

PRODUTOS TÉCNICOS E TECNOLÓGICOS EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL III



MORIÁ
Editora

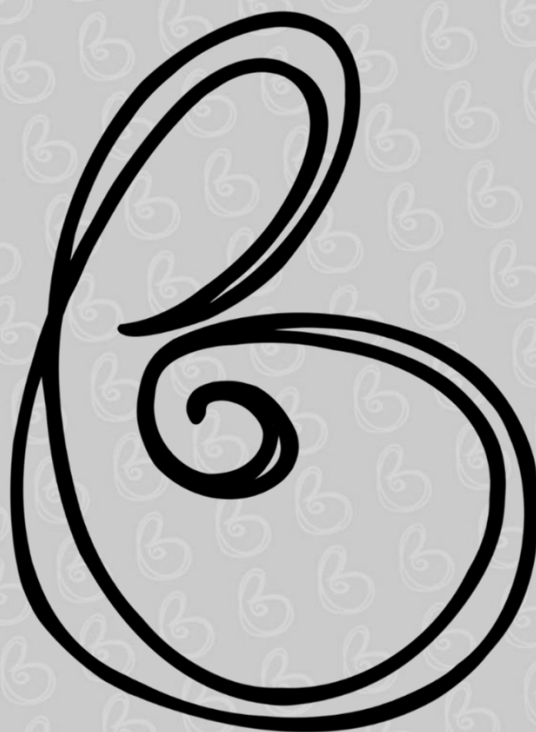
ORGANIZADORAS
Carla Lizandra de Lima Ferreira
Dirce Stein Backes

**PRODUTOS TÉCNICOS E TECNOLÓGICOS
EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL III**

Carla Lizandra de Lima Ferreira

Dirce Stein Backes

Organizadoras



PRODUTOS TÉCNICOS E TECNOLÓGICOS EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL III

Apoio: Acordo CAPES/ COFEN Edital N° 28/2019

Processo: 23038.003541/2020-10



 Cofen  Coren  CAPES  Ministério da Educação  Brasil



C A P E S

MORIÁ
Editora

3ª Edição – 2022

Porto Alegre - RS

CONSELHO EDITORIAL

NACIONAL

Alacoque Lorenzini Erdmann

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, SC

CV: <http://lattes.cnpq.br/3832279972927604>

E-mail: alacoque.erdmann@ufsc.br

Hadelândia Milon de Oliveira

Universidade Federal do Amazonas - UFAM, Manaus, AM

CV: <http://lattes.cnpq.br/8283844873211364>

E-mail: hmlon@ufam.edu.br

INTERNACIONAL

Margarida Reis Santos

Escola Superior de Enfermagem do Porto, ESEP – CINTESIS@RISE

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do

Porto

E-mail: mrs@esenf.pt

Angelica Maria Ospina Romero

Universidad La Sabana, Colômbia

E-mail: angelica.ospina@unisabana.edu.co

**PRODUTOS TÉCNICOS E TECNOLÓGICOS
EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL III**



Carla Lizandra de Lima Ferreira

Dirce Stein Backes

Organizadoras

MORIÁ
Editora

3ª Edição – 2022

Porto Alegre – RS

Os autores e a editora se empenharam para dar aos devidos créditos e citar adequadamente a todos os detentores de direitos autorais de qualquer material utilizado nesta obra, dispondo-se a possíveis acertos posteriores, caso, involuntária e inadvertidamente, a identificação de algum deles tenha sido omitida.

Todas as fotos que ilustram o livro foram autorizadas para publicação e uso científico pelos pacientes e/ou familiares na forma de consentimento livre e informado, seguindo as normas preconizadas pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Diagramação: Soluções Universitárias – solucoesuniversitarias14@gmail.com

Capa: jennifercosta@id.uff.br

Revisão de Português: Francine Bordin – solucoesuniversitarias14@gmail.com

3ª Edição – 2022

Todos os direitos reservados para

MORIÁ
Editora

É proibida a duplicação deste volume, no todo ou em parte, em quaisquer formas ou por quaisquer meios (mecânico, eletrônico, fotocópia, gravação, distribuição pela internet e outros), sem permissão, por escrito da Moriá Editora Ltda.

Contato:

moriaeditora@gmail.com

www.moriaeditora.com.br

55 51 986043597

DADOS INTERNACIONAIS PARA CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

P964 Produtos técnicos e tecnológicos em Saúde Materno-Infantil
 III [recurso eletrônico] / organizadoras: Carla Lizandra
 de Lima Ferreira, Dirce Stein Backes. - 3. ed. - Porto
 Alegre: Moriá, 2023.
 502 p. : il.

ISBN 978-65-86659-30-6

1. Saúde materno-infantil. 2. Tecnologia educacional.
3. Serviços de saúde. 4. Cuidados de enfermagem. I.
Ferreira, Carla Lizandra de Lima. II. Backes, Dirce Stein.

NLM WY157.3

Catálogo na Fonte: Rubens da Costa Silva Filho - CRB10/1761

ORGANIZADORAS

Carla Lizandra de Lima Ferreira. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UNESP. Coordenadora do Curso de Enfermagem e Professora do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana. E-mail: carlafer@ufn.edu.br

Dirce Stein Backes. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Professora de cursos de Graduação e de Pós-Graduação da Universidade Franciscana - UFN e Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana - UFN. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - PQ2. E-mail: backesdirce@ufn.edu.br

AUTORES

Adriana Dall'Asta Pereira. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UNIFESP. Professora do Curso de Enfermagem e do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana. E-mail: adrianadallasta@ufn.edu.br

Alexandre Zamberlan. Prof. Dr. nos cursos da Ciência da Computação, Jogos Digitais e Sistemas de Informação - UFN. E-mail: alexz@ufn.edu.br

Andressa Caetano. Fisioterapeuta. Aluna do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana – UFN. E-mail: andressacveiga@gmail.com

Andressa da Silveira. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Docente do Departamento de Ciências das Saúde, no Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Saúde e Ruralidade da Universidade Federal de Santa Maria campus Palmeira das Missões. E-mail: andressa-da-silveira@ufsm.br

Andreza Cossettin de Souza. Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil. E-mail: andrezacossettin@gmail.com

Angélica Dotto Londero. Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Docente no curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: angelicadl2006@hotmail.com

Anna Luiza Dotto. Psicóloga formada pela Universidade Franciscana. E-mail: annaluizapdotto@gmail.com

Bethânia Kraemer Haag. Enfermeira. Egressa do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana – UFN. E-mail: bethania.haag@ufn.edu.br

Bianca dos Santos Lima. Enfermeira. Aluna do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da UFN. Aluna contemplada pelo Acordo Capes/Cofen, Edital 8/2021. E-mail: biancasantoslma63@gmail.com

Bianca Zimmermann dos Santos. Cirurgiã-Dentista. Doutora em Odontologia: Odontopediatria pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Professora do Curso de Odontologia e do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana - UFN. E-mail: biancazsantos@ufn.edu.br

Camila Cassol. Aluna do Curso de Enfermagem da Universidade Franciscana – UFN. E-mail: camila.c@ufn.edu.br

Carine de Pelegrini Bissacot. Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Franciscana (UFN). Bolsista de Iniciação Científica da Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS). E-mail: cabissacot@gmail.com

Carla Lizandra de Lima Ferreira. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UNESP. Coordenadora do Curso de Enfermagem e Professora do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana. E-mail: carlafer@ufn.edu.br

Caroline Brondani Rosa. Enfermeira. Aluna do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana – UFN. Aluno contemplado pelo Acordo Capes/Cofen, Edital 8/2021. E-mail: carolbr0408@gmail.com

Caroline Paxeco. Enfermeira. Aluna do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da UFN. Aluna contemplada pelo

Acordo Capes/Cofen, Edital 27/2016. E-mail: nine_pach@hotmail.com

Claudete Moreschi. Enfermeira. Mestrado e Doutorado em Ambiente e Desenvolvimento pelo Centro Universitário UNIVATES. Docente da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. E-mail: clau_moreschi@yahoo.com.br

Cláudia Zamberlan. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande - FURG. Professora do Curso de Enfermagem e do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana - UFN. E-mail: claudiaz@ufn.edu.br

Cristina Saling Kruel. Psicóloga. Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. Professora do Curso de Psicologia e do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana - UFN. E-mail: cristinakruel@ufn.edu.br

Daniela Tiepo Gomes. Engenheira Biomédica pela Universidade Franciscana – UFN. Coordenadora de Gestão da Qualidade na empresa Quantis Biotecnologia. E-mail: daniela.tiepo@ufn.edu.br

Denise Flores Araújo. Psicóloga. Egressa do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana. E-mail: denisearaujopsi@gmail.com

Denise Vendruscolo Ragagnin. Enfermeira. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Materno-infantil da Universidade Franciscana -UFN. deniseragagnin@gmail.com

Dirce Stein Backes. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Professora de cursos de Graduação e de Pós-Graduação da Universidade

Franciscana - UFN e Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana - UFN. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - PQ2. E-mail: backesdirce@ufn.edu.br

Eduardo Marques Machado. Acadêmico de Enfermagem da Universidade Franciscana - UFN. E-mail: eduardomarques051@gmail.com

Elisa Sampaio Von Mühlen. Enfermeira. Mestre em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana - UFN. E-mail: elisasvm@yahoo.com.br

Evangelia Kotzias Atherino dos Santos. Professora Titular Permanente voluntária do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Credenciada pela OMS/UNICEF/MS como Avaliadora da IHAC [liderou o processo de implantação dos 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno na Maternidade referentes à Iniciativa Hospital Amigo da Criança IHAC/OMS/UNICEF/MS], também é membro efetivo do Conselho Diretor da International Baby Food Action Network - IBFAN-Brasil. Tem ampla experiência na área de Enfermagem Obstétrica e Neonatal e Saúde da Mulher, atuando principalmente nas seguintes subáreas: atenção ao parto, nascimento e abortamento; saúde sexual e saúde reprodutiva; atenção humanizada à mulher em situação de violência sexual. E-mail: evangelia.ufsc@gmail.com

Franceliane Jobim Benedetti. Nutricionista. Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Professora do Curso de Nutrição e do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana - UFN. E-mail: franceliane@ufn.edu.br

Francisca Georgina Macedo de Sousa. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação da

Universidade Federal do Maranhão – UFMA. E-mail: georginamacedo17@gmail.com

Gabriel Rodrigues Filipetto. graduando em Jogos Digitais - UFN. Experiência na área de programação em linguagem C#.

