológicas (osmótica, secretora, esteatorreica, inflamatória, causada por dismotilidade e factícias), seus respectivos sinais e possíveis causas de cada apresentação, que incluem desde intolerância alimentar a medicamentos, ou podem ser originadas por ampla variedade de patologias de etiologia física e psicológica. (BURGERS; LINDBERG; BEVIS, 2020). Em seguida, o fluxo de todas as classificações de diarreia segue para o exame físico do paciente. Essa avaliação, que identifica o grau de desidratação do paciente, define o plano de tratamento que deve ser adotado (Plano A, Plano B ou Plano C). Nesse item, além do tratamento inerente a cada plano, são descritas as orientações que devem ser fornecidas ao paciente ou cuidador, como práticas de higiene pessoal e domiciliar, ingestão de líquidos e alimentos e sinais de alerta da doença.

O processo de validação confere pertinência social e científica à tecnologia avaliada (TEIXEIRA; MOTA, 2011), tanto que, após o desenvolvimento, o fluxograma foi submetido à validação por juízes do conteúdo e da aparência.

Para seleção dos juízes de conteúdo foi realizada uma busca na Plataforma Lattes com utilização das palavras-chave “diarreia” e “validação”, para identificação de autores com estudos publicados sobre o tema e que atendiam a somatória mínima de três pontos, conforme critérios ilustrados no Quadro 1.

QUADRO 1: CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO E PARTICIPAÇÃO DOS JUÍZES DO CONTEÚDO E PONTUAÇÕES CORRELATAS.

Critérios para Seleção de Juízes de Conteúdo	Pontuação
Ser doutor	4 pontos
Possuir tese na área de interesse*	2 pontos
Ser mestre	3 pontos
Possuir dissertação na área de interesse*	2 pontos
Possuir artigo publicado em periódico indexado sobre área de interesse*	1 pontos
Possuir prática profissional (clínica, ensino ou pesquisa) recente, de no mínimo, cinco anos na área de interesse*	2 pontos
Ser especialista na área de interesse*	2 pontos

Fonte: Dos autores, adaptado de Joventino (2013)

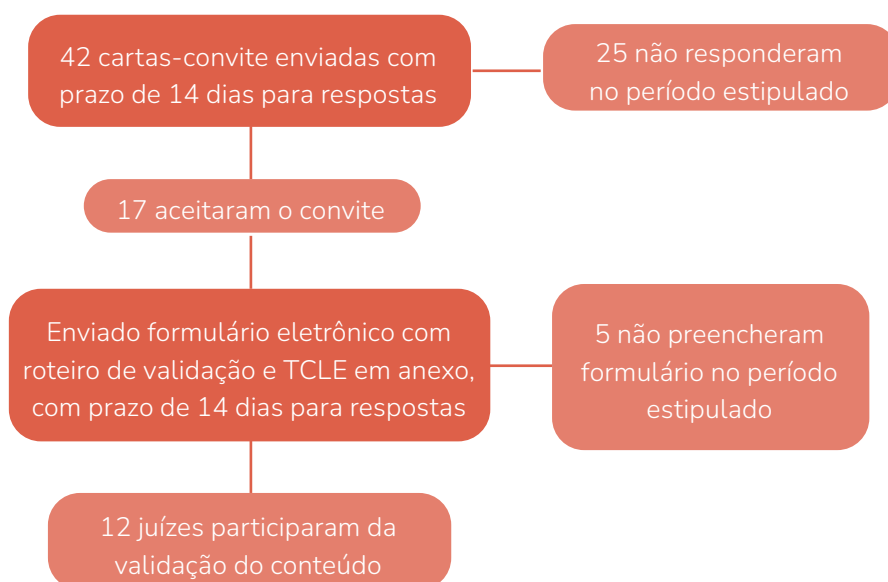
*Área de Interesse: Diarreias/Doenças Infecciosas e parasitárias/Saúde da Família/ Saúde Coletiva

Com utilização dos critérios mencionados, foram selecionados 42 pesquisadores de diferentes regiões brasileiras, para os quais foi enviada mensagem no endereço eletrônico (e-mail) assinalados por eles em estudos publicados. O período de envio das cartas-convite aos juízes foi de 22 a 28 de fevereiro de 2021. Desse total, 17 selecionados responderam no prazo estipulado (14 dias), aceitando a participação na validação da tecnologia. Em seguida, foi enviado outro e-mail com questionário desenvolvido com a utilização da ferramenta *Google drive*, em que na parte inicial foi apresentado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual depois de assinalado afirmativamente, seguia para a secção seguinte. A segunda secção solicitava o preenchimento de informações do juiz participante, tendo aspectos voltados à idade, gênero, formação e atuação profissional.

Para inserção na plataforma *Google Drive*, foi necessária a segmentação do fluxograma em quatro partes, denominadas Parte 1, Parte 2, Parte 3 e Parte 4, visto que não seria possível a ampliação de determinada parte do fluxograma para visualização pelo juiz. A estratégia possibilitou sugestões dos juízes direcionadas a partes específicas da ferramenta.

O roteiro disposto no questionário apresentava três categorias de blocos para avaliação de conteúdo (objetivos, organização e relevância), com total de 15 aspectos do constructo avaliados. A formulação do roteiro de validação da tecnologia e a definição do número de juízes de conteúdo seguiu metodologia utilizada por Teixeira e Mota (2011), que recomendam a avaliação do produto por 9 a 15 juízes especialistas. O período estipulado para o preenchimento do questionário após o envio também foi de 14 dias. Cinco participantes não completaram o preenchimento em tempo hábil. Dessa forma, a tecnologia foi avaliada por 12 juízes de conteúdo, conforme ilustrado na Figura 1.

FIGURA 1: SELEÇÃO DOS JUÍZES DE CONTEÚDO PARA VALIDAÇÃO DE FLUXOGRAMA SOBRE O MANEJO CLÍNICO DA DIARREIA, 2021.



Fonte: Dos autores, 2021

Para cada um dos aspectos apresentados no roteiro, era obrigatório o preenchimento da valorização considerada adequada pelo juiz, tendo as opções Totalmente Adequado (1), Adequado (2), Parcialmente Adequado (3) e Inadequado (4). Em caso de o juiz considerar a valorização “3” ou “4”, era habilitada a necessidade de descrição da justificativa de sua escolha e registro

de sugestões para melhoria desse aspecto da tecnologia. As pontuações obtidas na validação pelos juízes foram analisadas, quantitativamente, pela organização e processamento, havendo a utilização de planilha da ferramenta Microsoft Excel (2013). Para o cálculo do Índice de Validação de Conteúdo (IVC), realizou-se a soma dos aspectos com valorização de “1” e “2”, sendo esse número dividido pelo total de respostas para esse aspecto. O instrumento foi considerado validado com IVC de 0,70 ou maior para cada aspecto e bloco avaliado, ou seja, concordância de 70% dos participantes sobre a adequabilidade do item analisado. (TEIXEIRA; MOTA, 2011).

Ao findar do processo de validação pelos juízes, em caso de avaliações convergentes, foram adotadas integralmente; em duas situações, os juízes participantes registraram sugestões incoerentes com as orientações dos órgãos oficiais de saúde do Estado e país e literatura sobre o tema. Dessa forma, os fragmentos do texto foram readequados com as informações sobre o tema descritas nas literaturas citadas.

Para a apresentação dos dados relacionados à idade dos juízes participantes, foi realizado cálculo da média aritmética e desvio padrão populacional da comparação entre valores de idade informados. O valor do desvio padrão expressa o grau de dispersão do grupo de dados da média.

O estudo foi aprovado por comitê de ética em pesquisa com seres humanos no dia 24 de novembro de 2020, sob o parecer nº 4.416.958. O estudo foi conduzido de acordo com a resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 e 510 de 7 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade média dos juízes foi de 38,66 anos, com desvio padrão de 13,35 anos, sendo mulheres em sua maioria (91,7%). O tempo de formação informado foi entre dois (menor tempo informado) a 38 anos (maior tempo informado). Na análise dos dados relacionados à titulação máxima do juiz, todos os participantes apresentavam pós-graduação *Stricto Sensu*, sendo 75% doutorado e 25% mestrado; dentre esses mestres, 2/3 estavam cursando doutorado no período de desenvolvimento da etapa. Desses, sete juízes eram docentes, quatro atuavam na assistência e um atuava na gestão de serviço de saúde. Considerou-se que, a participação de juízes das diferentes áreas de atuação (docência e pesquisa, assistencial e gerencial) trouxe grandes contribuições ao processo de avaliação da ferramenta, visto que possibilitou a análise nas perspectivas inerentes aos diversos cenários de atuação em relação à atenção à doença diarreica.

Além disso, os juízes participantes da validação da tecnologia representaram as diferentes regiões brasileiras, tendo quatro com atuação profissional na região Nordeste (Maranhão, Ceará, Rio Grande do Norte e Pernambuco), três do Norte (Amapá), três do Centro-Oeste (Distrito Federal e Mato Grosso), um do Sul (Santa Catarina) e um juiz do Sudeste (São Paulo).

Visto que a seleção dos juízes teve como critérios de inclusão, entre outros (Quadro 1), a realização de publicação de estudo sobre o tema no país, sem critérios em relação à região de atuação; a análise dos dados sobre o local de atuação dos juízes participantes demonstrou, de forma nítida, que a realização de pesquisas relacionadas à doença diarreica está concentrada principalmente na região Norte e Nordeste do país. Em análise temporal entre os anos de 2000 e 2015 sobre a morbimortalidade por diarreias no país, identificou-se que o evento, tanto de hospitalizações, quanto de mortalidade pela doença predominou nas regiões Norte e Nordeste no período. (KUIVANA; PERIN; CHIELLE, 2019).

A partir dos resultados obtidos na avaliação dos juízes, foi efetuada a análise e o cálculo de IVC para cada bloco e respectivos aspectos avaliados (Quadro 2). O cálculo do IVC mensura o índice de concordância dos juízes e afere com precisão o fenômeno estudado.

QUADRO 2: ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO (IVC) DE BLOCOS E ASPECTOS DE VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DE FLUXOGRAMA

1. OBJETIVOS Referem-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização do fluxograma.	IVC	Sugestões dos juízes	Adequações após a validação
1.1) As informações/conteúdos são coerentes com as necessidades do indivíduo com diarreia?	1,0	1.1.1 Na Parte 1- Menos de 14 dias, fazer, também, exame de fezes.	1.1.1 Sugestão acatada parcialmente Realizar investigação laboratorial de agente etiológico prioritariamente em casos graves (diarreia sanguinolenta, febre > 38,5°C, mais de 6 eliminações fecais/dia, dor abdominal severa, doentes idosos ou imunodeprimidos) e em pacientes hospitalizados;
1.2) As informações/conteúdos são importantes e coerentes para o processo de manejo da doença pelo profissional?	1,0	1.2.1 No início, surgiu a dúvida se era somente para crianças e qual a faixa etária, mas no decorrer do fluxograma foi possível compreender. Não sei se caberia uma apresentação prévia ao fluxograma.	1.2.1 Sugestão acatada totalmente. Fluxograma desenvolvido com base em resultados de estudo metodológico com interface participativa sobre morbidade por doença diarreica em seis municípios da região de saúde Oeste de Santa Catarina com maior indicador de hospitalização pela doença. A ferramenta é destinada ao manejo da diarreia em todas as fases do ciclo da vida e com base em documentos do Ministério da Saúde do Brasil, estudo recentes disponíveis na literatura nacional e internacional e protocolo do Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (COREN-SC) sobre o tema.
1.3) A tecnologia assistencial está adequada para ser usada por qualquer profissional que trabalhe com o atendimento do paciente com diarreia (enfermeiro técnico de enfermagem (TE) e médico)?	1,0	1.3.1 Incluir definição sucinta de Surto.	1.3.1 Sugestão acatada totalmente. Surto: Aumento do número de casos de doença diarreica acima do limite esperado para a população envolvida naquele período e localidade, indicando alteração do padrão. Em caso de surto, realizar investigação com fichas disponíveis em site da DIVE/SC.
1.4) Pode circular no meio científico da área?	1,0	Não foram registradas sugestões relacionadas a esse aspecto	
1.5) Atende aos objetivos de instituições que atuam/ trabalham com o manejo de paciente com diarreia?	1,0	1.5.1 Acrescentar na Parte 3 - Plano de tratamento B - higiene banheiro (vaso sanitário ou outro local de evacuação)	1.5.1 Sugestão foi acatada totalmente
IVC GLOBAL DO BLOCO	1,0		
2 . ORGANIZAÇÃO]Refere-se à forma de apresentar as orientações. Isso inclui organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação.	IVC	Sugestões dos juízes	Adequações após a validação
2.1) O fluxograma é uma ferramenta apropriada para síntese de informações sobre o manejo da doença?	1,0	2.1.1 Parte 1: No losango invertido referente à duração de sintomas, sugiro reítrir "dias de" e a redação iniciar por "Duração dos sintomas" visto que a resposta em sequência já está em dias. 2.1.2 Acrescentar outras patologias para o diagnóstico diferencial (não restringir apenas a COVID19). 2.1.3 Explicitar o significado de MDDA (profissionais que não têm prática do manejo de diarreias podem não entender o significado). 2.1.4 Verificar o tempo de duração, visto que o intervalo exposto deixa brechas (Por exemplo: Como enquadrar duração de 29 dias?). 2.1.5 Parte 3: No plano A, exemplificar entre parênteses tipos de alimentos com muitas fibras. 2.1.6 No item "2 - sinais de alerta" sugiro alterar a redação do texto para a informação ficar em ordem direta: "Orientar a procurar o serviço de saúde em caso de não melhora dos sintomas [...]". 2.1.7 Sugiro colocar (06) quando se referir a (6) meses. 2.1.8 Plano B: sugiro colocar o termo médico com a primeira letra maiúscula, conforme padrão dos outros planos. 2.1.9 No item 2 -Durante a reidratação - não fica claro o tempo médio (ou número de vezes a ser reavaliado) para se tomar a decisão de indicar a sondagem.	2.1.1 Sugestão acatada totalmente 2.1.2 Sugestão acatada totalmente. Diagnóstico diferencial: Covid-19 (investigar sintomas respiratórios associados); Apendicite aguda; Apresentação inicial de diarreia crônica, como alergias alimentares ou de medicações (ver Quadro 1). 2.1.3 Sugestão acatada totalmente. Preencher planilha MDDA (Monitorização da Doença Diarreica Aguda) 2.1.4 Sugestão acatada totalmente. Mais de 28 dias DIARREIA CRÔNICA (Provável causa não infecciosa) 2.1.5 Sugestão acatada totalmente. (...) Evitar alimentos gordurosos ou com muitas fibras (Ex. frutas como mamão e melancia, verduras, frutos secos e vegetais como milho, feijão e lentilha) 2.1.6 Sugestão acatada totalmente 2.1.7 Sugestão acatada totalmente 2.1.8 Sugestão acatada totalmente 2.1.9 Sugestão acatada totalmente. 2) DURANTE A REIDRATAÇÃO REAVALIAR O PACIENTE A CADA 30 MINUTOS, SEGUINDO AS ETAPAS DO QUADRO "EXAME FÍSICO" E PESAR A CADA 2 HORAS