Gabriele Hatwig Knob. Enfermeira. Mestre em Saúde Materno-Infantil pela Universidade Franciscana (UFN). Atua na UTI-Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde Materno Infantil, Pediatria e Neonatologia. E-mail: gabiknob78@gmail.com

Gabriella Dalla Corte Córdova. Aluna do Curso de Enfermagem da Universidade Franciscana – UFN. E-mail: gabica19@hotmail.com

Gicelle Moraes Martelli. Estudante do Curso de Enfermagem da Universidade Franciscana – UFN. Bolsista de Iniciação científica. E-mail: gicelle.martelli@ufn.edu.br

Giovana Luiza Rossato. Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Franciscana – UFN. Bolsista PROPIC UFN. E-mail: giovana.rossato@ufn.edu.br

Giovania Aparecida de Lima Holkem. Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), Pós-graduação em Enfermagem Obstétrica, Administração de Serviços de Enfermagem, Auditoria em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Saúde Coletiva e Mestre em Saúde Materno Infantil pela Universidade Franciscana (UFN). E-mail: gioaparecida@bol.com.br

Giulia dos Santos Goulart. Acadêmica de Enfermagem da URI-Santiago. E-mail: giuliagoulart@gmail.com

Graziele Alves Flores. Estudante do Curso de Enfermagem da Universidade Franciscana – UFN. Bolsista de Iniciação científica. E-mail: flores.graziele8@gmail.com

Hadelandia Milon de Oliveira. Doutora em Ciência pela Universidade de São Paulo (USP). Professora do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas. E-mail: hmilon@ufam.edu.br

Helena Moro Stochero. Enfermeira. Estudante do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana - UFN, contemplada pelo Acordo Capes/Cofen. E-mail: helenamorostochero@gmail.com

Josiane Lieberknecht Wathier Abaid. Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Professora do Curso de Psicologia e do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana. E-mail: josianelieb@ufn.edu.br

Jucimara Montagner Michelin. Enfermeira Obstetra. Aluna do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana - UFN. Aluna contemplada pelo Acordo Capes/Cofen, Edital 28/2019. E-mail: jucimara.michelon@ufn.edu.br

Juliana Silveira Colomé. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem e do Mestrado Acadêmico em Ciências da Saúde e da Vida da UFN. E-mail: juliana@ufn.edu.br

Karen Ariane Bär. Enfermeira. Aluna do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana – UFN. Aluna contemplada pelo Acordo Capes/Cofen, Edital 28/2019. E-mail: bkarenarianebar@gmail.com

Karla Maria Carneiro Rolim. Doutora em Enfermagem. Docente do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em

Enfermagem da Universidade de Fortaleza – UNIFOR. E-mail: karlarolim@unifor.br

Keity Lais Siepmann Soccol. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFSM. Professora do Curso de Enfermagem e do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana. E-mail: keity.soccol@ufn.edu.br

Laís Antunes Wilhelm. Bacharel em Enfermagem. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, com período sanduíche na Universidad Católica San Antonio de Murcia - UCAM/ Espanha Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. E-mail: laiswilhelm@gmail.com

Laura Tais Loureiro Simas. Enfermeira. Aluna do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da UFN. Aluna contemplada pelo Acordo Capes/Cofen, Edital 8/2021. E-mail: laura.tais@ufn.edu.br

Leandro da Silva de Medeiros. Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade Franciscana – UFN. Bolsista PPSUS/ FAPERGS. E-mail: leandro.medeiros@ufn.edu.br

Leila Mariza Hildebrandt. Enfermeira. Doutorado em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Docente da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões/RS. E-mail: leilahildebrandt@yahoo.com.br

Leise Reis Flores. Enfermeira. Mestre em Saúde Materno Infantil pela Universidade Franciscana - UFN. Docente no Curso de Enfermagem na Faculdade Integrada de Santa Maria. E-mail: leise.flores@ufn.edu.br

Leris Bonfanti Haeffner. Médica. Doutora em Medicina pela UNESP. Coordenadora do Curso de Medicina e Professora do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana. E-mail: lerishaeffner@ufn.edu.br

Lenise Dutra da Silva. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: enfermeira.lenise@gmail.com

Letícia Hadlich Corrêa de Barros. Médica. Especialista em Pediatria pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Residência médica em Pediatria com área de atuação em Pneumologia Pediátrica pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCAA). Residência Médica em Medicina Intensiva Pediátrica pelo Hospital da Criança Conceição de Porto Alegre. Título de especialista em pediatria pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Certificado de Atuação na Área de Medicina Intensiva Pediátrica pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana (UFN). E-mail: leticiahcbf@gmail.com

Liana Nolibos Rodrigues. Enfermeira. Mestra em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana (UFN). E-mail: lianaenf2015@gmail.com

Lisiane de Borba Müller. Enfermeira. Aluna do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana – UFN. Aluna contemplada pelo Acordo Capes/Cofen, Edital 28/2019. E-mail: lisi_enf@yahoo.com.br

Luana Pizarro Meneghello. Médica Dermatologista. Mestranda pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana (UFN). E-mail: lupmene@yahoo.com.br

Lucas Rodrigues Ruas. Educador físico pela Faculdade Metodista Centenário (FAMES). Mestre em Saúde Materno Infantil pela Universidade Franciscana (UFN). E-mail: lucassupino.ruas@gmail.com

Luciane Najar Smeha. Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS.

Professora do Curso de Psicologia e do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana. E-mail: lucianes@ufn.edu.br

Luciano Samaniego Arrusul. Enfermeiro. Aluno do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana – UFN. Aluno contemplado pelo Acordo Capes/Cofen, Edital 28/2019. E-mail: oceanossul@gmail.com

Luiz Fernando Rodrigues Junior. Doutor em Engenharia de Minas, Metalúrgica e de Materiais pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Professor de cursos de Graduação da Universidade Franciscana – UFN e Coordenador do Curso de Graduação em Engenharia Biomédica da Universidade Franciscana – UFN. E-mail: luiz.fernando@ufn.edu.br

Lurdes Lomba. PhD. MSc. RN. Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Presidente do Capítulo Phi Xi Sigma Theta Tau International. E-mail: mlomba@esenfc.pt

Mara Caino Teixeira Marchiori. Enfermeira. Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Professora do Curso de Enfermagem e do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana - UFN. E-mail: maramarc@ufn.edu.br

Marcelo Artmann. Assistente social. Mestre em Saúde Materno Infantil pela Universidade Franciscana(UFN). Técnico em enfermagem no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). E-mail: marcelo.artmann@ufn.edu.br

Marcia Montagner Maia. Graduada em Letras e Nutrição - UFN, graduanda em Geografia - UNIPAMPA, Mestra em Saúde Materno-Infantil - UFN. Profa. SEDUC-RS. E-mail: marcia.montagner@ufn.edu.br

Marcia Pestana Santos. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. E-mail: marcianpsantos@gmail.com

Marcia Regina Cubas. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-graduação em Tecnologia em Saúde, da Escola Politécnica; e na graduação em Enfermagem, da Escola de Ciências da Vida. E-mail: m.cubas@pucpr.br

Marciane Marques. Enfermeira. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Materno-infantil da Universidade Franciscana -UFN. marcianemarques@hotmail.com

Margarida dos Santos Reis. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. E-mail: margarida.reis.santos@gmail.com

Maria Isabel Quadros da Silveira Flores. Enfermeira. Especialista em Urgência e Trauma pela Universidade Franciscana (UFN). Atua no Complexo Hospitalar Astrogildo de Azevedo. Mestranda pelo programa de mestrado Profissional Saúde Materno Infantil da UFN. E-mail: miqsf@hotmail.com

Maria de Lurdes Lomba. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra/Portugal. E-mail: mlomba@esenfc.pt

Marialda Moreira Christoffel. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora Associada 4 do Curso de Graduação em Enfermagem do Campus de Macaé\RJ da Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: marialdanit@gmail.com

Márian Oleques Pires. Aluna do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana – UFN. E-mail: piresoleques@gmail.com

Marianne Machado. Bacharela em Artes Visuais - UFMG. Experiência em ilustração 2D, design gráfico, criação de personagens, backgrounds, assets e logotipos. E-mail: marianne.machado@hotmail.com

Marília Cunha Maroneze. Cirurgiã-Dentista. Doutora em Ciências Odontológicas, com ênfase em Odontopediatria, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. Professora de Odontopediatria da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL. E-mail: mariliamaroneze@hotmail.com

Marli Terezinha Stein Backes. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: marli.backes@ufsc.br

Marinara de Almeida Pinto. Psicóloga formada pela Universidade Franciscana – UFN. Mestre em Saúde Materno Infantil pela Universidade Franciscana. E-mail: marinarapinto@ufn.edu.br

Mateus Célio da Silva. Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Franciscana (UFN). Bolsista de Iniciação Científica da Universidade Franciscana (PROBIC/UFN). E-mail: mateus_celio@hotmail.com

Mateus Claudio Zinhani. Enfermeiro obstetra pela Universidade Federal de Pelotas – UFPel. Enfermeiro da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH no Hospital Universitário de Santa Maria e funcionário público da 4ª Coordenadoria Estadual de Saúde. E-mail: mateus.zinhani@ufn.edu.br

Maurício Polidoro. Pós-doutor em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor permanente no Mestrado Profissional em Saúde da Família (FIOCRUZ/UFRGS). E-mail: mauricio.polidoro@gmail.com

Nadiesca Taisa Filippin (ORG.). Fisioterapeuta. Doutora em Fisioterapia pela Universidade Federal de São Carlos - UFSCar. Professora do curso de Fisioterapia e do Mestrado em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana - UFN. E-mail: nadifilippin@ufn.edu.br

Naiana Oliveira dos Santos. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da UFN. E-mail: naiana.santos@ufn.edu.br

Nicholas Doviggi Meyer. graduando em Nutrição e em Jogos Digitais - UFN. Experiência em game design, devel design e gerência de projeto. E-mail: nicholas.doviggi@gmail.com

Paola Piovenzano de Soliz. Enfermeira. Especialista em Sistema Público de Saúde. Atua no Hospital Universitário de Santa Maria. Mestranda pelo programa de mestrado Profissional Saúde Materno Infantil da UFN. E-mail: paolapiovenzano@yahoo.com.br

Patrícia Pasquali Dotto. Cirurgiã-Dentista. Doutora em Biopatologia Bucal - Radiologia Odontológica pela Universidade Estadual Paulista - UNESP. Professora do Curso de Odontologia e do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana - UFN. E-mail: ppdotto@ufn.edu.br

Regina Celia de Castro Gomes. Enfermeira obstétrica (UFRJ-RJ). Aluna do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana – UFN. Aluna contemplada pelo Acordo Capes/Cofen, Edital 29/2019. E-mail: rcgomes123@yahoo.com.br

Regina Gema Santini Costenaro. Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Professora do Curso de Enfermagem e do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da

Universidade Franciscana - UFN. E-mail: reginacostenaro@gmail.com

Ricardo Germano Lied. Enfermeiro. Mestre em Saúde Materno Infantil pela Universidade Franciscana (UFN). Enfermeiro no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). E-mail: riccardolied@gmail.com

Rita de Cássia Barcellos Bittencourt. Doutora em Educação - UDM-Chile. Atualmente, ministra as disciplinas Prática de Estágio de Terapia Ocupacional em Saúde Mental na Graduação de Terapia Ocupacional I na UFS, sendo responsável pela condução pedagógica da Liga Acadêmica Saúde Mental Inclusão e da População Quilombola e outras Comunidades Tradicionais - LASMIC CT e, também, do Ambulatório Psicossocial em Terapia Ocupacional. E-mail: dra.ritabarcellos@gmail.com

Rosane Gomes de Oliveira. Aluna do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana – UFN. E-mail: rosane.oliveira@ufn.edu.br

Rosani Viera Lunardi. Graduada em Enfermagem. Mestre em Saúde Materno Infantil pela Universidade Franciscana (UFN). Enfermeira no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). E-mail: rosanilunardi001@gmail.com

Roselaine Camargo da Silva. Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Mestre em Saúde Materno Infantil, Universidade Franciscana. E-mail: rosecs220330@gmail.com

Rosiane Filipin Rangel. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande - FURG. Professora do Curso de Enfermagem e do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana - UFN. E-mail: rosiane@ufn.edu.br

Samara Silva dos Santos. Psicóloga, Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atualmente é Professora Adjunta do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: silvadosantos.samara@gmail.com

Sandra Cristina Pillon. Enfermeira. Doutora em Ciências. Bolsista Produtividade em Pesquisa CNPq (2020-2023). Lider do Grupo de Pesquisa GRUPAD (CNPq/USP). Integrante da Red Internacional de Escuelas de Enfermería para la Prevención del Uso Indebido de Drogas CICAD/OEA REIEEPUID; e da International Mental Health Nursing NettWok/ International Council of Nurses (ICN). E-mail: pillon@eerp.usp.br

Silomar Ilha. Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande. Professor do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Ciências da Saúde e da Vida da Universidade Franciscana - UFN. E-mail: silo_sm@hotmail.com

Silvana Cruz da Silva. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFRGS. Coordenadora da Residência em Enfermagem Obstétrica e Professora do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana. E-mail: silvana.cruz@ufn.edu.br

Simone Barbosa Pereira. Enfermeira. Mestra em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana - UFN. E-mail: simonebpenf@gmail.com

Suzinara Beatriz Soares de Lima. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (1992). Especialização em Administração dos Serviços de Enfermagem (1996) pelo Centro Universitário Franciscano. Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2003). E Doutorado na Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro (2008). Pós-Doutorado

na Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: suzibslima@yahoo.com.br

Valéria Lerch Lunardi. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora associada da Universidade Federal do Rio Grande, aposentada e voluntária dos Programas de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande. E-mail: vlunardi@terra.com.br

Vitor Daniel Ferreira Franco. Doutor em Psicologia Clínica pela Universidade de Évora (Portugal). Docente no departamento de Psicologia da Universidade de Évora (Portugal). E-mail: vfranco@uevora.pt

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	29
APRESENTAÇÃO	31
PARECERES DE AVALIADORES DE ÂMBITO NACIONAL E INTERNACIONAL	37
APLICATIVO MÓVEL GESTARCARE – TECNOLOGIA INOVADORA NA SAÚDE MATERNO-INFANTIL	45
JOGO DIGITAL COMIDA DE VERDADE: DA IDEALIZAÇÃO À FINALIZAÇÃO	59
WEB PORTAL COMO ESTRATÉGIA PARA INFORMAR GESTANTES SOBRE O TRABALHO DE PARTO E PARTO NORMAL.....	75
ESPAÇO MÃE-BEBÊ EM UNIDADE HOSPITALAR PSQUIÁTRICA	93
IMPLANTAÇÃO E CERTIFICAÇÃO DE SALA DE APOIO À AMAMENTAÇÃO EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR.....	109
GESTAR - NÚCLEO DE ESTUDOS, PESQUISA E EXTENSÃO EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL.....	133
CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE PROTEÇÃO A CRIANÇAS E FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL.....	155
DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UM PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO NORTEADOR DO CUIDADO DE ENFERMAGEM A GESTANTES INTERNADAS EM UNIDADES PSQUIÁTRICAS	171

CURSO DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL	185
DOCUMENTÁRIO SOBRE A COMUNICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE DOWN	203
VÍDEO LÚDICO E ANIMADO DE APOIO À EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ACOLHIMENTO À CRIANÇA NO PRÉ- OPERATÓRIO	217
CARTILHA PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: PREVENÇÃO DE ACIDENTES DOMÉSTICOS NA INFÂNCIA	237
CONSTRUÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA EM SAÚDE: ÊNFASE NA TOXOPLASMOSE CONGÊNITA	251
GUIA DE ACOLHIMENTO PARA O RETORNO AO TRABALHO APÓS A LICENÇA MATERNIDADE	269
CONSTRUÇÃO INTERPROFISSIONAL DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA A PROMOÇÃO DE EXERCÍCIOS FÍSICOS POR GESTANTES	287
FLUXOGRAMA ANALISADOR DO ATENDIMENTO EM REDE DE GESTANTES USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	303
PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DAS EXACERBAÇÕES DE ASMA EM PRONTO ATENDIMENTO PEDIÁTRICO APÓS O INÍCIO DA PANDEMIA DA COVID- 19	317
PROTOCOLO DE SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM A RECÉM-NASCIDO	337
SISTEMATIZAÇÃO DA CONSTRUÇÃO DO E-BOOK DERMATOSES NUTRICIONAIS NA INFÂNCIA	355

TECNOLOGIA DIDÁTICO-EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA ADOLESCÊNCIA	369
CRIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UM HISTÓRICO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICO INFORMATIZADO	389
FLORESCEM: PROGRAMA DE AUTOCUIDADO COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO ÀS CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM MULHERES-MÃES	405
HISTÓRIAS DO SER E FAZER DOS VISITADORES DO PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR	415
NANOFILMES BIOPOLIMÉRICOS INCORPORADOS COM ÓLEO DE TUCUMÃ PARA TRATAMENTO DE FERIDAS	431
CARIMBO DE IMPRESSÃO PLACENTÁRIA COMO TECNOLOGIA DE HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO OBSTÉTRICO	447
UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA DO REBOZO NA MATERNIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA	459
PERCURSO METODOLÓGICO DE CONSTRUÇÃO DO MANUAL INSTRUCIONAL ORIENTADOR DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À MULHERES NO PERÍODO PUERPERAL	471
TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	485

AGRADECIMENTOS

A Obra “Produtos Técnicos e Tecnológicos em Saúde Materno-Infantil III” é fruto de um intenso e desmedido trabalho de pesquisadores, professores, alunos e profissionais assistenciais que, além de produzirem saberes e práticas, visam socializá-los à comunidade em geral.

Agradecemos o empenho, a dedicação e a relevante contribuição científico-tecnológica de cada autor(a) desta obra. Percebe-se, em cada capítulo, o desejo de avanço, de (re)construção e de transformação.

Agradecemos, com carinho, cada um dos pesquisadores nacionais e internacionais que certificaram esta obra nos quesitos relevância, inovação e originalidade e potencial de impacto social. Nosso agradecimento pela leitura atenta, crítica e prospectiva.

Agradecemos, enfim, o Conselho Federal de Enfermagem que, por meio do Acordo Capes/Cofen, possibilita avanços técnico-científicos, apoia e fomenta iniciativas em âmbito nacional, acredita nas expectativas e sonhos de cada profissional. Nosso especial agradecimento!

Organizadoras.

APRESENTAÇÃO

Dra. Valeria Lerch Lunardi

Membro da Comissão de Programa de
Pós-Graduação Stricto Sensu do COFEN

Fazer a apresentação da obra “PRODUTOS TÉCNICOS E TECNOLÓGICOS EM SAÚDE MATerno-INFANTIL III”, a princípio, pareceu não se constituir em tarefa muito fácil, pois se trata de um livro composto por nada menos do que o relato de 28 produtos resultantes das dissertações sustentadas no Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana.

Entretanto, ao me debruçar sobre os textos recebidos, constatei que vários caminhos poderiam ser escolhidos e percorridos para atender ao convite que me fora feito. Assim, esta apresentação poderia elencar cada texto individualmente, destacando suas fortalezas e contribuições, ou poderia organizá-la pelas contribuições e avanços identificados, destacando o que ou quem foi, principalmente, beneficiada, usuários e/ou profissionais, que usuários e que profissionais, em quais espaços ou metodologias adotadas. A apresentação também poderia se fazer a partir de uma classificação dos textos orientada pela modalidade de tecnologia específica identificada pelos autores do produto construído, seja social, educacional ou de cuidado, porém, ao aprofundar a leitura e análise dos textos, foi possível constatar seu forte entrelaçamento entre uma tecnologia reconhecida como principal, com ênfase e impregnação também das demais.

Desse modo, atrevo-me a trilhar alguns desses caminhos, antecipando que somente alguns textos serão mencionados, o que não expressa uma variável de valorização, mas de representação, de modo a deixar o leitor curioso e motivado e,

mais rapidamente, poder não apenas conhecer os caminhos traçados pelos diferentes autores na construção de seus produtos, mas para aprender como tais trilhas metodológicas poderão ser replicadas no desenvolvimento de seus próprios projetos.

Nesse caminho, os benefícios elencados poderiam estar direcionados, de modo direto, ao usuário de serviços de saúde, como na operacionalização de um projeto que oportunizou que mulheres/mães em uma unidade psiquiátrica vivenciassem sua maternidade na modalidade de alojamento conjunto, fortalecendo o vínculo mãe-bebê (ESPAÇO MÃE-BEBÊ EM UNIDADE HOSPITALAR PSIQUIÁTRICA); ou como no desenvolvimento de um vídeo de acolhimento a crianças em situação de pré-operatório, constituindo-se em apoio ao trabalho da equipe de enfermagem (VÍDEO LÚDICO E ANIMADO DE APOIO À EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ACOLHIMENTO À CRIANÇA NO PRÉ-OPERATÓRIO); ou, ainda, na construção de uma proposta de acolhida de mulheres que se encontravam em licença gestante, no seu retorno ao trabalho, em uma instituição de ensino (GUIA DE ACOLHIMENTO PARA O RETORNO AO TRABALHO APÓS A LICENÇA MATERNIDADE); ou na criação de um web portal como estratégia para informar gestantes sobre o parto (WEB PORTAL COMO ESTRATÉGIA PARA INFORMAR GESTANTES SOBRE O TRABALHO DE PARTO E PARTO NORMAL); ou, ainda, mediante o desenvolvimento de uma tecnologia educativa focada na promoção de exercícios físicos, a gestantes que não costumam realizá-los (CONSTRUÇÃO INTERPROFISSIONAL DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA A PROMOÇÃO DE EXERCÍCIOS FÍSICOS POR GESTANTES). Nesse sentido, também, o foco pode ser a construção de material didático no formato de jogo, como para o aprofundamento do conhecimentos sobre a sexualidade na

adolescência e suas múltiplas implicações, como a necessidade de prevenção da gravidez na adolescência e de doenças sexualmente transmissíveis (TECNOLOGIA DIDÁTICO-EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA ADOLESCÊNCIA); ou para ampliar o conhecimento sobre o grau de processamento de alimentos (JOGO DIGITAL COMIDA DE VERDADE: DA IDEALIZAÇÃO À FINALIZAÇÃO).