2.2) As mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetiva?	0,90		2.2.1 Sugiro aumentar o tamanho da fonte para o plano C. Sugiro que o quadro apresentado para o plano C seja reorganizado, a visualização está comprometida.	2.2.1 Sugestão acatada totalmente
			2.2.2 O formato que foi apresentado aqui no formulário está com a letra muito pequena e dificultou a leitura.	2.2.2 Sugestão acatada totalmente
2.3) As informações apresentadas estão cientificamente corretas?	1,0		Não foram registradas sugestões relacionadas a esse aspecto.	
2.4) O material está apropriado ao nível sociocultural do público-alvo da tecnologia assistencial?	1,0		2.4.1 No item 3: sugiro remover a orientação de "tratamento da água" visto que se refere ao período de permanência no serviço de saúde, em que o paciente/acompanhante geralmente não tem governabilidade sobre isso.	2.4.1 Sugestão não acatada
			2.4.2 No plano C, sugiro colocar (06) horas na última linha.	2.4.2 Sugestão acatada totalmente
2.5) Há uma sequência lógica do conteúdo proposto?	1,0		Não foram registradas sugestões relacionadas a esse aspecto.	
2.6) As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia?	1,0		Não foram registradas sugestões relacionadas a esse aspecto.	
2.7) O estilo da redação corresponde ao nível de conhecimento do público-alvo?	1,0		Não foram registradas sugestões relacionadas a esse aspecto.	
2.8) O tamanho do título e dos tópicos está adequado?	1,0		2.8.1 O tamanho da fonte do texto, especialmente, a parte 3 poderá dificultar a leitura. Ver da possibilidade de retirar alguma informação ou imprimir no modo paisagem ou, ainda, em três folhas distintas A, B e C.	2.8.1 Sugestão acatada totalmente. Impressa em modo paisagem.
			2.8.2 Sugiro apenas adequação no layout (tamanho da letra, cores utilizadas)	2.8.2 Sugestão acatada totalmente
			2.8.3 Alterar a cor do quadro que está no plano C, refazer para melhorar a formatação.	2.8.3 Sugestão acatada totalmente
			2.8.4 A visualização do Plano C ficou prejudicada por conter mais informações, mas o quadro poderia ocupar melhor a área disponível.	2.8.4 Sugestão acatada totalmente
			2.8.5 Na parte 1: verificar representação gráfica internacional de padronização de fluxogramas. Não fica claro o quadro lateral direito e o passo que o leva para a Parte 2. Melhorar conexão entre os elementos da Parte 1, com ordem de ação entre elas.	2.8.5 Sugestão acatada totalmente
			2.8.6 Na parte 2 e 3, verificar contraste de cores para proporcionar boa visualização dos itens, sobretudo a parte C (vermelho com letras pretas).	2.8.6 Sugestão acatada totalmente
IVC GLOBAL DO BLOCO	0,98			
3. RELEVÂNCIA Refere-se às características que avaliam o grau de significação da tecnologia.	IVC		Sugestões dos juízes	Adequações após a validação
3.1) Os temas retratam aspectos-chave que devem ser reforçados?	1,0		Não foram registradas sugestões relacionadas a esse aspecto.	
3.2) A tecnologia assistencial está adequada para ser utilizada como ferramenta no manejo da diarreia por profissionais de saúde?	1,0		3.2.1 Sugiro refazer o quadro do Plano C, digitando as informações para melhorar a nitidez e consequentemente a qualidade.	3.2.1 Sugestão acatada totalmente
			3.2.2 No Plano C a fase de manutenção vai ocorrer na UBS (Unidade Básica de Saúde)? por quantas horas?	3.2.2 Sugestão acatada totalmente. (...) Observar o paciente no serviço de saúde (conforme organização da rede de atenção do município) por pelo menos seis (06) horas. Reavaliar paciente continuamente, pelo menos, a cada hora.
IVC GLOBAL DO BLOCO	1,0			

Os ajustes sugeridos por juiz relacionado à realização de exame (Quadro 2, sugestão 1.1.1- “Menos de 14 dias, fazer, também, exame de fezes”), não foi considerada totalmente pertinente, considerando as orientações dos órgãos oficiais de saúde do Estado e país em relação ao tema (BRASIL, 2015). A orientação quanto a não realização de exames em todos os casos de diarreia aguda está relacionada ao binômio custo-efetividade da ação, visto que grande parte dos episódios da doença são autolimitados. Contudo, a Sociedade Brasileira de Pediatria orienta que a investigação laboratorial da etiologia seja efetuada em alguns casos, tendo como critério a realização do exame na ocorrência de casos graves ou em pacientes hospitalizados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017). Com base nas definições de casos graves descritos na literatura recente sobre o tema, definiu-se como critério para realização de investigação do agente etiológico, a ocorrência de diarreia sanguinolenta, temperatura maior que 38,5°C, mais de 6 eliminações fecais ao dia, dor abdominal severa, doentes idosos ou imunodeprimidos, além de realização de exames em pacientes hospitalizados.

No subitem 2.4.1, quando o juiz menciona: “No item 3: sugiro remover a orientação de “tratamento da água” visto que se refere ao período de permanência no serviço de saúde, em que o paciente ou acompanhante geralmente não tem governabilidade sobre isso”, o item se refere à necessidade de aproveitar a oportunidade para realizar a educação em saúde com o paciente e cuidador. Ou seja, a orientação nesse caso não se restringe ao período de permanência no serviço de saúde, mas, também, aos cuidados que o paciente deve adotar no domicílio após a sua liberação do serviço de saúde. Dessa forma, a sugestão do juiz não foi acatada por não ser considerada pertinente.

Exceto nas situações supracitadas, todas as sugestões dos juízes com expertise no tema foram totalmente acatadas por demonstrarem pertinência para o aprimoramento do construto. É necessário reconhecer as limitações do conhecimento inerentes à tecnologia e admitir outras percepções e saberes é fundamental para desenvolver ferramentas que atendam às necessidades do público-alvo (FERNANDES *et al.*, 2016). Nesse sentido, evita-se a possibilidade do conteúdo apresentado ser embasado, unicamente, na percepção e interesses dos pesquisadores sobre a temática (WILD *et al.*, 2019). Nessa perspectiva, os subprocessos foram adequados para representarem de forma mais precisa o manejo adequado das diarreias.

O IVC total da etapa foi de 0,99. Além disso, foi realizado o cálculo do IVC para cada aspecto e o indicador global para cada bloco. Os juízes de conteúdo atribuíram um Índice de IVC de 1,0 para o bloco “Objetivos”, 0,98 para “Organização” e 1,0 para “Relevância”. Dessa forma, pode inferir-se que houve grande concordância das características da tecnologia assistencial desenvolvida na avaliação dos juízes de conteúdo.

A validação do constructo foi realizada por juízes especialistas no conteúdo com larga experiência na área, tanto na docência e pesquisa, quanto gestão e assistência, assim como elevada titulação acadêmica. Além disso, a participação de juízes atuantes nas diversas regiões do país possibilita a análise de acordo com diferentes perspectivas da ferramenta, considerando dimensões socioculturais e a possibilidade de replicação em outros serviços.

Após a análise e validação da tecnologia assistencial pelos juízes de conteúdo e validade técnica, ela foi encaminhada para o profissional técnico responsável pela diagramação para adequação da ferramenta. Dessa forma, o fluxograma recebeu as adaptações necessárias para facilitar sua ampla utilização por trabalhadores de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de validação com juízes especialistas no conteúdo, com ampla experiência no tema, alto grau de titulação e experiência profissional, possibilitou grandes contribuições à versão final da ferramenta para essa etapa, com base nas sugestões registradas em cada aspecto pelos juízes. A avaliação de cada aspecto do roteiro de validação obteve grau de concordância satisfatório.

Nessa perspectiva, o grande grau de concordância na maioria dos aspectos avaliados pelos especialistas demonstra que o fluxograma poderá contribuir para a tomada de decisões do profissional de saúde frente ao paciente com doença diarreica.

A qualificação da assistência decorrente da introdução do fluxograma na prática assistencial dos profissionais de saúde poderá gerar o aumento na resolutividade da atenção, o que suscitará a melhora da qualidade de vida da população. Além disso, o estudo desenvolvido contribui na medida em que são descritas todas as etapas no processo metodológico da validação do conteúdo, cuja etapa foi fundamental para confiabilidade e validade do produto gerado. Visto que até o momento não há tecnologia assistencial com o mesmo propósito validada no país, a descrição detalhada do processo metodológico poderá contribuir para as áreas de ensino e pesquisa.

Entre as limitações da etapa, identificamos a utilização de formulário eletrônico para validação, o que dificultou a visualização do fluxograma na íntegra, gerando a necessidade de secção da ferramenta em quatro partes. Outrossim, a validação com utilização de formulário eletrônico possibilitou a validação da ferramenta por profissionais de outras regiões com expertise no tema.

O fluxograma foi desenvolvido para a gestão da doença diarreica em serviços públicos de saúde da região Oeste de Santa Catarina. Porém, por ser baseado em documentos e diretrizes amplas, pode ser testado e replicado em outras realidades.

REFERÊNCIAS

BURGERS, K.; LINDBERG, B.; BEVIS, Z.J. Chronic Diarrhea in Adults: Evaluation and Differential Diagnosis. **American Family Physician**, v. 101, n. 8, abril 2020. Disponível em: <http://web-b-ebSCOhost.ez74.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=d8be73a5-8cef-41a8-ad76-b-c2a42bb356b%40sessionmgr101>. Acesso em 17/03/2021.

BRAND, K.G.; ANTUNES, M.M.C.; E SILVA, G.A.P. Diarreia aguda: manejo baseado em evidências. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.91, n.6, nov./ dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572015000800005&lng=en&tlng=en&gathStatIcon=true. Acesso em: 03/14/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartaz. **Manejo do Paciente com Diarreia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsmS.saude.gov.br/bvs/cartazes/manejo_paciente_diarreia_cartaz.pdf. Acesso em: 18/03/2021.

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: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/02_01_2017_21.16.08.f5fd7d29b82782c70892bdb8890ccce.pdf. Acesso em: 01/02/2021

DA SILVA, G. D.; SILVINO, Z. R. **Gestão baseada em evidências: recursos inteligentes para soluções de problemas da prática em saúde**. Curitiba: Editora CRV, 2018.

FERNANDES, C.S.; MARTINS MM, GOMES BP, GOMES JA, GONÇALVES LHT. Family Nursing Game: desenvolvendo um jogo de tabuleiro sobre família. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 33-37, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0033.pdf>. Acesso em: 04/04/2021.

GENESIO, K.C.S. **Fatores de risco nas habitações e a ocorrência de diarreia aguda em crianças assistidas pela Estratégia Saúde da Família de Ilha de Guaratiba, Rio de Janeiro (RJ)**. 2017. 98 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/24090/2/ve_Kelly_Cristina_ENSP_2017.pdf. Acesso em: 01 maio 2021.

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 do Cuidado de Enfermagem no Ciclo da Vida**, 2019, Chapecó. 3. CONGRESSO SUL BRASILEIRO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM E 2. MOSTRA INTERNACIONAL DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NO CICLO DA VIDA. Florianópolis: Editora UDESC, 2019. v. 1. p. 1-195.

KUIAVA, V.A.; PERIN, A.T.; CHIELLE, E.O. Hospitalização e taxas de mortalidade por diarreia no Brasil: 2000-2015. **Revista Ciência e Saúde**, v. 12, n. 2, Abr./jun. 2019. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/32022>. Acesso em: 17/03/2021.

JOVENTINO, E.S. **Elaboração e validação de vídeo educativo para promoção de autoeficácia materna na prevenção de diarreia infantil**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/8307/1/2013_tese_esjoventino.pdf. Acesso em 18/04/2021.

LEVINE, A.C. *et al.* External validation of the DHAKA score and comparison with the current IMCI algorithm for the assessment of dehydration in children with diarrhoea: a prospective cohort study. **Lancet Global Health**. Published Online, August 22, 2016. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2214109X16301504?token=B502C788B374870021F5BA199706A23DC9B5DEEE4F4C1A-258BAF8F47A3D4566BBAA261361F3630BAF13D68EE0B88750D>. Acesso em: 14/03/2021.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOTA, L.A.N.; CRUZ, M.A.S.; COSTA, C.A.O. Gestão do regime terapêutico - construção de fluxo-grama de apoio à tomada de decisão: estudo qualitativo. **Revista de Enfermagem Referência**, v.16, n.11, p. 71-79, 2016. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832016000400008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12/03/2021.

NIETSCHE, E.A. **Tecnologia emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem?** Ijuí (RS): UNIJUÍ, 2000.

OLIVEIRA, L. A. *et al.* Relação entre diarreia infantil e hospitalização por desidratação. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 16, n.3, p. 157-9, abr-jun 2018. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:_hKAGfUorO8J:www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/download/356/320/+&cd=29&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=br. Acesso em: 19/03/2021.

PEREIRA, D.S. *et al.* A tecnologia como ferramenta promotora da saúde. In: SANTOS, Zélia Maria S. A.; FROTA, Mirna A.; MARTINS, Aline B. T. E-book: **Tecnologias em saúde: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado**. Fortaleza, CE, ed. 01, 2016. Disponível em: <http://www.uece.br/eduece/dmdocuments/Ebook%20-%20Tecnologia%20em%20Saude%20-%20EBOOK.pdf>. Acesso em: 17/03/2021.

PIMENTA, C. A. de M. *et al.* Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Guia Para Construção De Protocolos Assistenciais De Enfermagem. São Paulo: COREN/SP, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Diarreia aguda: diagnóstico e tratamento. **Sociedade Brasileira de Pediatria**. Nº 1, Março de 2017. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/03/Guia-Pratico-Diarreia-Aguda.pdf. Acesso em: 09/04/2021.

TEIXEIRA, E., MOTA, V.M.S.S. (org). **Tecnologias Educacionais Em Foco** - Série Educação Em Saúde. v. 2. São Paulo: Difusão Editora, 2011.

VIEIRA, A. de S.; OLIVEIRA, A.P.P; ESTEVES, A.V.F. Cartilha sobre prevenção de traumas e pessoas idosa no contexto domiciliar. In: TEIXEIRA, E. (Org). **Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais**. v. 2, Porto Alegre: Moriá, 2020.

WILD, C.F. *et al.* Validação de cartilha educativa: uma tecnologia educacional na prevenção da dengue. **Rev. Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v. 72, n. 5, p. 1318-1325, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000501318&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21/04/2021.

CAPÍTULO 9

FLUXOGRAMAS DE ENFRENTAMENTO DO ASSÉDIO MORAL: TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS E INSTRUMENTOS DE TRABALHO

MAIARA DAÍS SCHOENINGER

LETÍCIA DE LIMA TRINDADE

ELISABETE BORGES

KACIANE BOFF BAUERMANN

LARISSA THIELLE ARCARO

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), a violência no trabalho dos serviços de saúde pode ser classificada como física e psicológica. É evidenciado em estudos que dentre as subdivisões, a agressão verbal é a mais notificada, seguida pelo assédio moral (também chamado de bullying), violência física, discriminação racial e assédio sexual. (EUROFOUND, 2015; DAL PAI *et al.*, 2018; BABIARCZYK *et al.*, 2019; JATIC *et al.*, 2019; NYBERG *et al.*, 2021).