As contribuições dos textos podem, ainda, estar dirigidas à qualificação dos trabalhadores de saúde, como na descrição do processo de construção de um curso de qualificação pré-natal a profissionais de saúde (CURSO DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL); ou na descrição da elaboração de uma cartilha, dirigida a agentes comunitários de saúde, sobre a prevenção de acidentes domésticos na infância (CARTILHA PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: PREVENÇÃO DE ACIDENTES DOMÉSTICOS NA INFÂNCIA); ou na criação de um protocolo dirigido aos profissionais de saúde, acerca de condutas nas exacerbações de asma na pediatria (PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DAS EXACERBAÇÕES DE ASMA EM PRONTO ATENDIMENTO PEDIÁTRICO APÓS INÍCIO DA PANDEMIA PELA COVID-19). Tais benefícios, apesar de se direcionarem, de modo mais direto, aos trabalhadores, trazem, de modo implícito, contribuições à qualificação da assistência de saúde e do cuidado prestados aos usuários.

A sistematização da assistência de enfermagem também foi especificamente bastante contemplada nessa obra, como na construção de um protocolo para o processo de enfermagem em uma maternidade de risco habitual (PROTOCOLO DE SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM AO RECÉM NASCIDO); ou na descrição do percurso metodológico

de construção e operacionalização do histórico de enfermagem informatizado em uma unidade de internação (CRIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UM HISTÓRICO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICO INFORMATIZADO); ou na descrição do caminho percorrido para a construção de um procedimento operacional padrão para orientar o cuidado de enfermagem a gestantes internadas em uma unidade psiquiátrica (ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHERES COM NECESSIDADES DE CUIDADOS PSIQUIÁTRICOS DURANTE O CICLO GRAVÍDICO).

Invisibilidades ainda não suficientemente abordadas por profissionais de saúde e estudiosos da área foram objeto de estudo e atenção, como a proteção de famílias em risco psicossocial (CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE PROTEÇÃO A CRIANÇAS E FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL); ou o relato vivenciado da comunicação do diagnóstico de síndrome de Down, seja como profissional de saúde, seja como mães ou futuras mães (DOCUMENTÁRIO SOBRE A COMUNICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE DOWN); ou o desenvolvimento e implementação de estratégias de autocuidado feminino dirigido a mulheres que sofreram algum tipo de violência doméstica (FLORESCER: PROGRAMA DE AUTOUIDADO COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO ÀS CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM MULHERES MÃES); ou, ainda, o processo de produção de uma tecnologia educativa em saúde dirigida à prevenção da toxoplasmose congênita no pré-natal (CONSTRUÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA EM SAÚDE: ÊNFASE NA TOXOPLASMOSE CONGÊNITA).

Para finalizar, é possível afirmar que os 28 textos que compõem esta obra demonstram o compromisso dos mestres titulados, de seus docentes e da Coordenação do Curso de

Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil com a melhoria da assistência em saúde prestada à população. Um compromisso que se expressa desde a identificação sensível de uma situação problemática que mobilizou mestrandos e orientadores a buscarem respostas e mudanças aos problemas identificados, no diálogo sempre presente dos autores, não apenas com o conhecimento já produzido sobre a temática, mas principalmente com a realidade do mundo do trabalho, o diálogo com a comunidade e os sujeitos diretamente envolvidos e que poderiam ser beneficiados na implementação das propostas. Compromisso, também, evidenciado na socialização, pelos autores, dos percursos construídos para a criação e implementação dos produtos elaborados, contribuindo para que esses caminhos possam ser novamente trilhados e aperfeiçoados com outras temáticas e objetos de estudo.

PARECERES DE AVALIADORES DE ÂMBITO NACIONAL E INTERNACIONAL

Parecer Nacional I

Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Relevância da obra: a presente obra “Produtos Técnico-tecnológicos em Saúde Materno-Infantil” apresenta características inovadoras e alinhadas às reais necessidades locais e regionais. Demonstra-se a relevância das tecnologias relacionais, assistenciais e de gestão, privilegiando as tecnologias digitais, como também transcendem os modelos verticalizados de intervenção em saúde materno-infantil.

Os produtos aqui descritos trazem benefícios aos usuários de serviços de saúde, bem como aos profissionais da enfermagem e saúde e à sociedade. Como se trata de produção acadêmica no âmbito de um Programa de Mestrado Profissional, estes são produtos de inovação tecnológica como importantes referências de conteúdos e métodos para o avanço em enfermagem e saúde na formação de mestres nessa modalidade de Mestrado Profissional, os quais são direcionados à produção e implementação de novas práticas de saúde.

Aqui o leitor pode encontrar produtos relativos à saúde da mulher e criança, à qualificação dos trabalhadores de saúde, à sistematização da assistência de enfermagem e saúde, dentre outros, quais sejam: espaço mãe-bebê em unidade hospitalar psiquiátrica; vídeo lúdico e animado de apoio à equipe de enfermagem no acolhimento à criança no pré-operatório; guia de acolhimento para o retorno ao trabalho após a licença

maternidade; web portal como estratégia para informar gestantes sobre o trabalho de parto e parto normal; construção de estratégias de proteção a crianças e famílias em situação de vulnerabilidade social; documentário sobre a comunicação do diagnóstico de Síndrome de Down; Florescer: programa de autocuidado como estratégia de enfrentamento às consequências da violência doméstica em mulheres mães; construção de cartilha educativa em saúde: ênfase na toxoplasmose congênita; construção interprofissional de tecnologia educativa para a promoção de exercícios físicos por gestantes; tecnologia didático-educativa para prevenção da gravidez e infecções sexualmente transmissíveis na adolescência; jogo digital Comida de Verdade: da idealização à finalização; curso de qualificação da atenção pré-natal; cartilha para agentes comunitários de saúde: prevenção de acidentes domésticos na infância; protocolo clínico para manejo das exacerbações de asma em pronto atendimento pediátrico após o início da pandemia da Covid-19; protocolo de sistematização do cuidado de enfermagem ao recém-nascido; criação e implementação de um histórico de enfermagem pediátrico informatizado; e assistência de enfermagem a mulheres com necessidades de cuidados psiquiátricos durante o ciclo gravídico.

A relevância também se mostra pelo quanto de domínio metodológico e rigor faz-se necessário para o desenvolvimento de produtos e suas especificidades, por se tratar de objetos que se aplicam à saúde e à vida humana, com garantia de segurança e qualidade, subsidiado pelas evidências científicas mais atualizadas.

Inovação e originalidade: o seu caráter inovador traz o novo e o impactante instrumento que vem contribuir para dar maior cobertura aos cuidados de saúde às mulheres e crianças. A originalidade e singularidade desta obra centra-se no cuidado disciplinar e interprofissional em saúde.

Potencial de impacto: seu potencial de impacto é significativo, quer seja pelas tendências atuais de acelerado avanço científico e tecnológico, quer pela necessidade de se manter atualizado e de ser útil na prática, a fim de propiciar resolutividade e cobertura de atendimento e acompanhamento. Parabenizo as autoras pela obra que muito contribui para a socialização desta importante produção tecnológica para a Enfermagem e Saúde.

Parecer Nacional II

Dra. Hadelândia Milon de Oliveira

Escola de Enfermagem de Manaus
Universidade Federal do Amazonas

Relevância da obra: a obra tem relevância pela sua atualização nos temas relacionados às tecnologias digitais aplicada à saúde. Apresenta de forma clara e objetiva o método e as ferramentas utilizadas na construção das tecnologias e possibilita o avanço científico na elaboração e ampliação das tecnologias nos cuidados em saúde. O assunto é tratado nesta obra de forma suficiente, atual e abrangente.

Inovação e originalidade: traz resultado inovador e original, uma vez que o livro aborda a criação e o desenvolvimento de um aplicativo móvel, que foi desenvolvido como estratégia de acesso à informação e cuidado no contexto da saúde materno-infantil, baseado na evidência das necessidades da população.

Potencial de impacto: tem potencial de impacto, pois contribui para a ciência no conhecimento e desenvolvimento de aplicativo móveis, com envolvimento de diferentes atores interprofissionais das ciências da saúde e de outras áreas do

conhecimento. Os percursos dos registros e visibilidade do produto criado foram apresentados cronológica e suficiente. Apresenta importante contribuição para a Enfermagem, tanto no desenvolvimento de inovações tecnológicas quanto no conhecimento do avanço tecnológico no empreendedorismo.

Parecer Internacional I

Dra. Margarida Reis Santos

Escola Superior de Enfermagem do

Porto, ESEP – CINTESIS@RISE

Instituto de Ciências Biomédicas Abel

Salazar – Universidade do Porto

Relevância da obra: a presente obra tem relevância pela diversidade, pertinência e atualidade dos temas que encerra. A organização em pequenos capítulos independentes, que relatam diferentes estudos desenvolvidos, por estudantes em parceria com professores, e a construção de diferentes processos tecnológicos, permite uma abordagem de distintos assuntos, o que potencia o interesse da comunidade de profissionais de saúde dos diversos contextos de atuação. Salienta-se a apresentação de produtos e tecnologias que contribuem para a obtenção de ganhos em saúde na área da saúde materno-infantil, que serão de fácil implantação no mercado e que contribuirão para a qualidade e sistematização dos cuidados de enfermagem, podendo estimular os profissionais de saúde para o desenvolvimento de investigação que suporte a criação de novas tecnologias e ferramentas de apoio à prática profissional.

Inovação e originalidade: o seu caráter inovador traz o novo e os impactantes instrumentos que vem contribuir para dar maior domínio e avanços aos trabalhadores da saúde e

enfermagem na cobertura aos cuidados de saúde às mulheres, crianças e famílias. A originalidade e singularidade desta obra centra-se no cuidado disciplinar e interprofissional em saúde, como nos avanços de produção de novos instrumentos de gestão dos cuidados de enfermagem e saúde com o uso de tecnologias digitais ou sistemas de informação.

A prática profissional de enfermagem e saúde vem avançando no domínio e uso de instrumentos como vídeos, guias, protocolos, aplicativos, softwares, modelos, dentre outros, propiciando acesso, conhecimento e uso pela sociedade. Os conhecimentos e evidências científicas precisam ser conhecidas e utilizadas pelos cidadãos no que for possível e em menor tempo, enquanto domínio público e caráter social. A finalidade da ciência é a promoção de melhor viver, viver com melhor saúde e com maior autonomia no domínio de conhecimentos.

Potencial de impacto: seu potencial de impacto é significativo, quer seja pelas tendências atuais de acelerado avanço científico e tecnológico, quer pela necessidade de se manter atualizado e de ser útil na prática, a fim de propiciar resolutividade e cobertura de atendimento e acompanhamento.

Uma produção tecnológica tem seu valor na medida em que mostra resultados expressivos já na sua produção e aplicação *in loco*, como o quanto será utilizado na prática da atenção à saúde e na formação dos profissionais. Assim, como inovação é necessário prever seu impacto, o qual poderá ser medido ou visualizado na melhoria da saúde, na abrangência de instituições, sistemas ou locais de uso, pessoas usuárias e trabalhadores da saúde, como nas novas produções acadêmicas e citações bibliográficas, dentre outros, e, claro, pelo registro de propriedade intelectual, desenhos industriais, patentes, dentre outros, incluindo hoje a mídia. O interesse, a curiosidade, a busca pela leitura e ampliação do uso dessas produções serão concretizados assim que estiver disponível para os cidadãos.

Parabenizo as/os autoras/es por esta bela e importante obra, certa de que muito contribuirá para a socialização destas importantes produções tecnológicas para a Enfermagem e Saúde.

Parecer Internacional II

Angélica María Ospina Romero

Docente, PhD, Mg. Educación. Epidemióloga
Universidad de La Sabana, Colombia

Relevância da obra: teniendo en cuenta que actualmente el 63% de la población mundial ha usado algún tipo de plataforma digital, y que el 68% de la población cuenta con dispositivos móviles, la obra toma una especial relevancia frente al uso de tecnologías de la comunicación en todas o casi todas ellas para su uso o construcción. El documento trasciende más allá de la pandemia, que puede considerarse solo fue el acelerador para el desarrollo de aplicativos móviles, juegos, páginas web, protocolos y otros elementos educativos y documentales, que permiten diversificar el manejo de la información con diferentes fines.

La temática tratada alrededor del niño y la gestación, responden a las metas planteadas en los objetivos de desarrollo sostenible, que promueven la igualdad, la salud para todos, el cuidado del medio ambiente y otros aspectos que sin duda se reflejan en la obra.

La obra da cuenta de la importancia de realizar intervenciones basadas en evidencia científica, de la importancia del trabajo interdisciplinario y la potencialización de esfuerzos en pro de la atención integral y el bienestar de la gestante y el recién nacido.

Innovación y originalidad: la obra es innovadora en la medida en que aporta nuevas opciones para el manejo de la información, bien sea para educar u organizar la información referente a la salud maternoinfantil. Además, no solo responde a las necesidades de la pandemia, sino a las necesidades actuales, en donde la tecnología facilita el acceso a la información. Esta información se muestra de manera estructurada en cada uno de los capítulos y deja ver su aplicabilidad según las necesidades atendidas. En cuanto a la originalidad, la obra se diferencia de otras al compilar diferentes trabajos que muestran el esfuerzo único de los autores al realizar de manera estructurada y consensuada los productos obtenidos.

Potencial de impacto: la obra brinda elementos estructurados que servirán de insumo al personal de salud, en la docencia, la investigación y la práctica. Sin embargo, queda como reto que este material educativo siga siendo utilizado por los distintos profesionales de la salud, y no ocurra lo mismo que con el material en físico y termine acumulándose en los anaqueles.

Otro reto para los creadores es que este material sea tan atractivo que los usuarios a los que va dirigido lo prefieran sobre la amplia oferta de información que se tiene actualmente en internet. En esto es claro que la adecuación al lenguaje local y a la cultura regional cobra relevancia.

APLICATIVO MÓVEL GESTARCARE – TECNOLOGIA INOVADORA NA SAÚDE MATERNO-INFANTIL

**Lenise Dutra da Silva
Simone Barbosa Pereira
Dirce Stein Backes
Giulia dos Santos Goulart
Lurdes Lomba
Marli Terezinha Stein Backes**

Introdução

O uso das tecnologias digitais foi acelerado pela pandemia da Covid-19. Muitas pessoas necessitaram trabalhar em *home office* e as empresas de tecnologias precisaram se adaptar para promover uma experiência agradável e exitosa aos usuários. A busca por proporcionar experiências virtuais rápidas, engajadas e, sobretudo, positivas, fez com que as interfaces das tecnologias passassem por transformações, tornando-as mais atrativas e confortáveis ao usuário (MARCOLINO *et al.*, 2018; RIVA; MANTOVANI; WIEDERHOLD, 2020).

A realidade do *lockdown* vivenciada durante a pandemia oportunizou não apenas o aperfeiçoamento, mas, também, o desenvolvimento de inúmeros aplicativos e tecnologias em diversas áreas, entre elas destaca-se a área da saúde. Nesse seguimento, o impacto da criação de diversas tecnologias virtuais transformou a forma de relacionamento profissionais-usuários. Algumas das tecnologias desenvolvidas possibilitaram agilidade e acessibilidade junto aos serviços de saúde, bem como

contribuíram para a adesão dos usuários a tratamentos (GORDON *et al.*, 2020; HUBERTY *et al.*, 2019).

O acesso a essas inovações tecnológicas possibilita ao usuário receber informações corretas e imediatas por meio da educação em saúde. Para o profissional, torna as atividades, como, agendamento de consultas, armazenamento de prontuários, análise de exames, gerenciamento de medicações, ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde de seus pacientes, mais práticas, contínuas e seguras (KERNEBECK *et al.*, 2020; KIANI; ABASI; YAZDANI, 2022).

Na área da saúde materno-infantil, estudos apontam que a utilização de aplicativos móveis garante grande criação de vínculo entre os profissionais e as puérperas, o que auxilia na resolução de dúvidas e contribui para a troca rápida e segura de informações e o empoderamento materno, possibilitando maior participação e autonomia de escolha em relação à saúde do binômio mãe-bebê (CHATWIN *et al.*, 2021; DINIZ *et al.*, 2019).

Sabe-se que o aplicativo é uma ferramenta complementar ao acompanhamento presencial e não substitui o mesmo, pois atua como alternativa de apoio às gestantes e puérperas, diminuindo sua necessidade de locomoção, o que amplia a adesão ao tratamento, considerando as vulnerabilidades da população. Também, envolve profissionais na pesquisa por informações e diminui a demanda nos serviços de saúde (MENDEZ *et al.*, 2019; MORGADO; AMES; BARROS, 2019).

Diversos são os aplicativos móveis concernentes ao atendimento de gestantes e puérperas com foco em amamentação, alterações e desenvolvimento gestacionais. Entretanto, são poucas as ferramentas digitais móveis que atuam centradas na atenção puerperal e no acompanhamento sistemático de gestantes e puérperas.

Assim, objetivou-se, com este estudo, apresentar o aplicativo móvel GestarCare, que foi desenvolvido como

estratégia de acesso à informação e cuidado no contexto da saúde materno-infantil.

Idealizando o GestarCare

Durante o curso de mestrado, a autora principal criou e desenvolveu, juntamente com um profissional da área de Sistemas de Informação, o aplicativo GestarCare. Antes de descrever sobre o aplicativo, acredita-se ser importante, explicar sobre a origem do mesmo.

A pesquisadora principal é formada em Enfermagem e sempre atuou na Saúde Materno-Infantil. Durante a realização das práticas assistências em uma maternidade, de leituras científicas, bem como de discussões em grupo com os colegas do mestrado, observou duas “dores” na atenção à saúde materno-infantil. A primeira partiu das gestantes e puérperas, as quais relatavam terem muitas dúvidas e recorrerem a sites, blogs e redes sociais para saná-las. Isso porque muitas das dúvidas surgiam ao longo da gestação, do pós-parto e/ou com a chegada do bebê em casa, situações nas quais, normalmente, elas se encontravam sozinhas.

Do outro lado, profissionais da saúde dispostos a auxiliar e tirar essas dúvidas sentiam-se incapacitados por não terem um ambiente seguro de trabalho para orientar suas clientes. Além disso, percebiam certa banalização pelos atendimentos realizados pelo aplicativo de rede social *WhatsApp®* e, ainda, certo estresse por receberem inúmeros chamados após o horário de trabalho.

Ao evidenciar esses problemas, a mestranda buscou desenvolver um produto que pudesse solucionar essas necessidades. Foi, então, que surgiu o aplicativo *web* de atendimento e acompanhamento GestarCare. O aplicativo foi

criado em 2017 e teve sua apresentação oficial à comunidade acadêmica em dezembro de 2018 com a defesa da dissertação.

Construção e validação do protótipo

A construção do aplicativo, partiu, primeiramente, da evidência das necessidades da população, já supracitada no texto. Após, construiu-se um protótipo com as principais funcionalidades, de forma que fosse interativo, permitindo que os profissionais e as mulheres pudessem visualizar na tela principal os ícones (prontuário, atendimento, profissionais, financeiro e informações sobre saúde) e ao clicarem fosse direcionado para as áreas específicas de cada ícone. Essa interação, entre o público e o protótipo, permitiu que o mesmo fosse validado.

Para a validação do protótipo do aplicativo, utilizou-se de um instrumento específico e da participação de duas mulheres e nove profissionais da saúde. Os profissionais foram selecionados de acordo com sua experiência prévia na obstetrícia por mais de dois anos, identificada através das informações do Currículo Lattes.

As mulheres foram selecionadas aleatoriamente, considerando que fossem gestantes ou puérperas. Foi enviado, via e-mail aos profissionais, a carta convite com a apresentação detalhada da tecnologia, juntamente com o instrumento de validação do produto e o motivo de sua escolha como avaliador. Após o aceite, encaminhou-se, via e-mail, as telas do protótipo. Já as mulheres foram contatadas em uma maternidade de pequeno porte na região central do estado do Rio Grande do Sul, de forma presencial, pela autora principal do estudo, que realizou o convite, apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o instrumento de validação e disponibilizou o acesso ao protótipo. Os avaliadores responderam ao

instrumento avaliando os seguintes critérios: funcionalidade, confidencialidade, acessibilidade, usabilidade, flexibilidade, factibilidade, inovação e empreendedorismo.

A tecnologia foi considerada validada e aprovada pelos avaliadores, a partir do uso da Técnica Delphi, onde eles avaliaram os 18 itens dos critérios acima, embasados em valores numéricos, a saber: (1) sem importância; (2) pouco importante; (3) importância relativa; (4) importante; e (5) muito importante. Após a validação, considerando as sugestões dos avaliadores, desenvolveu-se o aplicativo.

O projeto respeitou a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o Parecer nº 2.556.661/2018.

Tecnologia voltada ao acompanhamento do binômio mãe-bebê

Para o desenvolvimento do aplicativo, foi contatado um profissional do Sistema de Informação, o qual desenvolveu e disponibilizou o aplicativo de forma *online*. Compreendendo a acessibilidade do mesmo ao público-alvo, optou-se por uma versão *Web* multiplataformas, que pode ser acessado por *tablet*, computador e celular. A tecnologia foi criada com base nas seguintes metodologias: SCRUM; TRELLO; PYTHON; DJANGO FRAMEWORK; BOOTSTRAP; MYSQL; e SERVIDOR LINUX. O primeiro servidor utilizado foi cedido pela instituição proponente e contratado por uma empresa privada (Digital Ocean – Localizada nos EUA).

Por caracterizar uma tecnologia inovadora, em 2019 o aplicativo foi submetido ao Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI), obtendo sua aprovação sob o Código: BR512019002855-4. Essa aprovação foi importante para que em

2020 o aplicativo fosse classificado como 2º Destaque na área da saúde da VI Mostra de Tecnologia da UFN. No mesmo ano, o aplicativo também foi apresentado no X Fórum Nacional dos Mestrados e Doutorados Profissionais em Enfermagem e no programa UFNTv promovido pelo Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil com o tema “Telemedicina na pandemia”. Em março de 2021, a pesquisadora principal submeteu seu projeto de mestrado ao Edital do Catalisa ICT promovido pelo Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE), tendo seu trabalho aprovado e participando da primeira etapa – Mobilizar para Inovar.