O assédio moral, também conhecido como “*Bullying*” é conceituado como condutas abusivas, em formato de gestos e atitudes que ocorrem de modo repetido, prolongado, sistemático e com a intenção de causar danos, atentando contra a dignidade ou integridade de alguém, ameaçando o emprego e degradando o clima e ambiente de trabalho. (OMS, 2002; NIELSEN; EINARSEN, 2018).

Na maioria dos casos, as formas de intimidação ou práticas vexatórias estão relacionadas à hierarquia de poder, podendo ocorrer de diferentes maneiras: assédio moral vertical descendente - quando praticado pelo superior em direção aos seus subordinados; assédio moral horizontal - quando ocorre entre profissionais da mesma hierarquia; assédio moral vertical ascendente - quando cometido pelo subordinado em direção a um superior e assédio moral misto, quando a violência

estiver, concomitantemente, relacionada a um superior e à colega de trabalho. (NIELSEN; EINARSEN, 2018; KARATUNA; JÖNSSON; MUHONEN, 2020).

Uma revisão da literatura, incluindo 166 artigos relacionados ao bullying nos serviços de saúde, mostrou que o assédio vertical foi o tipo mais prevalente e os perpetradores foram principalmente os gerentes, enfermeiras (os) - chefe ou médicos (as) (KARATUNA; JÖNSSON; MUHONEN, 2020). Certamente vivenciar o fenômeno é uma experiência intensa e traumática, podendo inserir o indivíduo em situações estressoras objetivas e universais, contribuindo com a deterioração da vítima, enfraquecendo o envolvimento na vida organizacional e ocasionando o abandono de emprego. (CHADWICK; TRAVAGLIA, 2017; HASAN *et al.*, 2018; WARSZEWSKA-MAKUCH, 2019; ESCRIBANO; BENEIT; GARCIA, 2019; WUNNENBERG, 2020).

Os índices de assédio moral nos serviços de saúde variam entre 16% e 27% do número total de violências no ambiente de trabalho. (COREN, 2017; SCHAEFER; ZOBOLI; VIEIRA, 2018; NIELSEN; EINARSEN, 2018; STURBELLE *et al.*, 2019).

Visto que o assédio moral não é uma situação controlada pela vítima e que o fenômeno pode ocorrer de modo sutil e invisível, por muitas vezes o incidente anula no indivíduo a possibilidade de identificar imediatamente o abuso ou formas de enfrentamento, causando autojulgamentos, impotência, incapacidade de resistência e ameaçando as necessidades humanas fundamentais e de autoestima da vítima, bem como o reconhecimento da situação. (WARSZEWSKA-MAKUCH, 2019; HAGOPIAN; FREITAS, 2019; WUNNENBERG, 2020).

Nesse contexto, soma-se que o trabalhador assediado se torna duplamente impotente, uma vez que afeta sua percepção quanto à valorização do trabalho e pode gerar, ainda, preocupações financeiras e de autoestima relacionadas à perda do emprego. (EUROFOUND, 2015). Além disso, a negação e compensação são estratégias ativas, levando a uma espiral interminável de agressão e contribuindo para o processo cíclico da violência. (WARSZEWSKA-MAKUCH, 2019).

Diversos são os motivos para o não relato do assédio. Através de estudo realizado em cinco países europeus, ficou evidenciado que, na maioria dos casos, os participantes desacreditavam na denúncia. (BABIARCZYK *et al.*, 2019). Ainda, a maioria dos participantes denunciando relataram que nenhuma ação foi realizada diante do incidente. Um número significativo relatou temer consequências negativas diante do registro. Alguns participantes relatam, ainda, que a violência é esperada ou tolerada e que a denúncia pode ser vista como sinônimo de incompetência. (BABIARCZYK *et al.*, 2019).

Outra revisão sistemática, incluindo 62 artigos relacionados ao contexto de saúde Australiano, evidenciou que o comportamento do agressor pode ser sutil ou dissimulado, dificultando e incapacitando os trabalhadores para identificar o comportamento como bullying. Em virtude disso, os trabalhadores apresentam dificuldades de relatar ou descrever o incidente. (CHADWICK; TRAVAGLIA, 2017).

A necessidade do desenvolvimento de instrumentos que medem o comportamento do bullying, bem como estratégias de enfrentamento específicas é cada vez mais presente (WUNNENBERG, 2020). As instituições e organizações devem direcionar a atenção também para a análise dos danos causados pela violência, além de proporcionar meios e programas de intervenção, abordando o comportamento relacionado ao bullying no local de trabalho. (CHADWICK; TRAVAGLIA, 2017; ESCRIBANO; BENEIT; GARCIA, 2019; WUNNENBERG, 2020). O início precoce de intervenções, que identifiquem os fatores de risco contra o assédio moral, torna-se relevante para o contexto da saúde do trabalhador. (WARSZEWSKA-MAKUCH, 2019).

A macrogestão nos diversos serviços de saúde tem apresentado fragilidades e o impacto disso reflete no trabalhador da ponta (microgestão) que, por vezes, não possui autonomia nem recursos para gerenciar o fenômeno nos serviços de saúde. (FONTANA, 2020). A ausência de procedimentos que formalizem o registro torna o episódio pouco visível ou até mesmo velado e, ainda, impossibilita as vítimas de agirem frente a esse tipo de situação. (SIDHU; PARK, 2018; TRINDADE *et al.*, 2019; BABIARCZYK *et al.*, 2019).

Dentre as revisões de literatura relacionadas à temática do assédio moral nos serviços de saúde, nenhuma delas cita a existência de um fluxograma de ação como estratégia de enfrentamento e educação permanente em saúde para este tipo de incidente. (CHADWICK; TRAVAGLIA, 2017; NIELSEN; EINARSEN, 2018; SIDHU; PARK, 2018; LIU *et al.*, 2019; JOHNSON, 2019; FEIJÓ *et al.*, 2019; KARATUNA; JÖNSSON; MUHONEN, 2020; WUNNENBERG, 2020).

Diante desses aspectos e tendo em vista o quantitativo da força de trabalho advinda do setor da saúde, faz-se necessário instrumentalizar os profissionais de saúde para o manejo e enfrentamento do assédio moral em diferentes contextos assistenciais.

Estas ferramentas foram elaboradas como parte da pesquisa/intervenção da dissertação intitulada “Campanha de prevenção e enfrentamento do assédio moral: uma tecnologia social voltada aos profissionais de saúde”, vinculado ao Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) em coautoria de pesquisadores da Escola Superior de Enfermagem do Porto – Portugal.

OBJETIVO

Relatar a experiência do desenvolvimento de fluxogramas de manejo e enfrentamento do assédio moral nos serviços de saúde.

MÉTODO

Relato de experiência do desenvolvimento de Tecnologias Educativas (TE), em formato de fluxogramas, direcionados ao enfrentamento do assédio moral nos serviços de saúde.

A necessidade da construção das ferramentas surgiu após revisão da literatura acerca da temática, bem como, pesquisa de campo realizada no período de 2016 a 2019 no cenário da Atenção Primária e Terciária em saúde de 23 municípios da região, Oeste e Extremo oeste de Santa Catarina no Sul do Brasil. Além disso, o projeto INT-SO: dos contextos de trabalho à Saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem, um estudo comparativo entre Portugal, Brasil e Espanha, realizado na Europa, nutriu a condução teórica e técnica dos instrumentos.

A produção dos fluxogramas ocorreu de março a novembro de 2020). Ainda, para o desenvolvimento desses dispositivos, primeiramente foi realizada a definição do tema, caracterização do público-alvo e suas necessidades, estudos prévios e análises de ferramentas já existentes e definição do objetivo. Na etapa seguinte, ocorreu o detalhamento e mapeamento do processo, descrição das atividades e ações, identificação das ferramentas e recursos disponíveis nos serviços de saúde e definição das responsabilidades de cada profissional ou trabalhador.

A etapa subsequente foi composta pelo planejamento e avaliação das formas com que as divisões e subdivisões do processo de enfrentamento do assédio moral se conectam e se relacionam. Neste sentido, foram utilizados símbolos e figuras geométricas padronizadas por Tajra (2015) e adaptadas pelas autoras.

A última etapa foi composta por uma análise integrada do processo e de todas as informações levantadas, estimando de modo detalhado o itinerário dos fluxogramas e suas interações. Além disso, foi feita uma reavaliação da necessidade de cada etapa, identifican-

do melhorias e redesenho, além de inconsistências e pontos frágeis. Deste modo, conforme Peinado e Graeml (2007), durante o processo de construção de um fluxograma, os seguintes questionamentos foram feitos “essa atividade é realmente necessária? É possível melhorá-la? Deixá-la mais simples? Essa decisão é realmente essencial? Esse documento ou informação é de fato importante?”.

O *software* utilizado para a construção do instrumento foi o *goconqr* de modo online e gratuito. Por meio dele, foi possível desenvolver um fluxograma com maior agilidade, facilidade e praticidade.

Por intermédio da validação de Tecnologias Educativas (TE) com a participação de especialistas, esses instrumentos são melhorados e otimizados, evitando ainda resultados imprecisos ou medidas tendenciosas. (TEIXEIRA, 2020).

O processo de validação das Tecnologias Educacionais, que compõe os Fluxogramas de ação e enfrentamento do assédio moral nos serviços de saúde, ocorreu mediante cinco etapas, conforme apresentadas no Quadro 1:

QUADRO 1: ROTEIRO PARA VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL – TE.

1º Etapa: Produção da TE.	Desenvolvimento de fluxogramas de manejo do assédio moral/bullying por intermédio dos resultados obtidos na coleta de dados quantitativos e qualitativos.
2º Etapa: Elaboração e encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).	Pesquisa aprovada pelo parecer do Macroprojeto (Pareceres de nº 713.728/2014; nº 2.835.706 2018; nº 3.414.195 2019).
3º Etapa: Seleção dos Juízes e aplicação do Instrumento I – via formulário google forms.	Seleção de juízes com expertise na área temática de saúde pública, gestão, gestão em saúde, saúde do trabalhador e jurídica. Totalizando ao menos 13 Juízes-especialistas.
4º Etapa: Análise e discussão.	As respostas obtidas após a validação dos juízes foram analisadas e acatadas as sugestões consideradas pertinentes.
5º Etapa: Produção da versão final da TE.	Todos os itens que não alcançaram Índice de Concordância - IC de no mínimo 70% foram corrigidos e modificados.

Fonte: Elaborado pelas autoras, adaptado de Teixeira e Mota (2011).

Deste modo, o conteúdo foi validado por pelo menos 13 juízes-especialistas selecionados conforme áreas de interface na proposta, sendo elas: gestão; gestão em saúde; saúde pública; saúde do trabalhador e área jurídica. Para a amostragem dos juízes foi adotada a metodologia não probabilística intencional, técnica de *snowball* (bola de neve). (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Para a seleção dos juízes-especialistas, respeitou-se pelo menos dois dos seguintes critérios: experiência na área com o público-alvo (profissionais e trabalhadores dos serviços de saúde) há pelo menos dois anos; publicações em revistas ou eventos sobre o tema da violência no trabalho; participação em grupo de pesquisa da área ou temática (saúde pública, saúde do trabalhador, gestão em saúde, gestão); publicações em revistas ou eventos sobre construção e validação de TE; graduação em direito; ser especialista (*lato-sensu* ou *stricto sensu*) nas áreas citadas anteriormente. Ainda, foram excluídos juízes que aceitaram avaliar, mas preencheram o instrumento de forma incompleta.

Os juízes foram contatados por meio do correio eletrônico, bem como aplicativo do *WhatsApp*. Após o aceite, o questionário contendo o *link* de acesso às TE foi enviado via formulário do *Google Forms*. A análise dos dados foi realizada por pontuação da escala *Likert* descrita como: 1 – Totalmente Adequado; 2 – Adequado; 3 - Parcialmente Adequado; 4 - Inadequado. Foi realizada, também, a análise de conteúdo das sugestões dos juízes-especialistas. A vali-

dação seguiu uma concordância mínima de 70% (TEIXEIRA, 2020). Este índice é calculado por intermédio do somatório de concordância dos itens marcados como “1” e “2”, dividido pelo total de respostas.

Para determinar o cálculo do Instrumento de Validação do Conteúdo (IVC) do fluxograma foi utilizada a seguinte fórmula:

$$\text{IVC} = \frac{\text{Número de Respostas 1 e 2}}{\text{Número total de Respostas}}$$

O quadro 2 compõe o instrumento de validação dos fluxogramas pelos juízes-especialistas.

QUADRO 2: INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO – FLUXOGRAMA DE AÇÃO E ENFRENTAMENTO DO ASSÉDIO MORAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Nome da TE: Fluxograma de Ação e Enfrentamento do Assédio Moral nos Serviços de Saúde					Data:
Caracterização do juiz-especialista					
Código/Pseudônimo:	Idade:	Formação:	Profissão:		
Titulação (maior):	Área de Especialização:	Local de Trabalho:			
Área de atuação:	Anos de experiência na área de atuação:				
Instruções: Por gentileza, leia minuciosamente o fluxograma e em seguida analise o instrumento de avaliação atribuindo uma nota em cada item avaliado, correspondendo ao grau de concordância (nota). Dê sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente seu grau de concordância em cada critério abaixo, considerando: 1- Totalmente Adequado 2- Adequado 3- Parcialmente Adequado 4- Inadequado Nas indicações de opções “3” e “4”, por gentileza, descrever no espaço destinado (logo abaixo da pergunta) o motivo ou sugestão pelo qual considerou essa opção.					
Objetivos: propósitos, metas ou finalidades	1	2	3	4	
1. Contempla a temática proposta					
2. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado					
3. Proporciona reflexão sobre o tema					
4. Proporciona mecanismos de prevenção e enfrentamento					
Estrutura/Apresentação: organização e estratégia.	1	2	3	4	
5. Linguagem adequada ao público-alvo					
6. Demonstra sequência e interação entre as atividades					
7. Sequência lógica de ideias					
8. Mostra os passos necessários para ação diante do fenômeno					
9. O conteúdo esclarece conceitos					
10. Informações corretas					
11. Informações objetivas e esclarecedoras					
12. Utilização de símbolos correta					
13. Utilização de legenda correta					
14. Melhora a compreensão do processo					
15. Temática atual e pertinente					

Relevância: significância, impacto, motivação e interesse	1	2	3	4
16. Orienta quanto a medidas de prevenção e enfrentamento				
17. Auxilia no cotidiano dos profissionais/trabalhadores				
18. Orienta, informa e sensibiliza quanto à temática				
19. Facilita a consulta em caso de dúvidas sobre a temática				
20. Pode ser utilizado como fonte de informação e análise crítica				
21. Amplia a visibilidade do tema				
22. Pode ser considerado um instrumento de trabalho				
Nº do item/Motivo/Sugestão se opção “3” ou “4”:				

Fonte: Elaborado pelas autoras, adaptado de Teixeira *et al.* (2020) e Leite *et al.* (2018).

Por intermédio da validação de uma TE com a participação de especialistas, esses instrumentos são melhorados e otimizados, tornando-os mais confiáveis e seguros (TEIXEIRA, 2020) e evitando, ainda, resultados imprecisos ou medidas tendenciosas (LEITE *et al.*, 2018).