GestarCare: desenhando sua aplicabilidade

Em 2020 e 2021, com a pandemia, realizou-se consultas de pré-natal, puerpério e puericultura. Todos os atendimentos foram gratuitos e realizados pela criadora e, no período, professora universitária, juntamente com seus alunos, graduandos do Curso de Enfermagem. Esse período de uso do aplicativo possibilitou que o mesmo passasse por testes e permitiu que fossem feitas melhorias no sistema.

Todo esse processo permitiu que fossem evidenciadas oportunidades de disponibilizá-lo nacionalmente, atendendo um número maior de mulheres e famílias, e contribuindo para a autonomia das mulheres e para a saúde materna e neonatal. Pensando nisso, a criadora, atualmente incubada na Incubadora Tecnológica da UFN, fundou a Startup GestarCare®, que visa prospectar profissionais da saúde materno-infantil, principalmente enfermeiras obstetras, consultoras de amamentação e sono infantil, doulas, fisioterapeutas, psicólogas, entre outros, aproximando-os das gestantes, puérperas e famílias com recém-nascidos. Além de dar visibilidade a esses profissionais, a startup oportuniza que as mulheres e as famílias

troquem mensagens com os profissionais, enviando dúvidas e queixas e recebendo orientações, de forma rápida e segura.

Tecnologia que transcende questões estritamente assistenciais

O aplicativo vem se mostrando uma importante ferramenta na atenção à saúde materno-infantil. Seus benefícios transcendem questões estritamente assistenciais, com possibilidades de impacto que transitam desde a redução dos custos de deslocamento e tempo à serviços de saúde, a espera por atendimento, menor custo nas consultas online, rapidez na solução das necessidades, mais qualidade de vida, tranquilidade e confiança. Com os profissionais, observa-se mais visibilidade profissional, produtividade, organização, conforto, qualidade no atendimento, segurança e privacidade (Figura 1).

Figura 1 – Tela inicial do aplicativo GestarCare.





Fonte: elaborado pelos autores (2022).

A defesa da dissertação e apresentação do aplicativo repercutiu em diferentes mídias sociais, permitindo que o aplicativo fosse divulgado à comunidade santamariense. Foram publicadas duas reportagens, uma no Diário de Santa Maria, na modalidade impresso e digital, e outra divulgada no site da Universidade Franciscana (UFN), através da Assessoria de Comunicação. Ainda, no mês de maio de 2022, a Revista Interativa publicou uma reportagem sobre a implementação do aplicativo na cidade de Santa Maria e região (Figura 2).

Figura 2 – Reportagem sobre o aplicativo GestarCare.



Fonte: Revista Interativa (2022).

Discussões

Segundo pesquisas, as redes sociais são os métodos mais utilizados de comunicação em todas as faixas etárias no mundo e, entre as plataformas de conexão social, os blogs foram os pioneiros (BRYAN *et al.*, 2021; PEW RESEARCH, 2022). A utilização de plataformas digitais e mídias sociais para a comunicação em saúde atrai o interesse de pacientes e de profissionais da saúde. Tendo em vista sua praticidade e rapidez em disseminação de conteúdo, o uso da mídia social por trabalhadores da saúde está aumentando (BRYAN *et al.*, 2021; SURANI *et al.*, 2017).

Pesquisas realizadas apontam que mais de 50% dos profissionais de saúde no país, que atuam em plataformas virtuais, utilizam o WhatsApp®, alternativa informal, como meio de comunicação com seus pacientes (LEÃO *et al.*, 2018 ; SIDHOUM *et al.*, 2016). Não obstante, estudos mostram que mais de 90% dos mecanismos de busca utilizados por pais para retirar dúvidas acerca de temáticas relacionadas ao recém-nascido, como sono, saúde mental e segurança, alimentação, sintomas gestacionais e puerpério, foram as mídias sociais (BRYAN *et al.*, 2020; BRYAN *et al.*, 2021; STORR; MAHER; SWANEPOEL, 2017).

Todavia, mesmo possuindo presença on-line estabelecida e sendo um espaço amplamente utilizado para fornecer informações detalhadas sobre saúde e seus tópicos relacionados, estudos apontam que a utilização de blogs e outras redes virtuais informais por profissionais da saúde para passar informações, pode influenciar a percepção dos pais acerca da precisão e confiabilidade do conteúdo informado (BRYAN *et al.*, 2020; BRYAN *et al.*, 2021; STORR; MAHER; SWANEPOEL, 2017).

Observa-se, a partir disso, grande carência de dispositivos virtuais seguros e confiáveis que auxiliem as mulheres no

puerpério. Então, o acompanhamento on-line em tempo real, por meio de videochamadas ou mensagens, que são disponibilizadas pela GestarCare, no período puerperal, torna-se de grande auxílio. Esse é um momento em que grande parte das mulheres requer uma rede estruturada para que recebam auxílio para amamentar com qualidade e compreendam questões de desenvolvimento e sono do bebê da forma correta, e essa forma de contato é mais eficaz (HADDAD; SOUZA; CECATTI, 2019).

Tendo em vista a problemática que gira em torno da verificação de veracidade das informações buscadas virtualmente, a inclusão da telessaúde realizada por meio de videoconferência, sites e aplicativos validados como forma de cuidado se faz como um portal para um ambiente seguro, tanto de aprendizado e consultas para o usuário quanto de manutenção de dados para o profissional (KERNEBECK *et al.*, 2020; KIANI; ABASI; YAZDANI, 2022).

Nesse cenário, a implementação da inovação GestarCare comprova que é possível a atuação de profissionais da saúde no acompanhamento de gestantes e puérperas em um ambiente virtual seguro e confiável, que transmita a veracidade e formalidade de um serviço de saúde por meio de um sistema operacional programável e que seja acessível, também, para os usuários.

Pesquisas evidenciam que, mesmo que gratuitas, grande parte das informações acerca da saúde de gestantes estão expostas de forma errônea ou em proporções inadequadas virtualmente, o que é maléfico para a paciente. Ainda, comprovam que apenas 50% das pessoas que fazem buscas on-line acerca da saúde discutem as informações obtidas virtualmente com profissionais de saúde que conhecem (BRYAN *et al.*, 2020; BRYAN *et al.*, 2021; STORR; MAHER; SWANEPOEL, 2017).

Portanto, utilizando o serviço disponibilizado pela GestarCare, o profissional de saúde pode atuar na consultoria, avaliando exames, realizando consultas e atividades inerentes à sua profissão sendo justamente remunerado pelo atendimento prestado, enquanto o usuário efetiva o pagamento de acordo com a qualidade do atendimento recebido, por meio de valores compatíveis, tendo o benefício de não precisar se deslocar, o que torna a utilização do aplicativo em questão acessível ao usuário.

Nicola e Marko (2020) afirmam que a manutenção do vínculo do profissional com o usuário é uma etapa complexa de se manter positiva frente à cultura da presencialidade em saúde materna e neonatal. Contudo, Haddad, Souza e Cecatti (2019) e Borsari *et al.* (2018) destacam o avanço dos aplicativos na atenção à saúde de forma humanizada e centrada no usuário, possibilitando um atendimento de qualidade, inclusive em realidades onde isso não acontece presencialmente.

A maior repercussão e destaque para a telessaúde iniciou no ano de 2020, tendo em vista as medidas de prevenção contra a Covid-19, que impuseram a necessidade de reorganizar em diferentes áreas a forma de atendimento. Assim, as possibilidades de conectar-se fielmente virtualmente tomou forma e tornou possível a sequência de parte da rotina da população, impactando a população positivamente (BORSARI *et al.*, 2018; HADDAD; SOUZA; CECATTI, 2019).

Assim, este estudo busca desenvolver, em profissionais da saúde, o interesse em empreender utilizando tecnologias digitais que contribuam com a universalidade, a integralidade e a equidade no acesso à saúde, promovendo melhora na qualidade de vida e nos cuidados na área da saúde materno-infantil.

Considerações finais

Observou-se, com o estudo, que para o desenvolvimento do aplicativo foram necessárias algumas etapas, as quais mostraram-se necessárias para o aperfeiçoamento da tecnologia. Ressalta-se que como um produto desenvolvido no mestrado, buscou-se sempre atender as necessidades da comunidade, vindo ao encontro do proposto pelos programas profissionais e pelo Ministério de Ciência, Tecnologia e Inovação.

O desenvolvimento do aplicativo envolveu diferentes atores, possibilitando uma interprofissionalização. Profissionais da enfermagem, medicina, psicologia, sistema de informação, administração, direito, marketing, entre outros, foram essenciais na construção da tecnologia. Além do conhecimento científico e técnico desses profissionais, escutar as demandas e necessidades das mulheres e famílias foi primordial. Isso possibilitou e possibilita o aprimoramento do aplicativo, tornando-o acessível, funcional e, principalmente, resolutivo.

As tecnologias digitais vieram para contribuir com a saúde da população, mas salienta-se que devem ser usadas com responsabilidade.

Referências

BORSARI, L. *et al.* An Innovative Mobile Health System to Improve and Standardize Antenatal Care Among Underserved Communities: a feasibility study in an Italian hosting center for asylum seekers. **J Immigr Minor Health**, v. 20, p. 1128-1136, 2018.

BRASIL. **Resolução nº 466/2012**. Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012, publicada em 13 de junho de 2013. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

BRYAN, M. A. *et al.* Parental perceptions of the internet and social media as a source of pediatric health information. **Acad Pediatr.**, v. 20, p. 31-38, 2020.

BRYAN, M. A. *et al.* Does the Narrative Voice Influence Parental Perceptions of Pediatrician Blogs? **Acad Pediatr**, v. 21, n. 1, p. 139-148, 2021.

CHATWIN, J. *et al.* Experiences of pregnant mothers using a social media based antenatal support service during the COVID-19 lockdown in the UK: findings from a user survey. **BML Open**, v. 11, e040649, 2021.

DeNICOLA, N.; MARKO, K. Connected Health and Mobile Apps in Obstetrics and Gynecology. **Obstet Gynecol Clin N Am.**, v. 47, p. 317-331, 2020.

DINIZ, C. M. *et al.* Contribuições dos aplicativos móveis para a prática do aleitamento materno: revisão integrativa. **Acta Paul Enferm.**, v. 32, n. 5, p. 571-577, 2019.

GORDON, W. J. *et al.* Beyond validation: getting health apps into clinical practice. **Npj Digit Med.**, n. 3, v. 14, 2020.

HADDAD, S. M.; SOUZA, R. T.; CECATTI, J. G. Mobile technology in health (mHealth) and antenatal care—Searching for apps and available solutions: a systematic review. **Int J Med Inform.**, v. 127, p. 1-8, 2019.

HUBERTY, J. *et al.* Efficacy of the mindfulness meditation mobile app “calm” to reduce stress among college students: randomized controlled trial. **JMIR Mhealth Uhealth**, v. 7, n. 6, e14273, 2019.

KERNEBECK, S. *et al.* Impact of mobile health and medical applications on clinical practice in gastroenterology. **World J Gastroenterol.**, v. 26, n. 29, p. 4182-4197, 2020.

KIANI, S.; ABASI, S.; YAZDANI, A. Evaluation of m-Health-rehabilitation for respiratory disorders: A systematic review. **Health Sci Rep.**, v. 5, n. 3, e575, 2022.

LEÃO, C. F. *et al.* O uso do WhatsApp na relação médico-paciente. **Rev Bioét.**, v. 26, n. 3, p. 412-419, 2018 .

MARCOLINO, M. S. *et al.* The Impact of mHealth Interventions: systematic review of systematic reviews. **JMIR Mhealth Uhealth**, v. 6, n. 1, e23, 2018.

MENDEZ, C. B. *et al.* Aplicativo móvel educativo e de follow up para pacientes com doença arterial periférica. **Rev Latino-Am Enferm.**, v. 27, e3122, 2019.

MORGADO, M. V.; AMES, R. F. M.; BARROS, L. J. Aplicativos Móveis Na Medicina: Um Estudo Das Tecnologias E Sua Relevância No Processo De Aprendizagem Do Aluno. **Rev Teor e Práticas Educ – RTPE**, v. 25, n. 1, p. 5-10, 2019.

PEW RESEARCH. Social Media Fact Sheet. **Pew Research**, 2019. Disponível em: <<https://www.pewresearch.org/internet/fact-sheet/social-media/>>. Acesso em: 4 maio 2022.

SILVA, L. D. Gestarcare inovação para a saúde. **Revista Interativa**, 2022. Disponível em: <https://revistainterativa.org/2022/05/gestarcare-inovacao-para-a-saude>. Acesso em: 4 maio 2022.

RIVA, G.; MANTOVANI, F.; WIEDERHOLD, B. K. Positive Technology and COVID-19. **Cyber Beh and Soc Network**, v. 23, n. 9, p. 581-587, 2020.

SIDHOUM, N. *et al.* WhatsApp: improvement tool for surgical team communication. **J Plast Reconstr Aesthet Surg**, v. 69, n. 11, p. 1562-1563, 2016.

STORR, T.; MAHER, J.; SWANEPOEL, E. Online nutrition information for pregnant women: a content analysis. **Matern Child Nutr.**, v. 13, n. 2, p. 04, 2017.

SURANI, Z. *et al.* Social media usage among health care providers. **BMC Res Notes**, v. 10, p. 654, 2017.

JOGO DIGITAL COMIDA DE VERDADE: DA IDEALIZAÇÃO À FINALIZAÇÃO

Marcia Montagner Maia
Nicholas Doviggi Meyer
Gabriel Rodrigues Filipetto
Marianne Machado
Alexandre Zamberlan
Franceliane Jobim Benedetti

Introdução

Jogo é uma atividade livre, conscientemente, tomada como não-séria e exterior à vida habitual, mas ao mesmo tempo capaz de absorver o(a) jogador(a) de maneira intensa e total, praticada dentro de limites espaciais e temporais próprios, segundo uma certa ordem e regras livremente consentidas, mas obrigatórias, dotado de um fim em si mesmo e, ainda, promove a formação de grupos sociais (HUIZINGA, 2012).

Na era digital, surgem os jogos digitais (JD), atividades envolventes e interativas que constituem um ambiente de aprendizagem capaz de prender a atenção do(a) jogador(a) por meio de desafios que necessitam do desenvolvimento progressivo de habilidades para atingir os objetivos (BALASUBRAMANIAN; WILSON, 2006).

Os JD, quando preparados para o contexto educacional, recebem diferentes nomes: jogos educacionais ou educativos, jogos de aprendizagem ou *serious games* (SG) (SAVI; ULBRICHT, 2008), projetados com a intenção de ensinar os(as) alunos(as) um determinado assunto, expandir conceitos, reforçar o conhecimento, exercitar e aprender uma habilidade

para buscar uma mudança de atitude (QIAN; CLARK, 2016; MICHAEL; CHEN, 2006).

Os SG, quando voltados para a saúde, são concebidos para entreter e, ao mesmo tempo, tentam modificar o comportamento relacionado à saúde. Para Thompson *et al.* (2010), os SG são mediadores capazes de proporcionar atenção, conhecimento, autonomia e podem promover a aprendizagem de forma significativa. Para Ausubel (2003), é o mecanismo humano, por excelência, para adquirir e armazenar a vasta quantidade de ideias e informações representadas em qualquer campo de conhecimento.

Como a escola, ainda, constitui a principal forma de acesso ao conhecimento sistematizado para a grande maioria da população (BRASIL, 2013), ela é o espaço oportuno para a aplicação de programas de educação em saúde, em especial, os voltados para a formação de hábitos alimentares saudáveis e a formação da cidadania, conforme Portaria Interministerial nº 1.010 (BRASIL, 2006). Assim, o objetivo deste trabalho é descrever a construção do *software* Comida de Verdade, ferramenta às ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) para a Educação Básica, segundo preconiza o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE).

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo sobre a construção do produto tecnológico, do tipo *software*/aplicativo do subtipo JD, desenvolvido no período de julho a dezembro de 2019.

O JD Comida de Verdade foi idealizado pelas pesquisadoras nutricionistas e professoras, responsáveis pela elaboração do conteúdo do jogo, que versa sobre o grau de processamento dos alimentos (*in natura*, minimamente processados, processados e ultraprocessados), conforme o Guia

Alimentar para a População Brasileira e Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos (BRASIL, 2014, 2019).

O Comida de Verdade foi desenvolvido por uma equipe interdisciplinar, formada por graduandos de Jogos Digitais e Nutrição da Universidade Franciscana e profissionais das Artes Visuais e do Sistema de Informação.

A organização do jogo, segundo Chandler (2012), tem uma metodologia cíclica: pré-produção, definição do conceito e escopo do jogo, levantamento dos requisitos do projeto, avaliação de risco e planejamento em si; produção, implementação do plano, rastreamento do projeto e avaliação de risco; testes, validar se o que foi feito está dentro do escopo e levantar as possíveis mudanças que devem ser realizadas; e finalização, o *post-mortem* do projeto, aprendizado com o projeto e plano de arquivamento.

As etapas de criação do jogo seguiram o modelo de Diniz, Monteiro e Carneiro (2018): dinâmica, com objetivo principal e mecanismos utilizados para manter o(a) jogador(a) vinculado(a) a história que ambientaliza o jogo; mecânica, interatividade e regras; e componentes, narrativa, fatores gráficos e técnicos.

Na construção do jogo, utilizou-se o *software Engine Construct 2.0*, um *game engine* (motor de jogo) para a criação de JD multiplataforma em 2D baseado em HTML 5 (linguagem de marcação), criada por Scirra em 2007. Essa plataforma permite criar *games* para *smartphones*, *tablets*, computadores, navegadores e, também, para o console Wii U., tanto na versão gratuita quanto na paga, e possibilita que o jogo seja executado nos navegadores de internet, como *Chrome*, *Firefox*, *Internet Explorer*, entre outros. Na arte gráfica do jogo, empregou-se o *software Procreate*, aplicativo editor de gráficos raster para pintura digital desenvolvido e publicado pela *Savage Interactive* para iOS e iPadOS e vetorizadas pelo editor de imagens *Adobe Illustrator*.

Resultados e discussão

O Comida de Verdade foi elaborado para ser uma ferramenta de intervenção às ações de EAN para ser usado na escola ou em outros espaços. Portanto, a abordagem teórica que fundamentou o desenvolvimento do jogo baseou-se nos Guias Alimentares (BRASIL, 2014, 2019), mais especificamente na classificação dos alimentos quanto ao seu grau de processamento (BRASIL, 2014).

Para auxiliar no desenvolvimento do jogo, a equipe contou com um conjunto de atividades, como *brainstorms*, pesquisas bibliográficas, elaboração de roteiro e documentações, codificação, e, por fim, os testes e avaliações.

Para a construção do jogo, foram necessários a programação, o planejamento da equipe, a arte e a trilha sonora, baixada de fontes no *copyright* ou feitas no *Software Reaper*. A organização da equipe foi realizada no site *Hack'n Plan*. O jogo se encontra disponível para acesso de toda comunidade escolar, nas versões para computador e *mobile*, e pode ser acessado via QR Code (Figuras 1 e 2).

Figura 1 - QR Code do Jogo Comida de Verdade.



QR Code Versão PC

Figura 2 - QR Code do Jogo Comida de Verdade.



QR Code Versão *Mobile*

O Comida de Verdade é composto por três jogos com mecânicas e gêneros diferentes, criados de acordo com os níveis de ensino: jogo 1, para alunos(as) do Ensino Fundamental I

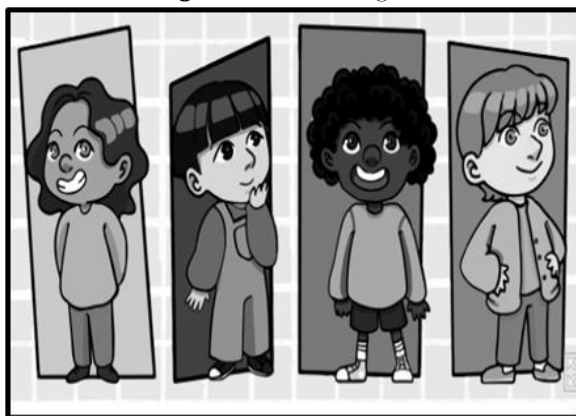
(Anos Iniciais - 1º ao 5º ano); jogo 2, para Ensino Fundamental II (Anos Finais - 6º ao 9º ano); e jogo 3, para alunos(as) do Ensino Médio (1º ao 3º ano). Entretanto, todos os jogos podem ser utilizados por qualquer nível de ensino e faixa etária, em qualquer plataforma e em outros espaços fora da escola, assim, consequentemente, atingirão outros membros da família e amigos e comunidade.

Elementos do Jogo Digital Comida de Verdade

Personagens

O jogo é composto de quatro personagens de identidade não binária, ou seja, parecem tanto com o feminino quanto com o masculino, e distintas etnias, para que o(a) aluno(a) possa escolher aquele(a) que mais se identifica (Figura 3). Os(as) personagens não possuem nomes.

Figura 3 - Personagens.



Fonte: Jogo Digital

Público-alvo do jogo

O Comida de Verdade apresenta três jogos, dois voltados para o Ensino Fundamental (I e II) e um para o Ensino Médio (Figura 4), mas todos os jogos podem ser jogados por toda comunidade escolar.

Figura 4 - Tela inicial dos jogos do Jogo Digital Comida de Verdade.



Fonte: Jogo Digital Comida de Verdade (2019).