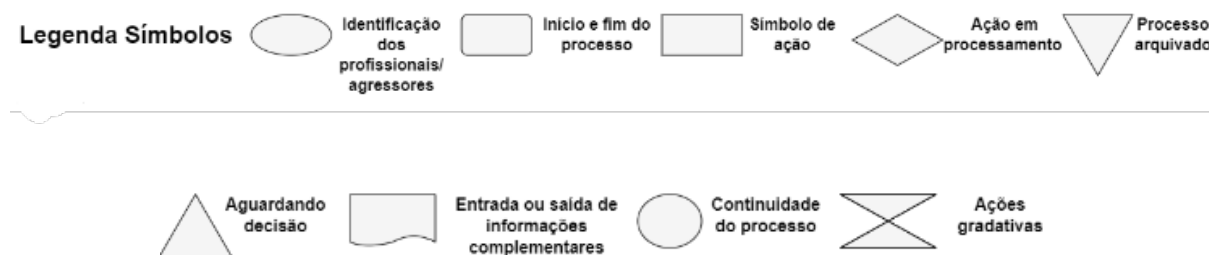
Os direitos autorais da obra foram encaminhados para registro junto à Biblioteca Nacional na versão Português e Inglês.

RESULTADOS

Apresentam-se a seguir as etapas que contêm os “Fluxogramas de Ação e Enfrentamento do Assédio Moral nos Serviços de Saúde”; deste modo, a compreensão de um processo complexo que é o assédio moral tende a ser facilitada.

Os Fluxogramas iniciam no ponto em que identificam uma potencial ocorrência de assédio moral e é finalizado no ponto em que a denúncia é resolvida e o processo arquivado. As figuras geométricas que orientam o processo foram adaptadas por Tajra (2016) (Figura 1).

FIGURA 1: LEGENDA E SÍMBOLOS UTILIZADOS



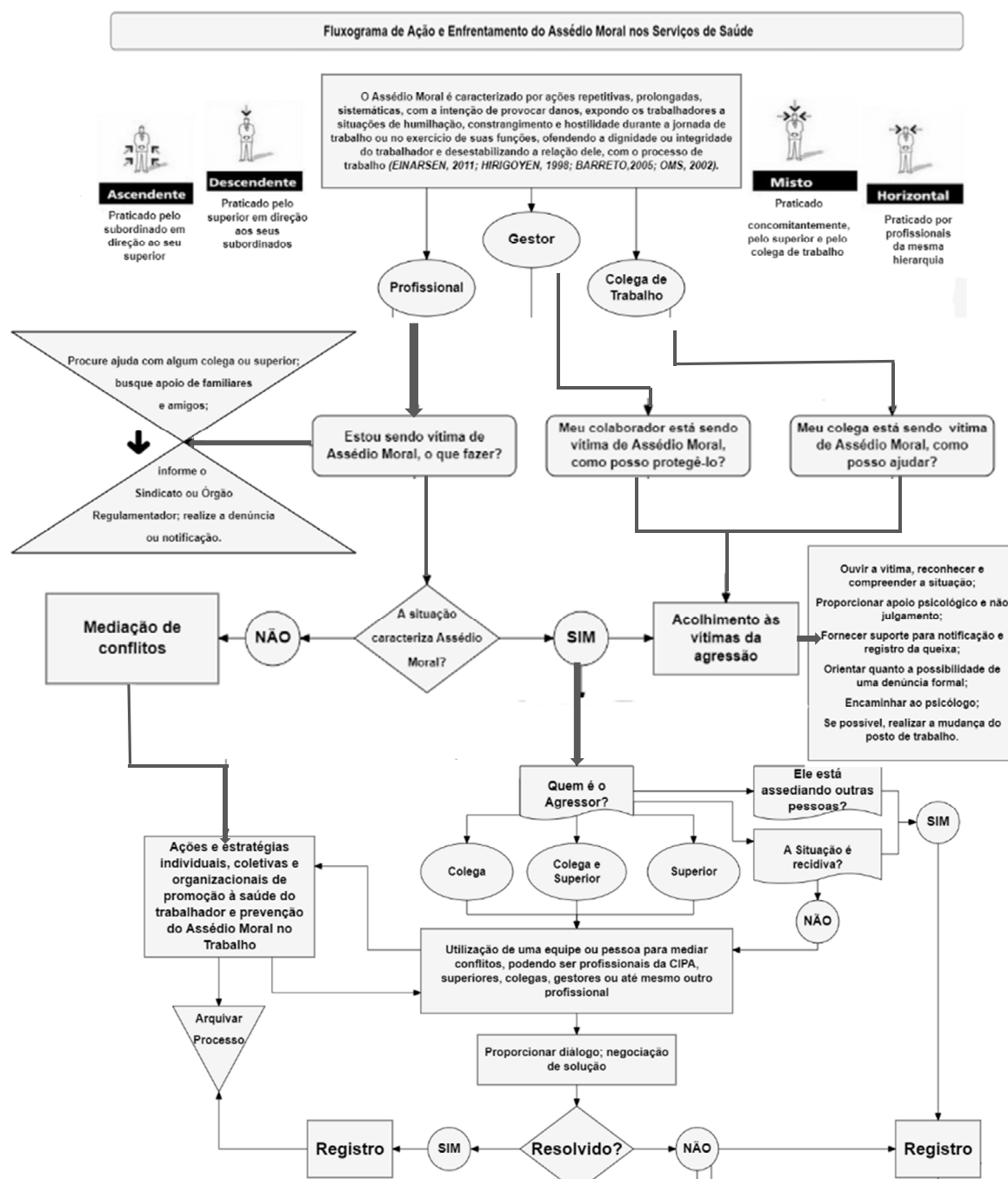
Fonte: Elaborado pelas autoras, adaptado por Tajra (2016).

No primeiro fluxograma, (Figura 2), a ferramenta esclarece o conceito de assédio moral e bullying e as formas como ele ocorre no ambiente laboral. Em seguida esclarece o papel de cada profissional e trabalhador (vítima, colega de trabalho, gestor/superior) diante desse tipo de situação. Nos casos em que a vítima deseja agir imediatamente, este fluxograma orienta quanto aos primeiros passos para o enfrentamento como: procurar ajuda com colegas de trabalho ou superior; buscar o apoio de familiares e amigos; comunicar o setor de recursos humanos; utilizar a Ouvidoria Municipal (quando houver); informar o seu sindicato ou órgão regulamentador e realizar a notificação ou denúncia formal.

Já, em relação às testemunhas, o dispositivo proporciona ações de acolhimento à vítima, como: ouvir a vítima, reconhecer e compreender a situação; proporcionar apoio psicológico; em nenhuma hipótese, expor a vítima à represália de qualquer natureza; assegurar o sigilo das informações recebidas; se possível, solicitar alteração de lotação ou posto de trabalho. Neste sentido, a ferramenta possibilita a avaliação prévia das características do evento.

Em seguida, é possível identificar o agressor, a possibilidade do envolvimento de outras vítimas, avaliação de recorrência do incidente, tentativas de mediação de conflitos que contemplem ações e estratégias individuais, coletivas e organizacionais de promoção à saúde do trabalhador e prevenção do assédio moral no trabalho e o registro da violência.

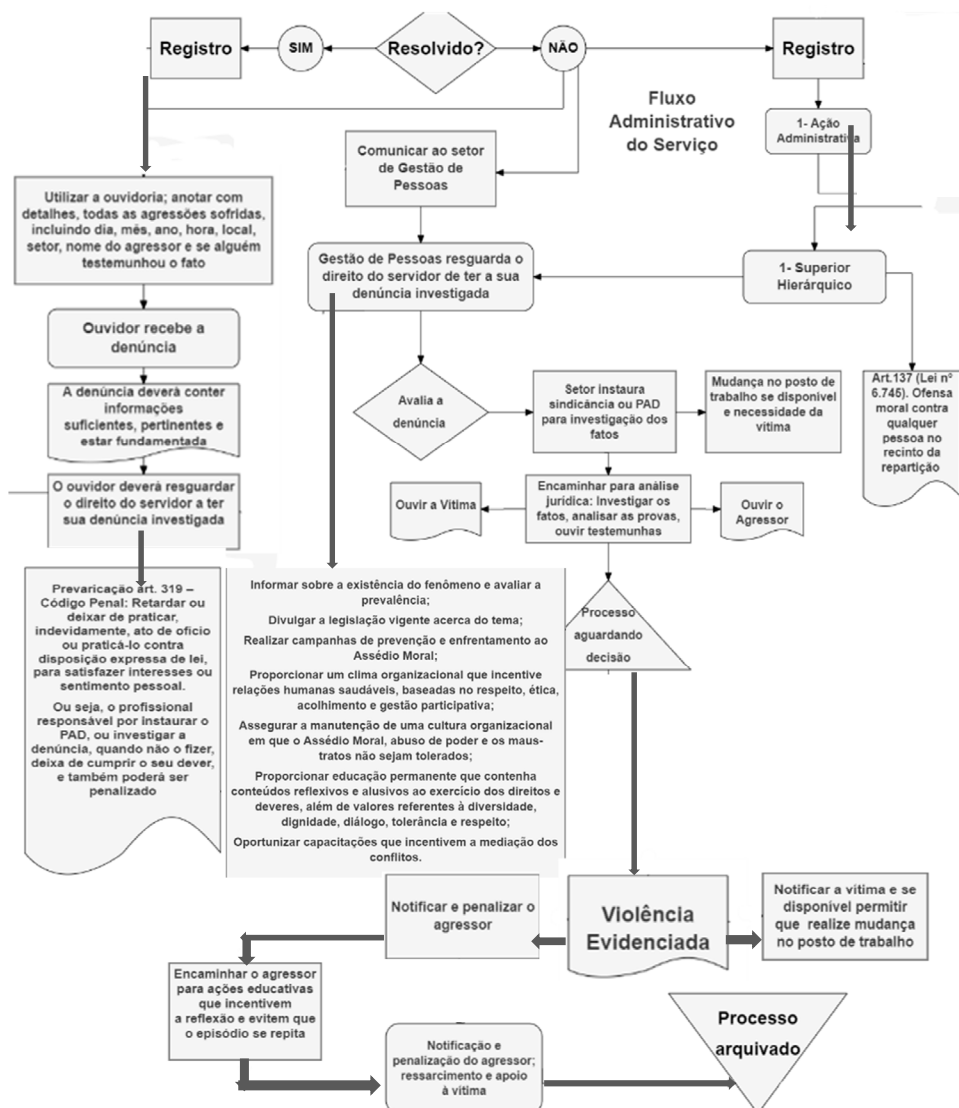
FIGURA 2: FLUXOGRAMA 1- IDENTIFICAÇÃO PRÉVIA DO FENÔMENO E PRIMEIROS PASSOS PARA O ENFRENTAMENTO



Fonte: Elaborado pelas autoras (2020)

O segundo fluxograma é caracterizado pela oficialização da denúncia e início do processo por meio de fluxo administrativo (Figura 3). O processo administrativo é caracterizado por uma sequência de atividades realizadas nos serviços públicos, com o objetivo de alcançar efeitos de situações previstas em lei. (BRASIL, 2019).

FIGURA 3: FLUXOGRAMA 2 - FLUXO ADMINISTRATIVO DO FLUXOGRAMA DE

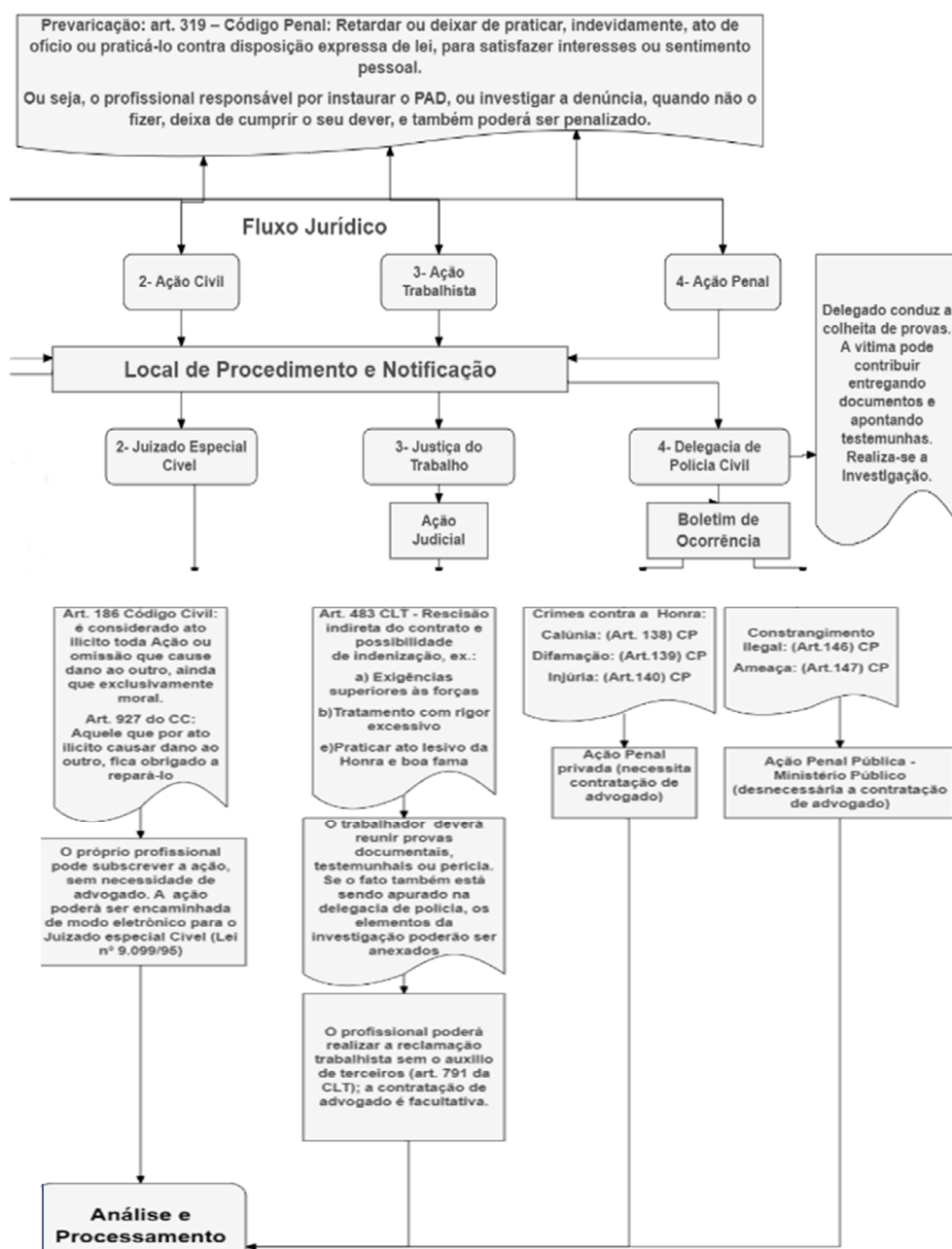


AÇÃO E ENFRENTAMENTO DO ASSÉDIO MORAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

Fonte: Elaborado pelas Autoras (2020)

O terceiro fluxograma (Figura 4) é subdividido em ações civis, trabalhistas e penais (no Brasil) e, internacionalmente, de acordo com a legislação local de cada país. Essas ações judiciais envolvem uma série de procedimentos formais que transformam a denúncia em um processo.

FIGURA 4: FLUXOGRAMA 3 – FLUXO JURÍDICO DO FLUXOGRAMA DE AÇÃO E ENFRENTAMENTO DO ASSÉDIO MORAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

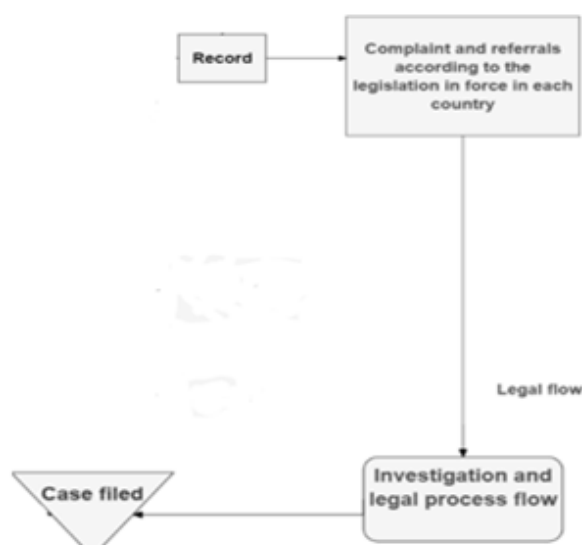


Fonte: Elaborado pelas Autoras (2020).

Após inúmeras avaliações, reflexões e questionamentos, o processo dos Fluxogramas foi detalhado de modo que informe, sensibilize e permita que o profissional saiba direcionar suas condutas e atitudes frente a situações de assédio moral no contexto dos serviços de saúde.

O fluxograma foi desenvolvido na versão nacional (língua portuguesa) e internacional (língua inglesa); a segunda versão contempla as mesmas etapas, entretanto no que se refere a ações jurídicas, a ferramenta deverá ser adaptada de acordo com a legislação de cada país.

FIGURA 5: 3ª ETAPA - FLUXO JURÍDICO INTERNACIONAL



Fonte: Elaborado pelas Autoras (2020)

Cabe ainda mencionar que os Fluxogramas de Ação e Enfrentamento do Assédio Moral nos Serviços de Saúde foram elaborados a partir de uma pesquisa em um contexto, podendo, se necessário, serem adaptados de acordo com a singularidade de cada local e, deste modo, pretendem simplificar o processo, otimizar tempo, estabelecer ações resolutivas de situações de assédio moral e aumentar a satisfação do profissional em relação a como o episódio foi gerido. Entende-se que esses dispositivos devem ser o ponto de partida para a elaboração de estratégias organizacionais de manejo, enfrentamento e prevenção do fenômeno.

Seguindo a metodologia de bola de neve, os fluxogramas foram validados por 18 juízes-especialistas, com aproximadamente 37,5 anos (variando de 25 a 49 anos), em sua maioria mestres e doutores totalizando 55,6% e 44,4% especialistas, atuantes nas áreas de Saúde Pública/coletiva (44%), Saúde do Trabalhador/Enfermagem do Trabalho (27,8%), Gestão (38,9%) e Gestão em Saúde (38,9%) (esta questão permitia a seleção de mais de uma resposta). Destes, 27,7% atuavam em universidades públicas e comunitárias, 27,7% na Atenção Primária à Saúde (APS), 22,5% na Atenção Terciária em Saúde (ATS), 16,6% no tribunal de justiça ou advocacia e 5,5% em uma determinada regional de saúde. Os participantes apresentaram aproximadamente 11 anos de experiência na área de atuação, variando entre 2 e 21 anos. Participaram da pesquisa especialistas com formação base em enfermagem, psicologia, fisioterapia, direito e administração.

Em relação ao primeiro bloco relacionado aos **objetivos, propósitos, metas e finalidades** dos fluxogramas, o IVC totalizou 0,98, ou seja, 98% de concordância entre os juízes-especialistas. O segundo bloco relacionado à **estrutura, apresentação, organização e estratégia**, apresentou um nível de concordância de IVC de 0,97 = 97%. O terceiro bloco destinado a **relevância, significância, impacto, motivação e interesse**, atingiu um nível de concordância entre os juízes de 0,99 = 99%. Totalizando, o IVC final da validação do Fluxograma de ação e enfrentamento do assédio moral nos serviços de saúde foi de 0,98, ou seja, 98% de concordância entre os juízes-especialistas.

Após a validação dos fluxogramas, para melhor interpretação das fases, bem como do fenômeno, desenvolveu-se ainda, um guia complementar deste instrumento, intitulado de: “Assédio Moral no Trabalho, e agora? Instrumentaliza (ação) dos profissionais dos serviços de saúde frente ao fenômeno”.

FIGURA 6: CAPA GUIA COMPLEMENTAR “ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO, E AGORA? INSTRUMENTALIZA (AÇÃO) DOS PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE FRENTE AO FENÔMENO



DISCUSSÃO

Os fluxogramas foram construídos com uma base sólida de publicações científicas nacionais e internacionais. Durante toda a busca não foi encontrada nenhuma ferramenta de instrumentalização e manejo do fenômeno. Paralelamente a isso, cabe destacar que no contexto das violências, comumente é mostrado em estudos que não há nas instituições medidas protetivas e efetivas de enfrentamento e direcionamento do problema, além disso a subnotificação pode resultar em subestimação da verdadeira extensão do fenômeno. (CAMPO; KLIJN, 2018; LIU *et al.*, 2019; AOKI; GUIRARDELLO, 2019; NYBERG *et al.*, 2021).

Essas estratégias amortecedoras dos efeitos negativos do incidente devem incluir respostas não punitivas, círculos restaurativos e conferências que promovam o comportamento pró-social, evidenciando a necessidade de reconstruir relações sociais e reparar danos (CHADWICK; TRAVAGLIA, 2017; NIVEN; HOEL, 2020). Ambientes laborais onde os comportamentos negativos de hostilidade e assédio são tolerados, proporcionam um desgaste na capacidade da vítima em potencial de lidar com o incidente. (LEYMANN; GUSTAFSSON, 1996).

Com o intuito de esclarecer o conceito de assédio moral ao público-alvo, seu significado foi propositalmente inserido na parte superior e inicial da ferramenta. Em algumas pesquisas, o paciente ou usuário ou acompanhante tem sido identificado como o principal perpetrador desse tipo de violência nos serviços de saúde (CHEUNG; LEE; YIP, 2018; LIU *et al.*, 2019; STURBELLE *et al.*, 2020), o que, por vezes, demonstra equívocos relacionados à percepção do trabalhador com a tipologia do assédio moral.

Em relação à identificação do agressor, uma revisão integrativa aponta que entre as características do perpetrador, destacam-se a ambição pessoal, ciúme, necessidade de poder, ausência de competências, baixa assertividade e baixo equilíbrio pessoal e social. (KARATUNA; JÖNSSON; MUHONEN, 2020).

Destaca-se ainda, nos dispositivos, ações direcionadas ao acolhimento da vítima e meios de prevenir e enfrentar o fenômeno. Uma revisão integrativa apontou que dentre as intervenções eficazes na prevenção e enfrentamento do assédio moral, estão o empoderamento por intermédio da informação, intervenções e estratégias educacionais frente ao bullying, treinamento de assertividade, técnicas de comunicação, modelos de tomada de decisão compartilhada e intervenções que promoveram relacionamentos significativos. (SIDHU; PARK, 2018).

Por fim, o fluxo se encaminha para o registro formal do incidente. Atualmente, a legislação brasileira não prevê especificamente o crime de Assédio Moral. Sendo assim, os instrumentos foram desenvolvidos com um leque de possibilidades de denúncia e notificação, enquadrando a ocorrência do fenômeno em outros crimes. Já, internacionalmente, o instrumento deverá seguir as legislações locais de acordo com cada país. Deste modo, a denúncia pode ocorrer por meio de ações administrativas, civis, trabalhistas ou penais. (BRASIL, 2019).

Em relação ao fluxo administrativo, o trabalhador de saúde deverá comunicar primeiramente o superior hierárquico; caso seja ele o agressor, o servidor poderá entrar em contato com a Ouvidoria Municipal (quando houver) ou dirigir-se diretamente ao setor de Recursos Humanos (ou Gestão de Pessoas), anexar registros ou provas (documentais, testemunhais, periciais) das situações abusivas e efetuar a denúncia. O setor deverá resguardar o direito do servidor de ter a sua denúncia investigada e, por meio de sindicância ou processo administrativo, apurará os fatos e tomará as devidas providências. O processo será encaminhado para análise jurídica que investiga a situação, analisa as provas e ouve as partes envolvidas, incluindo as testemunhas. Constatada a necessidade da vítima e havendo possibilidade, a mudança de posto de trabalho poderá ser sugerida. Se a violência for evidenciada, além de apoiar e ressarcir a vítima, deve notificar-se e penalizar o agressor. O agressor deverá ser encaminhado a ações educativas que incentivem a reflexão e evitem que o episódio se repita. (BRASIL, 1943).

Já, na esfera criminal, atualmente, não prevê especificamente o crime de Assédio Moral. No entanto, as condutas que caracterizam o fenômeno podem se enquadrar em alguns crimes: Código Penal brasileiro: Calúnia: “Art. 138”; Difamação: “Art. 139”; Injúria: “Art. 140”; Constrangimento Ilegal: “Art. 146” e Ameaça: “Art. 147. O local de denúncia neste caso é a Delegacia de Polícia Civil. (BRASIL, 1984).

Em relação à esfera Civil, as situações de assédio moral podem gerar ato ilícito civil, causando danos materiais, morais, estéticos e existenciais. Para buscar o ressarcimento dos danos sofridos, a vítima deve buscar por um advogado ou a Defensoria Pública. Também poderá procurar diretamente o Juizado Especial Cível (no Fórum). Lei: artigos 186, 927 e 944 do Código Civil (BRASIL, 2002).

Na esfera trabalhista, o trabalhador poderá ingressar com ação judicial perante a Justiça do Trabalho, a fim de romper unilateralmente o contrato de trabalho e ser devidamente indenizado (Art. 791 da Consolidação das Leis Trabalhistas). Esse processo é denominado “rescisão indireta” (BRASIL, 1943). Em todas as esferas, o art. 319 – Código Penal Brasileiro deve ser respeitado: Prevaricação – Retardar ou deixar de praticar, indevidamente, ato de ofício ou praticá-lo contra disposição expressa de Lei para satisfazer interesse ou sentimento pessoal (BRASIL, 1984), ou seja, o profissional responsável por instaurar o processo ou investigar a denúncia, administrativa, civil, trabalhista ou penal, quando não o fizer, deixa de cumprir o seu

dever, também poderá ser penalizado. O processo é burocrático, mas, em algumas situações, é essencial para a quebra do processo cíclico da violência. (BRASIL, 2019).

O desenvolvimento dos Fluxogramas demonstra a ordem das ações a serem realizadas em situações de assédio moral e orienta as possíveis decisões, reproduzindo um fenômeno tão complexo e dinâmico de uma maneira simples e objetiva, proporcionando ainda, a informação e reflexão dos profissionais acerca do evento. Diante disso a TE possui como principal objetivo ser mediadora de práticas educativas em comunidade ou, especificamente, para um público-alvo. Esta construção está diretamente envolvida com o processo de cuidar e educar, proporcionando a vivência entre sujeitos e o compartilhamento de conhecimentos diante da crítica, da reflexão, da criação e da transformação. (TEIXEIRA, 2020).

Os Fluxogramas podem também serem considerados como ferramentas de gestão, que permitem a instrumentalização e o empoderamento dos profissionais de saúde e gestores para o manejo e enfrentamento do assédio moral. Sabe-se pelos estudos que são inúmeras as ferramentas e instrumentos materiais e não materiais que subsidiam a prática, o gerenciamento e a organização do processo de trabalho dos profissionais de saúde, avaliando a eficácia das ações e apoiando na tomada de decisão. (OLIVEIRA *et al.*, 2017; AGUILAR, 2019).

Autores afirmam que a utilização de instrumentos no processo de trabalho em saúde melhora a qualidade do serviço e atenção prestada ao usuário e ao trabalhador (NETTO; DIAS; GOYANNA, 2016; HUNTER *et al.*, 2018). A utilização desses dispositivos também é uma alternativa de educação que direciona o indivíduo a uma evolução integral, sendo considerada um instrumento de promoção da educação e democratização da informação e do conhecimento. (PEREIRA; FREITAS, 2018). Além disso, a oferta de tecnologias e dispositivos fortalecem as redes de atenção, podendo ser ferramentas potencializadoras da produção de saúde e da prática do cuidado e da gestão, facilitando os processos de trabalho. (HUNTER, 2018; AZEVEDO, 2016).

Um dos pressupostos da validação é a identificação de ações assertivas para a realidade investigada, melhorando a interpretação do fenômeno (ADAMY *et al.*, 2018). Diante disso, o fluxograma foi validado com o intuito de atender a maior representatividade regional, transformando os profissionais e trabalhadores atuantes nos serviços de saúde, em agentes essenciais e transformadores do processo.

Diversas óticas e pontos de vista distintos foram essenciais para a otimização dos instrumentos. A validação interdisciplinar por intermédio de profissionais das áreas da saúde, gestão, gestão em saúde e jurídica, proporcionou maior inclusão dos atores sociais envolvidos, bem como, melhor entendimento acerca da temática. Nesse sentido, consta na literatura que as ações devem ser pensadas de modo coletivo e estratégico, incluindo profissionais, gestores e academia no engajamento e enfrentamento do assédio moral no trabalho. (NIELSEN; EINARSEN, 2018).

O índice de IVC do fluxograma totalizou 0,98 (98%) de concordância entre os juízes-especialistas, considerando os instrumentos aptos para serem utilizados. A validação destes materiais por peritos, objetiva aperfeiçoá-los e torná-los mais confiáveis e seguros (MOREIRA *et al.*, 2014), proporcionando rigor tecnológico e legitimando-os. (SIQUEIRA *et al.*, 2020).

Por se tratar de um recurso para o gerenciamento do fenômeno, bem como ferramentas que proporcionam aos profissionais autonomia diante de situações de assédio moral, os Fluxogramas poderão ser amplamente divulgados nos serviços de saúde. Além disso, possibilitam uma ampla discussão durante as reuniões de equipe, proporcionando momentos de convivência, afinidade e permitindo a participação de inúmeros agentes do cuidado, sendo considerado um dispositivo democrático.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Fluxogramas de Ação e Enfrentamento do Assédio Moral nos Serviços de Saúde foram validados por juízes-especialistas e registrados junto à Biblioteca Nacional. Por se tratar de um recurso para o gerenciamento do fenômeno, bem como, ferramentas que proporcionam aos profissionais autonomia diante de situações de assédio moral, os fluxogramas poderão ser amplamente divulgados nos serviços de saúde nacionais e internacionais e também discutidos e refletidos durante as reuniões de equipe, proporcionando momentos de convivência e afinidade e permitindo a participação de inúmeros agentes do cuidado, sendo considerados dispositivos democráticos.

Ainda, os fluxogramas foram elaborados de acordo com a realidade regional brasileira, podendo, se necessário, serem adaptados de acordo com a singularidade de cada local e, deste modo, pretende simplificar o processo, otimizar tempo, estabelecer ações resolutivas de situações de assédio moral e aumentar a satisfação do profissional em relação a como o episódio foi gerido. Entende-se que esses dispositivos devem ser o ponto de partida para a elaboração de estratégias organizacionais de manejo, enfrentamento e prevenção do fenômeno.

Os desafios do mundo dinâmico e contemporâneo, as transformações das práticas e a complexidade do ser humano, exigem que hajam alternativas reflexivas e eficazes de enfrentamento da violência laboral. Diante desse cenário, observa-se a importância de desenvolver intervenções intersetoriais e multidisciplinares que reduzam e enfrentem o assédio moral nos serviços de saúde.

De uma maneira geral, a experiência de desenvolver fluxogramas de ação frente a situações de assédio moral foi desafiadora e de vasta reflexão e planejamento, permitindo a identificação de nós críticos nesse processo. Diversas ações foram pensadas de modo lógico, temporal e em sequência, conectadas a inúmeros agentes envolvidos e tendo como principal intuito o esgotamento das possibilidades e possíveis desdobramentos de uma temática tão complexa.

Acredita-se, ainda, que com os Fluxogramas será possível instrumentalizar profissionais, trabalhadores, gestores, educadores, usuários e acadêmicos para o manejo do fenômeno neste contexto e, deste modo, por intermédio da Tecnologia Educacional e instrumento de trabalho, diminuir danos causados pela violência ocupacional, preservar os direitos e a cidadania dos indivíduos e construir um ambiente de trabalho mais saudável.

REFERÊNCIAS

ADAMY, EK *et al.* Validação na teoria fundamentada nos dados: rodas de conversa como estratégia metodológica. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 6, p. 3121-6, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0488>

AGUILAR P. S. *et al.* The Spanish Network of agencies for health technology assessment and services of the national health system (RedETS). **Int. J. Technol Assess. Health Care**, v. 35, n. 3, p. 176-180, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0266462319000205>.

AOKI, R. N.; GUIRARDELLO, E. B. Bullying in the nursing work environment: integrative review. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 40, e20190176, p. 1-11, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190176>.

AZEVEDO, I. C. G. **Fluxograma como ferramenta de mapeamento de processos e controle de qualidade de uma indústria de confecção.** In: XII Congresso Nacional de Excelência em gestão. 2016. Disponível em: http://www.inovarse.org/sites/default/files/T16_M_024.pdf. Acesso em 2 de fevereiro de 2021.

BABIARCZYK, B. *et al.* Violence against nurses working in the health sector in five European countries: pilot study. **Int J Nurs Pract.**, v. 25, p. 224-232, 2019. DOI: <https://doi-org.ez74.periodicos.capes.gov.br/10.1111/ijn.12744>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assédio Moral no Trabalho Atitudes para mudar.** Confederação Nacional dos Trabalhadores em Saúde, 4. ed., Brasília/DF: 2019. Disponível em <https://cnts.org.br/wp-content/uploads/2018/12/CARTILHA-ASSEDIO-2018-002-capa.pdf>. Acesso em 13 de janeiro de 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.406 de janeiro de 2002.** Institui o Código Civil. Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm. Acesso em 9 de janeiro de 2021.

BRASIL. **Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984.** Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República Casa Civil, 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1980-1988/L7209.htm#art1. Acesso em 16 de Maio de 2020.

BRASIL. **Lei nº 5.452 de 1 de maio de 1943.** Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Brasília, DF: Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1943. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/10708868/artigo-483-do-decreto-lei-n-5452-de-01-de-maio-de-1943>. Acesso em 2 de fevereiro de 2020.

CAMPO, V. A. R.; KLIJN, T. P. Abuso verbal e assédio moral nos serviços de atendimento pré-hospitalar no Chile. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, p. 11-22, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2073.2956>.

CHADWICK, S.; TRAVAGLIA, J. Workplace bullying in the Australian health context: a systematic review. **Journal of Health Organization and Management**, v. 31, n. 3, p. 286-301, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1108/JHOM-09-2016-0166>.

CHEUNG, T.; LEE, P. H.; YIP, P. S .F. The association between workplace violence and physicians' and nurses' job satisfaction in Macau. **PLoS ONE**, v. 13, n.12, p. 44-56, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207577>.

COLUCI, M. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300925 >. Acesso em 8 de janeiro de 2021.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem. **Violência no trabalho**: guia de prevenção para os profissionais de enfermagem, São Paulo/SP: 2017. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wpcontent/uploads/2018/01/PDF-site-2.pdf>. Acesso em 15 de março de 2020.

DAL PAI, D. *et al.* Violência física e psicológica perpetrada no trabalho em Saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v. 27, n. 1, p. 30-31, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018002420016>.

ESCRIBANO, R. B.; BENEIT, J.; GARCIA, J. L. Violence in the workplace: some critical issues looking at the health sector. **Heliyon**, v. 5, n. 3, p. 2405-8440, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e01283>.

EUROFOUND. **Sexto inquérito europeu sobre as condições de trabalho**: relatório de visão geral. Luxemburgo: Serviço de Publicações da União Europeia, 2015. Disponível em: <https://www.eurofound.europa.eu/pt/surveys/european-working-conditions-surveys/sixth-european-working-conditions-survey-2015>. Acesso em 6 de fevereiro de 2021

FEIJÓ, F. R. *et al.* Risk Factors for Workplace Bullying: A Systematic Review. **International journal of environmental research and public health**, v. 16, n. 11, p. 345-362 2019. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16111945>.

FONTANA, R. T. A violência no cotidiano de trabalho da enfermagem. **Revista Vivências**, Erechim, v. 16, n. 30, p. 99-114, 2020. DOI: <https://doi.org/10.31512/vivencias.v16i30.85>.

HAGOPIAN, E. M.; FREITAS, G. F. Moral harassment in the nurses' experiences: phenomenological perspective. **Rev Enferm. UFPE**, v. 13, p. 1-9, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239781>.

HASAN, M. I. *ET AL.* Iceberg of workplace violence in health sector of bangladesh. *Bmc Res Notes*, v. 11, n. 702, p. 1-6, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3795-6>.

HUNTER, A. *et al.* Eupati guidance for patient involvement in medicines research and development: health technology assessment. *Front Med.*, v. 5, n. 231, p. 1-10, 2018. DOI: <https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00231>.

JATIC, Z. *et al.* Frequency and Forms of Workplace Violence in Primary Health Care. **Medical archives**, v. 73, n. 1, p. 1-10, 2019. DOI: <https://10.5455/medarh.2019.73.6-10>

JOHNSON, S. L. Workplace bullying, biased behaviours and performance review in the nursing profession: a qualitative study. **J Clin Nurs.**, v. 28, n. 9, p. 1528-37, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.14758>.

KARATUNA, I.; JÖNSSON, S. MUHONEN, T. Workplace bullying in the nursing profession: a cross-cultural scoping review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 111, P. 1-19, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103628>.

LEITE, S. S. *et al.* Construction and validation of an Educational Content Validation Instrument in Health. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, n. 4, p. 1635-41, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0648>.

LEYMANN, H.; GUSTAFSSON, A. Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorders. **European Journal of Work and Organizational Psychology**, v. 5, n. 2, p. 251-275, 1996. DOI: <https://doi.org/10.1080/13594329608414858>.

LIU, J. *et al.* Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. **Occupe Environ Med.**, v. 76, n. 12, p. 927-937, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/oemed-2019-105849>.

MOREIRA, R. P. *et al.* Diagnóstico de enfermagem estilo de vida sedentário: validação por especialistas. **Texto Contexto Enferm.**, v. 23, n. 3, p. 547-54, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000590013>.

NETTO, J. J. M.; DIAS, M. S. A.; GOYANNA, N. F. Uso de instrumentos enquanto tecnologia para a saúde. **Saúde em Redes**, v. 2, n. 1, p. 65-72, 2016. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n1p65-72>.

NIELSEN, M. B.; EINARSEN, S. V. What we know, what we do not know, and what we should and could have known about workplace bullying: An overview of the literature and agenda for future research. **Mental Health Weekly Digest**, v. 42, p. 71-83, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.06.007>.

NIVEN, K., NG, K.; HOEL, H. 'I could help, but . . .': a dynamic sensemaking model of workplace bullying bystanders. *Sage Journals*, v. 73, n. 12, p.1718-1746, 2020. DOI: <https://10.1177/0018726719884617>.

NYBERG, A. *et al.* Workplace violence and health in human service industries: a systematic review of prospective and longitudinal studies. **Medicina Ocupacional e Ambiental**, v. 78, p. 69-81, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/oemed-2020-106450>.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde**, Genebra: 2002. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em 12 de dezembro de 2019.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência**, São Paulo/SP: Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo, 2014. Disponível em: <http://nevusp.org/relatorio-mundial-sobre-a-prevencao-da-violencia-2014/>. Acesso em 27 de outubro de 2019.

OLIVEIRA, S. A. *et al.* Ferramentas gerenciais na prática de enfermeiros da atenção básica em saúde. **Rev. Adm. Saúde**, v. 17, n. 69, p. 1-20, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.69.64>.

PEINADO, J.; GRAEML, A. R. Administração da Produção: Operações Industriais e de Serviços. Curitiba: UnicenP, 2007.

PEREIRA, L. C. B.; FREITAS, C. C. Educação na tecnologia social: análise de experiências. **R. Tecnol. Soc.**, v. 14, n. 30, p. 105-120, jan./abr. 2018. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rts>. Acesso em 20 de fevereiro de 2020.

STURBELLE, I. C. S. *et al.* Workplace violence in Family Health Units: a study of mixed methods. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 6, p. 632-641, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900088>.

STURBELLE, I. C. S. *et al.* Tipos de violência no local de trabalho na saúde da família, agressores, reações e problemas vivenciados. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 73, supl. 1, p. 1-8, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0055>

SIDHU, S.; PARK, T. Nursing curriculum and bullying: an integrative literature review. **Nurse Education Today**, v. 65, p. 169-176, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.03.005>.

SIQUEIRA, A. F.; *et al.* Validation of a handbook on suicide prevention among students: talking is the best solution. **Rev Rene**. v. 21, p. 1-8, 2020. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202142241>.

SCHAEFER, R.; ZOBOLI, E. L. C. P.; VIEIRA, M. Sofrimento moral em enfermeiros: descrição do risco para profissionais. **Texto contexto - Enferm.**, v. 27, n. 4, p. 1-10, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004020017>.

TAJRA, S. F. **Gestão de qualidade e excelência na saúde**. In: Tajra, S.F. Gestão em Saúde. 1 ed. São Paulo: Érica, 2016.

TEIXEIRA, E. (org). *et al.* **Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais**: volume 2. Porto Alegre: Moriá, 2020. 398 p.

TRINDADE, L. L. *et al.* Agressão verbal no trabalho da enfermagem na área hospitalar. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 21, n. 54333, p. 1-8, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v21.54333>.

WUNNENBERG, M. Psychosocial Bullying Between Nurse Educators: Exploring Coping Strategies and Intent to Leave. *Journal of Nursing Scholarship*, v. 52, p. 574-582, 2020. DOI: <https://doi-org.ez74.periodicos.capes.gov.br/10.1111/jnu.12581>.

WARSZEWSKA-MAKUCH, M. Coping with stress caused by workplace bullying: umbrella review. **Me-dycyna pracy**, v. 70, n. 2, p. 249-257, 2019. DOI: <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00758>.

CAPÍTULO 9

STORYBOARDS PARA PRODUÇÃO DE VÍDEOS SOBRE O CUIDADO DOMICILIAR À CRIANÇA EM USO DE TRAQUEOSTOMIA

DIANA AUGUSTA TRES

ELISANGELA ARGENTA ZANATTA

RAFAEL GUE MARTINI

BEATRIZ ROSANA GONÇALVES DE
OLIVEIRA TOSO

INTRODUÇÃO

A traqueostomia é um procedimento cirúrgico realizado na traqueia cervical, que tem por objetivo levar o ar aos pulmões e eliminar as secreções por meio da abertura de um orifício e colocação de uma cânula. Em crianças, pode ser realizada em qualquer faixa etária. O procedimento em pacientes pediátricos está relacionado ao aumento da sobrevivência de recém-nascidos prematuros e daqueles que requerem ventilação prolongada. (AVELINO *et al.*, 2017).

A necessidade de realização de uma traqueostomia na criança depende de vários fatores: intubação e ventilação mecânica prolongadas, anomalias congênitas, malformações pulmonares e cardíacas, insuficiência pulmonar crônica, doenças neurológicas, trauma cervical, malformações craniofaciais e alterações anatômicas e funcionais da laringe. (SCHWEIGER *et al.*, 2017).

Em estudo realizado em um hospital do sul do Brasil, a obstrução das vias respiratórias superiores foi motivo de indicação de traqueostomia em 83% dos pacientes pediátricos. Constam no estudo, também, as indicações não obstrutivas que envolvem a falha na intubação e ventilação de longo prazo. (SCHWEIGER *et al.*, 2017).

Após a colocação da traqueostomia no ambiente hospitalar e estabilização do quadro clínico, a criança pode receber alta hospitalar e ir para casa, desde que

tenha a continuidade dos cuidados em domicílio. Dessa forma, os familiares precisam receber orientações claras e preparo adequado para realizar os cuidados diários com a criança nessa condição, além de monitorar cuidadosamente as complicações que podem ocorrer, como a saída acidental ou obstrução da traqueostomia. (KIRCHCHOFF *et al.*, 2020).

No ambiente domiciliar, as equipes de Atenção Domiciliar (AD) são as responsáveis pelo acompanhamento das crianças e pelas orientações aos pais e cuidadores para o cuidado com a traqueostomia. Nesse contexto, pela complexidade que demandam os cuidados às crianças em uso de traqueostomia, o enfermeiro da AD desempenha um papel fundamental no planejamento e coordenação do plano de cuidados no domicílio e nas ações educativas com o cuidador ou familiar. (BRASIL, 2016; ANDRADE *et al.*, 2017).

O cuidado desenvolvido pelo enfermeiro abarca dimensões assistenciais, gerenciais e educativas. Nesse contexto, as ações educativas têm a finalidade de contemplar as necessidades das crianças e seus familiares levando, cada vez mais, a necessidade desse profissional desenvolver tecnologias para fortalecer e qualificar o processo de trabalho nos diferentes cenários de sua atuação, especialmente na AD. (MOREIRA *et al.*, 2018).

Sendo assim, entende-se por tecnologia na área da saúde não somente medicamentos, produtos e equipamentos, mas o envolvimento de saberes e habilidades em procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informação e de suporte, além de programas e protocolos assistenciais. (AZEVEDO *et al.*, 2021). Nietzsche (2000) propõe uma classificação para as tecnologias específicas da enfermagem e as divide em sete categorias: tecnologias do cuidado, tecnologias de concepção, tecnologias interpretativas, tecnologias de administração, tecnologias educacionais, tecnologias de processos de comunicação e tecnologias de modos de conduta.

Nesse contexto, as tecnologias educacionais (TE) se constituem como importantes ferramentas no contexto do trabalho educativo do enfermeiro e sua equipe. As TE são úteis e importantes no planejamento do ensino acerca da assistência de enfermagem, sendo empregadas à população para promover o conhecimento em saúde. (NIETSCHE; TEIXEIRA; MEDEIROS, 2014; SILVA; CARREIRO; MELLO, 2017).

Da mesma forma, as tecnologias de comunicação e informação (TIC), por meio da televisão, rádio, internet, celular, fazem parte do cotidiano da sociedade e sem o uso delas é praticamente impossível pensarmos a comunicação no mundo contemporâneo, uma vez que as TIC favorecem o aprendizado por meio das múltiplas linguagens que envolvem som, texto e imagem. Diante disso, a educação em saúde na era digital exige mudanças nos métodos tradicionais de educar. Assim, o uso das TIC no processo de cuidar e educar facilita a comunicação entre a equipe de saúde e os usuários; fortalece e aproxima os profissionais da população assistida e contribui para a elaboração de projetos terapêuticos com o objetivo de atender as necessidades das pessoas. (BENTO; MODENA; CABRAL, 2018; BORGES, 2019; AZEVEDO *et al.*, 2021).

Dentre as TE, destaca-se o vídeo educativo como produto de apoio e suporte com fins didáticos na mediação do processo de ensino-aprendizagem em diferentes contextos educacionais. O vídeo é uma estratégia didática e tecnológica que propicia o conhecimento e a construção de saberes relacionados à demanda específica de cada usuário ou família cuidadora, podendo ser utilizado em ações de promoção à saúde, prevenção de complicações, desenvolvimento de habilidades, fortalecimento da autonomia e confiança de pacientes e familiares. (CAPES, 2019; STRAGLIOTTO *et al.*, 2017).

Com a popularização dos celulares, *notebooks*, *tablets* e televisores conectados à internet, o vídeo passou a fazer parte da vida das pessoas de forma quase que integral. Assim, um produto audiovisual corresponde à gravação sincronizada de som (áudio), imagem (vídeo) e texto (palavras). Dessa forma, o uso desse recurso no processo educacional tem o propósito de representar imagens em movimento, facilitando, assim, o aprendizado do telespectador, por ser atrativo e chamar a atenção. (KERR *et al.*, 2020; CAMPOY *et al.*, 2018).

Para a produção de um vídeo educativo no âmbito de um trabalho científico, faz-se necessário seguir algumas etapas para garantir o rigor de seu conteúdo e, consequentemente, a sua confiabilidade, sendo elas: elaboração do roteiro e *storyboard*; definição dos instrumentos de coleta de dados; validação do roteiro e *storyboard*; produção do vídeo educativo; avaliação com o público-alvo. (CAMPOY *et al.*, 2018).

Na etapa de pré-produção de um audiovisual, tem-se a criação do roteiro, que consiste na ideia inicial, nos personagens e no diálogo que será abordado. Na sequência, tem-se a elaboração do *storyboard*, que é basicamente uma história em quadrinhos, extremamente importante para a compreensão e realização da obra audiovisual, enquanto uma referência visual para a equipe de produção. (KERR *et al.*, 2020; MOLETTA, 2019).

O *storyboard* é essencial para auxiliar o diretor na produção do vídeo, pois facilita a definição prévia dos enquadramentos. Assim, os desenhos ou imagens que compõem o *storyboard*, são referências visuais no que se refere aos planos, ângulos de câmera, dimensões e proporções da imagem. Não são necessárias imagens de todas as cenas, podem ser incluídas somente as principais, sendo que o *storyboard* permite alterações de última hora durante a produção do vídeo. (MOLETTA, 2019).

Diante do exposto, temos com este estudo o objetivo de relatar a elaboração e validação de um *storyboard* para a produção de uma série de quatro vídeos sobre o cuidado domiciliar à criança em uso de traqueostomia.

MÉTODO

Relato de experiência sobre a elaboração e validação de *storyboards* para a produção de uma série de quatro vídeos sobre o cuidado domiciliar à criança em uso de traqueostomia. Inicialmente, foram realizadas uma revisão integrativa (RI) e uma revisão narrativa da literatura, para subsidiar a construção dos roteiros dos quatro vídeos relacionados aos cuidados domiciliares à criança em uso de traqueostomia.

Os roteiros corresponderam à parte descritiva do conteúdo sobre as técnicas e as orientações que o enfermeiro precisa repassar para pais e cuidadores no ambiente domiciliar para o cuidado da criança em uso de traqueostomia. Os temas abordados no conteúdo dos roteiros foram: cuidados com a pele periestoma, troca de fixação da cânula, administração de oxigênio e nebulização, proteção da cânula de traqueostomia e período de troca (vídeo 01); técnica de aspiração da cânula de traqueostomia de crianças no domicílio (vídeo 02); decanulação ou saída acidental da cânula de traqueostomia de crianças no domicílio (vídeo 03); obstrução da cânula de traqueostomia em crianças no domicílio (vídeo 04).

Para a construção da história foram definidos os personagens: Pedro (criança hospitalizada), Ana (mãe), Marcos (pai), Diana (enfermeira), João (boneco para representar a criança em uso de traqueostomia). Os cenários escolhidos para a gravação das cenas foram o domicílio da família (sala, banheiro, área de serviço) e o laboratório de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), no qual foi montado o quarto do Pedro.

A história narra um caso clínico fictício de uma criança do sexo masculino, submetida a uma traqueostomia durante a internação hospitalar. No relato, os pais recebem a informação de que ela vai receber alta do hospital e, diante disso, precisam aprender os cuidados com essa situação no domicílio.

Com o conteúdo dos roteiros pronto, iniciou-se a elaboração dos *storyboards*, que correspondeu a uma sequência de fotos com o propósito de pré-visualizar as cenas dos quatro vídeos. As fotos foram feitas com o uso de uma câmera de celular no laboratório de enfermagem da UDESC e na residência de duas crianças acompanhadas pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Município de Chapecó. As imagens inseridas nos *storyboards* para representar os sinais clínicos de cianose de extremidades em crianças, foram retiradas de sites de domínio público. Para a realização das técnicas foram utilizados materiais, equipamentos e um boneco de simulação infantil disponível no laboratório. Alguns materiais e equipamentos, que não estavam disponíveis no laboratório, foram providenciados pela pesquisadora (mestranda).

Para a organização das imagens e construção dos *storyboards* foi utilizada a plataforma de design gráfico *Canva*, para cada imagem apresentada foi descrita a cena que ela representava, o plano em que ela estava enquadrada e a ação que estava sendo realizada. A versão inicial continha imagens de 81 cenas dos quatro vídeos. (figuras 1 a 4).

Após finalizados os roteiros e os *storyboards* dos quatro vídeos, iniciou-se o processo de validação, realizado por juízes especialistas no cuidado à criança em uso de traqueostomia em ambiente domiciliar, selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: integrantes de SAD atuantes nos estados de Santa Catarina (SC), Rio Grande do Sul (RS) e Paraná (PR) que participaram da primeira etapa da pesquisa que envolvia a coleta de dados descritivos; ser profissional enfermeiro ou médico ou fisioterapeuta; realizar ou já ter realizado o cuidado domiciliar a criança em uso de traqueostomia; atuar no SAD há, pelo menos, seis meses.

Inicialmente, foi enviado um e-mail convite aos 23 SADs dos estados de SC, RS e PR, informando no corpo do e-mail os critérios de inclusão para a etapa de validação e solicitando que o serviço indicasse um profissional para participar da etapa de validação, conforme os critérios pré-estabelecidos.

Aos juízes indicados pelo serviço foi enviado, via e-mail, uma carta convite contendo informações a respeito do objetivo do estudo e sobre a forma como ocorreria a participação. Foi também anexado ao e-mail dois arquivos em *Portable Document Format* (PDF), contendo os roteiros e *storyboard* e um *link* de formulário para acesso ao *Google forms* com 52 questões. O Juiz deveria acessar o *link*, aceitar participar da pesquisa, preenchendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ler os arquivos e depois realizar a validação respondendo as questões do formulário. Essa etapa ocorreu de novembro de 2020 a fevereiro de 2021.

Para a validação de conteúdo foi considerado o Índice de Validade do Conteúdo (IVC), com o valor mínimo de 0,80% (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; TEIXEIRA; NASCIMENTO, 2020). Após a etapa de validação dos roteiros e *storyboard*, foram realizados os ajustes sugeridos pelos juízes e os quatro vídeos foram gravados e editados por uma produtora de vídeos contratada pela pesquisadora. Para a análise anonimizada das sugestões os juízes foram identificados utilizando a letra J, seguida de um número ordinal, conforme a ordem de devolutiva da validação.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, parecer nº 3.477.776 de 31/07/2019 e sua complementação parecer nº 3.928.387 de 23/03/2020. Os juízes participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da etapa de validação 20 juízes, sendo seis do estado de SC, seis do PR e oito do RS. A maioria dos juízes era do sexo feminino 18 (90%) com idade média de 37 anos. Com relação à categoria profissional, dez (50%) eram enfermeiros, nove (45%) fisioterapeutas e um (5%) médico, tendo a maioria título de especialista 17 (85%).

Segundo Lengruber *et al.* (2021), a validação de um conteúdo por uma equipe multiprofissional contribui para o conhecimento e desenvolvimento das ações em saúde, facilitando o processo educativo e proporcionando a melhoria na qualidade de vida de pacientes e usuários.

Nesse contexto, é essencial que os materiais educativos sejam submetidos ao processo de validação com especialistas na temática, pois como apresentam domínio do conteúdo são capazes de contribuir na construção dos produtos, por meio de sugestões ou até mesmo discordando das propostas apresentadas pelo autor, com isso, resultando em instrumentos mais elaborados e melhor aproveitados pelo público-alvo. Assim, nos processos de validação de vídeos educativos, o *storyboard* atua como organizador, detalhando as cenas por meio de imagens, a fim de que os juízes possam pré-visualizar a sequência das cenas dos vídeos para, posteriormente, realizar as avaliações. (LEITE *et al.*, 2018; CAMPOY *et al.*, 2018).

Quanto ao acompanhamento de crianças no domicílio, 13 (65%) juízes informaram que estavam realizando o atendimento domiciliar às crianças em uso de traqueostomia no período da validação dos *storyboards*; 11 (55%) relataram não usar nenhum recurso didático para as ações educativas de pais e cuidadores no manejo da traqueostomia; nove (45%) usaram recursos didáticos como material escrito e a demonstração. Ainda com relação ao preparo dos pais e cuidadores, 11 (55%) juízes informaram que encontraram alguma dificuldade nesse processo. Entre elas se destaca:

Entendimento dos cuidados de higiene com traqueostomia, rotina de aspiração e o que fazer em caso de intercorrências. (J04)

Insegurança, dificuldade em lidar com situações de emergências. (J05)

Às vezes, os pais vêm com orientações não atualizadas da alta hospitalar. (J08)

Dificuldade de aceitação dos pais em realizar a técnica de aspiração. (J09)

Acesso a materiais educativos validados. (J11)

Dificuldades em executar a aspiração, medo do procedimento. (J12)

Medo de deslocar na limpeza, medo de aspirar quando necessário. (J15)

A escolha do caso clínico fictício se deu baseada em situações vivenciadas habitualmente no SAD, em que a criança em uso de traqueostomia recebe alta hospitalar e vai para casa. Esses casos demandam cuidados complexos com o dispositivo, sendo que esses cuidados, na maioria das vezes, são realizados pelos familiares.

Nesse contexto, o uso da simulação como recurso didático na prática de educação em saúde, é um processo que envolve uma ideia hipotética incorporadora de uma representação fidedigna da realidade, facilitando a conexão entre a teoria e a prática, oportunizando a repetição e reflexão sobre a ação realizada. O uso do vídeo como material educativo tem a possibilidade de apresentar situações simuladas e despertar nos telespectadores a identificação das ações que podem estar ocorrendo em seu meio. (SILVA *et al.*, 2021).

No processo de validação, os juízes fizeram as seguintes sugestões para a melhoria das imagens das cenas do storyboard dos vídeos 01, 02 e 04 (quadros 1, 2 e 3); não houve sugestões para o vídeo 03.

**QUADRO 1: SUGESTÕES DOS JUÍZES PARA MELHORIA
DAS CENAS DO STORYBOARD NO VÍDEO 01**

Juiz	Sugestões vídeo 01: O cuidado domiciliar à criança em uso de traqueostomia	Cenas ajustadas
J02	Incluir o uso de máscara para traqueostomia para administrar oxigênio	Cena 08: imagem 8.4
J04	Melhorar a imagem da realização de nebulização	Cena 08: imagens 8.3 e 8.5
J13	Cuidado com os materiais e identificação do soro fisiológico após aberto	Cena 07: imagem 7.7
J18	Incluir a máscara para traqueostomia	Cena 08: imagens 8.4 e 8.5

Fonte: os autores (2021)

**QUADRO 2: SUGESTÕES DOS JUÍZES PARA MELHORIA
DAS CENAS DO STORYBOARD NO VÍDEO 02**

Juiz	Sugestões vídeo 02: Aspiração da cânula de traqueostomia de crianças no domicílio	Cenas ajustadas
J02	Elevar cabeceira em 30 graus	Cena 05: imagem 5.5
	Repetir o procedimento de aspiração mais vezes se necessário, dependendo da quantidade de secreção da criança	Cena 06: imagens 6.1 e 6.2
J03	Detalhar o uso do ambu	Cena 04: imagem 4.3
	Higienizar o látex do aspirador com hipoclorito e água corrente e deixar secar de maneira que ele fique pendurado e esticado, para que não fique líquido e não junte pontinhos de sujeira	Cena 09: imagens 9.3, 9.4, 9.5
J05	Cabeceira em 30 graus para aspirar	Cena 05: imagem 5.5
J11	Orientar melhor o uso do aspirador e do ambu	Cena 04: imagens 4.2 e 4.3

Fonte: os autores (2021)

**QUADRO 3: SUGESTÕES DOS JUÍZES PARA MELHORIA
DAS CENAS DO STORYBOARD NO VÍDEO 04**

Juiz	Sugestões vídeo 04: Obstrução da cânula de traqueostomia de crianças no domicílio	Cenas ajustadas
J02	Melhorar a imagem do oxigênio conectado no ambu	Cena 03: imagem 3.8
J09	Sugiro abordar sinais de esforço respiratório (uso de musculatura acessória)	Cena 01: imagem 1.3

Fonte: os autores (2021)

Assim como neste estudo, Nazario *et al.*, (2021) elaboraram um *storyboard* para auxiliar na produção de um vídeo educativo para estimular a participação ativa da família no alívio da dor aguda do bebê. A primeira versão do vídeo foi submetida a validação por juízes da área de enfermagem, que fizeram sugestões quanto a inclusão de cenas reais para melhorar a ilustração das imagens. O que corrobora com autores como Leite *et al.* (2018) e Polit; Beck (2019) que afirmam ser a validação realizada por juízes *experts* no tema qualifica o produto que será desenvolvido.

Dessa forma, é essencial que os materiais educativos em saúde sejam organizados com uma linguagem adequada, que o conteúdo esteja relacionado à temática e que haja uma sequência lógica de ideias. Portanto, para a pré-produção de um material educativo audiovisual é necessário definir o cenário, os materiais necessários para a especificação dos detalhes, a narração, as fotos, as figuras e as cenas que serão filmadas e editadas durante a produção do vídeo. (LEITE *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2021).

Nesse sentido, a construção de um *storyboard* para a validação do conteúdo de um material audiovisual proporciona aos juízes que participarão do processo, a possibilidade de visualização do produto final, além de contribuir para a redução no tempo de produção e de eventuais erros que podem ocorrer durante o processo de criação. (RIBEIRO *et al.*, 2020).

Após a análise das sugestões dos juízes, ocorreu a construção da segunda versão dos *storyboards*, com o objetivo de qualificar o instrumento e mediar a produção e gravação dos vídeos no cuidado à criança em uso de traqueostomia. Os *storyboards* foram validados com IVC geral de 91,5%. Assim, a versão final dos *storyboards* do vídeo 1 (o cuidado domiciliar à criança em uso de traqueostomia) ficou com 29 imagens; o vídeo 2 (aspiração da cânula de traqueostomia de crianças no domicílio) ficou com 35 imagens; o vídeo 3 (decanulação ou saída acidental da cânula de traqueostomia de crianças no domicílio) ficou com 15 imagens e o vídeo 4 (obstrução da cânula de traqueostomia crianças no domicílio) ficou com 13 imagens.

Nas figuras a seguir, é mostrado o *storyboard* dos quatro vídeos.

FIGURA 1: IMAGENS DAS CENAS DO VÍDEO 01



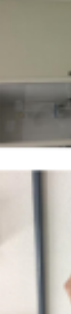
UDESC
UNIVERSIDADE
DO ESTADO DE
SANTA CATARINA

PPGENF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM

STORYBOARD PARA PRODUÇÃO DE SÉRIE DE VÍDEOS EDUCATIVOS SOBRE O CUIDADO DOMICILIAR À CRIANÇA EM USO DE TRAQUEOSTOMIA

Mestranda: Diana Augusta Tres
Orientadora: Profa. Dra. Elisângela Argenta Zanatta
Coordenador: Prof. Dr. Rafael Gue Martini

CENA 01: História do Pedro



1.1 - Plano conjunto da Enf. Diana e dos Pais do Pedro.
Diana conta a história do Pedro, apresenta Ana e Marcos (pai do Pedro) e orienta para a criança conviver todos os dias com o vídeo.

CENA 02: Introdução ao Tema e apresentação do boneco João



2.1 - Plano conjunto de João, Enf. Diana, Ana e Marcos. Enf. Diana apresenta o boneco João.

CENA 03: Higienização das mãos com água e sabão



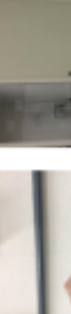
3.1 - Plano detalhe: Enf. Diana demonstra a lavagem das mãos.

CENA 04: Materiais necessários para realização dos cuidados com a cânula de traqueostomia.



4.1 - Plano detalhe: Imagem dos materiais.

CENA 05: Higienização das mãos com álcool 70%, uso de máscara e luva.



5.1 - Plano detalhe: Enf. Diana sanitiza as mãos com álcool 70%.

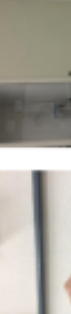


5.2 - Plano conjunto: Enf. Diana coloca a máscara e luva sanitizando a higienização das mãos ao longo do procedimento. (Ana e Marcos também aparecerão nessa cena).

CENA 06: Cuidados com a pele periestoma

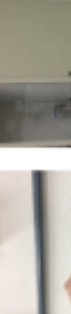


6.1 - Plano detalhe: Enf. Diana realiza a limpeza da pele periestoma com algodão e solução fisiológica 0,9%.



6.2 - Plano detalhe: Enf. Diana realiza a limpeza da pele periestoma com algodão e solução fisiológica 0,9%.

CENA 07: Condições para realização do cuidado



7.1 - Plano detalhe: Enf. Diana apresenta o boneco João e orienta para a criança conviver todos os dias com o vídeo.

CENA 08: Preparação do material para realização do cuidado



8.1 - Plano detalhe: Enf. Diana prepara o material para realização do cuidado.

FIGURA 2: IMAGENS DAS CENAS DO VÍDEO 01

CFNA 08: Administração de oxigênio e nebulizações



K.1 - Plano detalhe: Ref. Data mostra o conector T de Airc.

CENA 08: Administração de oxigênio e nebulizações



8.4 - Plano detalhe: Prof. Diana demonstra o conjunto com o uso da malsara de nebulização com o uso da máscara de inspiração/expiração.

Continuação...
CENA 07: Troca do cadarço e fixador da cânula de traqueostomia



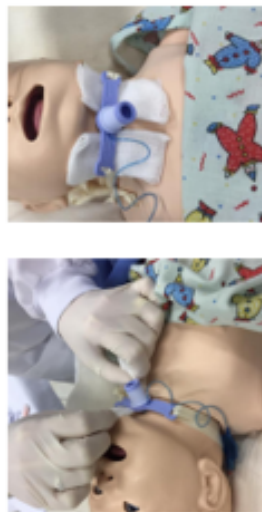
7.4 - Plano detalhe: Milos de Diana mostrando o

Continuação...
CENA 07: Troca do cadarço e fixador da cânula de traqueostomia



7.6 - Plano detalhe: Enf. Dona Diana orientando sobre os cuidados com os materiais após abertura e identificação do soro frígido.

Continuação...



6.3 - Plano detalhe: Mãos da Enf. Diana secando com uma gaze a pele peristoma após a cirurgia.

CENA 07: Troca do cadarço e fixador da cânula de traqueostomia



7.1.1 - Plano detalhe: Enf. Diana 7.2 Plano detalhe: Enf. Diana 7.3 - Plano fechado: João com o caduca a troca do caduca.

FIGURA 3: IMAGENS DAS CENAS DO VÍDEO 01 (CONTINUAÇÃO) E 02

CENA 09: Proteção da cânula de traqueostomia

9.1 - Plano detalhe: Mãos da Enf. Diana com o protetor de cânula de traqueostomia.

9.2 - Plano fechado de João: Criança com o protetor de cânula de traqueostomia.

9.3 - Plano detalhe: Cânula de traqueostomia protegida com uma gaze.

TÍTULO VÍDEO 02: ASPIRAÇÃO DA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA DE CRIANÇAS NO DOMICÍLIO

CENA 01 – Introdução ao tema

A paramentação da enfermeira durante o vídeo estará reduzida para facilitar a transmissão do conteúdo.

1.1 - Texto de orientação sobre o uso dos EPPs: pela Enf. Diana.

1.2 - Plano médio: Enf. Diana e do bonco João.

CENA 03 – Técnica utilizada para aspiração da cânula de traqueostomia no domicílio

Qual técnica os pais e cuidadores podem utilizar para realizar a aspiração da cânula de traqueostomia no domicílio?

3.1 - Texto antes da fala da Enf. Diana.

3.2 - Plano médio: Enf. Diana e do bonco João. Diana explica sobre a técnica correta para aspiração da traqueostomia.

CENA 04: Materiais e equipamentos necessários para realizar a aspiração da cânula de traqueostomia no domicílio

4.1 - Plano detalhe: Materiais e equipamentos que serão utilizados para realizar a aspiração da traqueostomia.

CENA 02 – Quando aspirar a cânula de traqueostomia

Quando aspirar a cânula de traqueostomia?

2.1 - Texto antes da fala da Enf. Diana.

2.2 - Plano fechado: Enf. Diana explicando quando a cânula deve ser aspirada.

2.3 - Plano detalhe: Mãos de Diana apontando para o orifício da cânula de traqueostomia do bonco João.

CENA 10: Período de troca da cânula de traqueostomia

10.1 - Plano Médio: Enf. Diana explicando sobre o período de troca da cânula de traqueostomia.

FIGURA 4: IMAGENS DAS CENAS DO VÍDEO 02

CENA 07 – Aspiração do nariz e boca



7.1 - Plano detalhe: Enf. Diana aspira o nariz da criança com uma sonda nova.

7.2 - Plano detalhe: Enf. Diana realiza a aspiração da boca com a mesma sonda usada para aspirar o nariz.

Continuação...

CENA 08: Cuidados com a sonda após a aspiração



8.3 - Plano detalhe: Enf. Diana passa uma gaze umedecida com álcool na sonda que está realizada.

8.4 - Plano detalhe: Enf. Diana guarda a sonda utilizada para aspirar a traqueostomia em um pote identificado.

CENA 09: Higienização do frasco do aspirador



9.1 - Plano detalhe: Enf. Diana despeja a secreção aspirada no vaso sanitário.

9.2 - Plano detalhe: Enf. Diana higieniza o frasco do aspirador no tanque da área de serviço do domicílio.

CENA 08: Cuidados com a sonda após a aspiração



8.1 - Plano detalhe: Enf. Diana aspira com as sondas utilizadas a água que está no corpo de vidro.

8.2 - Plano detalhe: Enf. Diana lava as sondas com água corrente e sabão neutro.

Continuação...

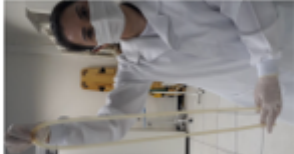
CENA 08: Cuidados com a sonda após a aspiração



8.5 - Plano detalhe: Enf. Diana guarda a sonda utilizada para aspirar o nariz e a boca em um pote identificado.

8.6 - Plano detalhe: Potes guardados na geladeira.

CENA 09: Higienização do extensor do aspirador



9.3 - Plano detalhe: Enf. Diana higienizando a parte interna do colcoar o extensor de muco.

9.4 - Plano detalhe: Enf. Diana demonstra como o extensor deve ser pendurado para secar.

9.5 - Plano detalhe: Enf. Diana demonstra como o extensor deve ser pendurado para secar.

188

Fonte: os autores (2021)

FIGURA 6: IMAGENS DAS CENAS DO VÍDEO 04

[illegible]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de construção dos *storyboards* demandou tempo e conhecimentos específicos acerca do cuidado domiciliar à criança em uso de traqueostomia, bem como a aquisição de competência em linguagem multimídia. Realizar a seleção dos materiais e simular a sequência dos cuidados foi essencial para o registro das imagens, a fim de detalhar as técnicas para a realização dos cuidados.

A etapa de validação com juízes atuantes no cuidado à criança em AD foi fundamental para qualificar e enriquecer as imagens, a fim de proporcionar uma melhor ilustração das cenas dos *storyboards*.

A utilização de um material validado constituiu uma parte importante na produção dos quatro vídeos, sendo que durante a etapa de produção, os *storyboards* foram utilizados como um guia para orientar o processo de captação das cenas durante a filmagem.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, Jul 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 mai. 2021.
- ANDRADE, A. M. et al. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 70, n. 1, p. 210-219, fev. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0214>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xthfygXQ5vsvcpLymV3qfHn/?lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2021.
- AVELINO, M. A. et al. First Clinical Consensus and National Recommendations on Tracheostomized Children of the Brazilian Academy of Pediatric Otorhinolaryngology (ABOPe) and Brazilian Society of Pediatrics (SBP). **Braz J Otorhinolaryngol**. São Paulo, v. 83, n. 5, p. 498-506, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2017.06.002>. Acesso em: 15 jan. 2020.
- AZEVEDO, S. L. et al. A tecnologia de informação e comunicação em saúde: Vivências e práticas educativas no Programa HIPERDIA. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.3, p. 29468-29483, 2021. DOI:10.34117/bjdv7n3-591. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n3-591>. Acesso em: 30 abr. 2021.
- BENTO, S.; MODENA, C.; CABRAL, S. Produção de vídeos educativos sobre saúde a partir da interlocução entre estudantes e pesquisadores. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v.12, n. 3, 2018. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v12i3.1357>. Disponível em: <https://www.reciis.iciict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1357>. Acesso em: 10 abr. 2021.
- BORGES, R. P. Tecnologia da informação e comunicação I. Natal: **IFRN**, 2019. Disponível em: https://memoria.ifrn.edu.br/bitstream/handle/1044/1984/TIC1_un1-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 10 abr. 2021.
- BRASIL. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 10 jan. 2021.
- CAMPOY, L. T. et al. Reabilitação intestinal de indivíduos com lesão medular: produção de vídeo. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 5, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0283>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0283>. Acesso em: 10 abr. 2021.
- CAPES. Produção Técnica. Brasília, DF: **Ministério da Educação**, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteudo/10062019-producao-tecnica-pdf>. Acesso em: 01 mai. 2021.
- KERR, M. A. et al. **Produção audiovisual**. Porto Alegre: SAGAH, 2020.
- KIRCHCHOFF, B. R. B. et al. A vivência do cuidador familiar da criança em uso de traqueostomia no domicílio. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped**, v. 20, n. 1, p. 6-12, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.31508/1676-3793202000002>. Disponível em: https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/articles_xml/2238-202X-sobep-20-1-0006/2238-202X-sobep-20-1-0006.x49543.pdf. Acesso em: 15 abr. 2021.

LEITE, S. S. *et al.* Construção e validação de Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 4, p. 1635-1641, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0648>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/pt_0034-7167-reben-71-s4-1635.pdf. Acesso em: 10 mar. 2021.

LENGRUBER, M. R. *et al.* Elaboração e desenvolvimento de vídeo educacional em saúde “Conhecendo a gastrostomia”. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i3.13060. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13060>. Acesso em: 10 abr. 2021.

MOLETTA, A. Criação de curta-metragem em vídeo digital: uma proposta para produção de baixo custo. 4ª ed. São Paulo: **Summus**; 2019.

MOREIRA, T. M. M. *et al.* Tecnologias para a promoção e o cuidado em saúde. **EdUECE**, Fortaleza, 387 p. 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/330532466_TECNOLOGIAS_PA-R_A_A_PROMOCAO_E_O_CUIDADO_EM_SAUDE. Acesso em: 01 mai. 2021.

NAZARIO, A. P. *et al.* Desenvolvimento e avaliação de vídeo educativo para família sobre alívio da dor aguda do bebê. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 42, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190386>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472021000100419&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 abr. 2021.

NIETSCHE, E. A. **Tecnologia emancipatória**: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermeiros? Ijuí, RS: Ed. Unijuí, 2000.

NIETSCHE, E. A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H. P., organizadores. **Tecnologias cuidativo-educacionais**: uma possibilidade para o empoderamento do(a) enfermeiro(a) Porto Alegre (RS): Moriá, 2014.

POLIT, B.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem 9. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2019.

RIBEIRO, P. L. *et al.* Criação e validação de conteúdo visual de tecnologia educativa para aprendizagem da fisiologia da lactação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 6, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0564>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0564>. Acesso em: 10 abr. 2021.

SCHWEIGER, C. *et al.* Tracheostomy in children: a ten-year experience from a tertiary center in southern Brazil. **Braz. j. otorhinolaryngol.**, São Paulo, v. 83, n. 6, p. 627-632, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2016.08.002>. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2016.08.002>. Acesso em: 20 mar. 2021.

SILVA, L. D.; CARREIRO, F. A.; MELLO, R. Tecnologias educacionais na assistência de enfermagem em educação em saúde: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 11, n. 2, p. 1044-1051, jan. 2017. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i2a13475p1044-1051-2017>. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i2a13475p1044-1051-2017>. Acesso em: 01 maio 2021.

SILVA, P. G. *et al.* Production and validation of educational technology on nursing care for syphilis prevention. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 74, supl. 5, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0694>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672021001200205&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 abr. 2021.

STRAGLIOTTO, D. de O. *et al.* Implementação e avaliação de um vídeo educativo para famílias e pessoas com colostomia. **Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, v. 15, n. 4, 2017. DOI: 10.5327/Z1806-3144201700040002. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z1806-3144201700040002>. Acesso em: 08 mai. 2021.

TEIXEIRA, E. NASCIMENTO, M. H. M. **Pesquisa metodológica**: perspectivas operacionais e densidades participativas: volume 2. Porto Alegre: Moria, 2020, p. 51-61.