Jogos

Jogo 1:

É voltado para alunos(as) do Ensino Fundamental I. O(a) personagem está em uma cozinha, com uma lancheira na mão, andando de um lado a outro, para apanhar os alimentos e/ou bebidas de diferentes graus de processamento (Figura 5). A pontuação do jogo é baseada na escolha dos alimentos que vai na lancheira: os *in natura* e minimamente processados fornecem maior pontuação; os processados não interferem em nada; os ultraprocessados deixam o(a) personagem mais lento(a) e diminui a pontuação; e ao escolher a água, ganha mais tempo no jogo.

Durante o jogo, aparecerão balões em diferentes cores e com enunciados (*feedback*): balão verde, com imagens de alimentos in natura e minimamente processados e o enunciado “Os alimentos *in natura* e minimamente processados compõem uma alimentação adequada”; balão amarelo, com imagens de alimentos e/ou bebidas processados e o enunciado “O consumo dos alimentos processados deve ser moderado”; balão vermelho, com imagens de alimentos e/ou bebidas ultraprocessados e o enunciado “O consumo dos alimentos ultraprocessados deve ser evitado”; e balão azul, com a imagem de uma garrafa de água e o enunciado “O consumo da água é essencial para a manutenção da vida”.

Figura 5 - Jogo 1.



Fonte: Jogo Digital Comida de Verdade (2019).

Um dos aprendizados principais dos jogos é a tomada de decisões, que para Johnson (2005) implica escolha e priorização, pois aprender como pensar tem a ver com aprender a tomar a decisão certa.

Jogo 2:

É voltado para alunos(as) do Ensino Fundamental II (Figura 6). O ambiente é uma praça de alimentação, cantina e/ou

lanchonete. Nela aparecerão os(as) personagens, como *non-player characters* (NPCs), que solicitam um lanche ou almoço ou uma bebida (balão). Os alimentos e/ou bebidas que estão expostos são de diferentes graus de processamento (*in natura*, minimamente processado, processado e ultraprocessado).

Cada alimento possui um número de cargas, que entra em recarga sempre que utilizadas. Em tempo de recarga, os alimentos e/ou bebidas não poderão ser utilizados. Essa mecânica faz com que o(a) jogador(a) tenha que escolher entre distribuir uma opção não saudável e deixar satisfeito(a) ou não entregar e deixá-lo(la) insatisfeito(a). O(a) jogador(a) poderá colocar até três alimentos dentro do prato, mas caso tenha tomate ou alface, poderá ser até quatro alimentos, ganhando bônus.

A pontuação do jogo é baseada na mesma lógica do jogo 1: alimentos *in natura* e minimamente processados fornecem maior pontuação; os processados não interferem em nada; e os ultraprocessados perdem pontos. Além dessa lógica, se o(a) jogador(a) não conseguir atender cinco pedidos e/ou se a barra da saúde atingir seu mínimo (nível vermelho), pela escolha dos alimentos e/ou bebidas ultraprocessados, ele(a) perde o jogo.

Figura 6 - Jogo 2.



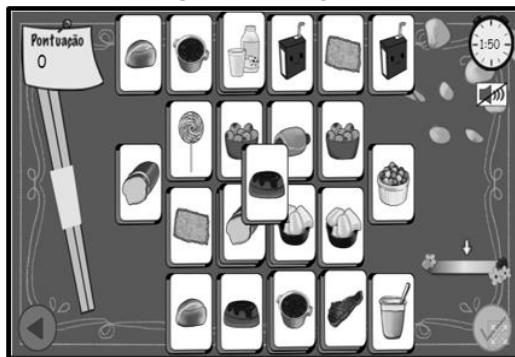
Fonte: Jogo Digital Comida de Verdade (2019).

Os JD são projetados com a intenção ou propósito de abordar as questões mais prementes do nosso tempo e de ter consequências na vida real, ou seja, os jogos têm um propósito para além da diversão, pois busca provocar reflexões, propor críticas e motivar mudanças de comportamento (RAESSENS, 2010).

Jogo 3:

É voltado para alunos(as) do Ensino Médio (Figura 7). É um jogo no estilo *mahjong*, apresenta três fases, com peças (cartas) geradas aleatoriamente; em cada fase aumenta o número de peças para dificultar o jogo e aumentar as estratégias. O(a) jogado (a) precisará combinar pares de peças idênticas, com imagens de alimentos e/ou bebidas de diferentes graus de processamento, que estejam livres para remover e liberar as que estão bloqueadas. Se combinar o máximo de peças iguais com alimentos *in natura* e minimamente processados, dentro de um tempo limite, ganha mais pontos; os processados não interferem em nada; e os ultraprocessados perdem pontos. A barra de saúde também está presente neste jogo, e se ela chegar no seu mínimo o(a) jogador(a) perde o jogo, se positiva o(a) jogador(a) recebe mais pontos.

Figura 7 - Jogo 3.



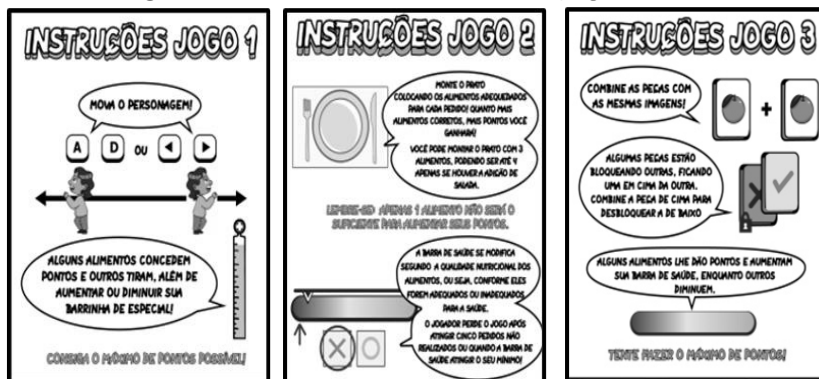
Fonte: Jogo Digital Comida de Verdade (2019).

Os jogos, desde que respeite a natureza do ato lúdico, são possibilidades de aprendizagem, se neles estiverem presentes a imaginação, o sentir, o olhar, o criar, o recriar e o prazer, permitindo que o(a) jogador(a) interaja com novos e velhos conhecimentos, podendo ser autônomo(a) em suas decisões (KISHIMOTO, 2008).

Manual do jogo

O manual de instruções ou as regras de cada jogo aparecem na tela inicial de cada um deles (Figura 8).

Figura 8 - Manual de Instruções dos Jogos 1, 2 e 3.



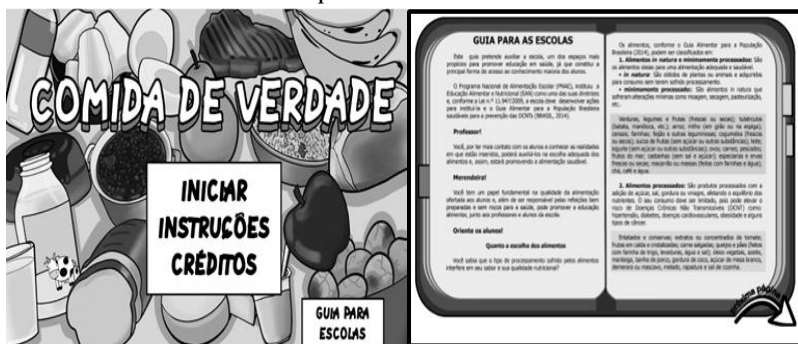
Fonte: Jogo Digital Comida de Verdade (2019).

Para Salen e Zimmerman (2004), as regras são as normas, as orientações ou as restrições contidas no jogo, que visam orientar o(a) jogador(a), determinando condutas corretas ou erradas. E para Schuyttema (2008), os JD são atividades lúdicas compostas por uma série de ações e decisões, limitados por regras, que existem para criar situações interessantes com o objetivo de desafiar e se contrapor ao jogador(a), e o seu universo é apresentado por meios eletrônicos e controlados por

um programa digital, existindo para proporcionar uma estrutura e um contexto para as ações de um(a) jogador(a).

Depois de definir os jogos que fariam parte do Comida de Verdade e o referencial que sustentaria o conteúdo deles, foi elaborado O Conteúdo Didático (MAIA, 2020), avaliado por professores(as) e nutricionistas, contendo a importância das ações de EAN no espaço escolar, uma apresentação e descrição dos jogos, além do Guia para as Escolas, que traz o grau de processamento dos alimentos e duas atividades com a mesma temática foram preparadas para que possam ser realizadas, bem como endereços de sites que abordam a alimentação saudável. O acesso ao Guia para Escolas encontra-se na página inicial do Jogo para auxiliar a comunidade escolar nas ações de EAN (Figura 9).

Figura 9 - Tela inicial do Jogo Digital Comida de Verdade e Guia para as escolas.



Fonte: Jogo Digital Comida de Verdade (2019).

Os conteúdos relacionados à formação de hábitos em saúde fazem parte dos currículos escolares, tanto no Brasil quanto em outros países, e entre os objetivos da EAN está o de preparar os indivíduos para escolhas alimentares saudáveis e de forma consciente (COELHO *et al.*, 2008; LYGNG *et al.*, 2013; GREENWOOD; FONSECA, 2016).

Após a conclusão dos três jogos, que fazem parte do Jogo Digital Comida de Verdade, aplicou-se *playtests* para diversos públicos (graduandos(as) do curso de Jogos Digitais e alunos(as) do Ensino Fundamental I e II) e o Jogo teve uma boa receptividade.

O *software* intitulado “Comida de Verdade” foi registrado no Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI) sob nº BR512020001139-0, através da Agência de Inovação da Universidade Franciscana (UFN).

Considerações finais

O *software* Comida de Verdade, desde a sua idealização até a finalização, demonstrou ser uma excelente ferramenta, que poderá contribuir na construção do conhecimento e no processo de ensino e aprendizagem às ações de EAN na Educação Básica.

Pretende-se, num futuro estudo, avaliar, junto ao público-alvo e especialistas, se o JD poderá se efetivar como uma ferramenta capaz de promover hábitos alimentares mais saudáveis e, assim, ajudar na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis para, posteriormente, inseri-lo em programas educativos, tanto em órgãos voltados à educação quanto aos voltados à saúde.

Referências

AUSUBEL, D. P. **Aquisição e retenção de conhecimentos:** uma perspectiva cognitiva. Lisboa: Plátano, 2003.

BALASUBRAMANIAN, N.; WILSON, B. G. Games and simulations. *In*: SOCIETY FOR INFORMATION TECHNOLOGY AND TEACHER EDUCATION INTERNATIONAL CONFERENCE, 2006. **Proceedings**, v. 1, 2006.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.010, de 8 de maio de 2006. Institui as diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Diário Oficial da União, 9 maio 2006.

BRASIL. Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN. Diário Oficial da União, 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7272.htm. Acesso em: 05 maio 2022.

BRASIL. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 05 maio 2022.

BRASIL. Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais da Educação Básica. Brasília: MEC, SEB, DICEI, 2013. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/julho-2013-pdf/13677-diretrizes-educacao-basica-2013-pdf/file>. Acesso em: 23 abr. 2022.

BRASIL. Resolução/CD/FNDE nº 26, de 17 de junho de 2013. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE. Diário Oficial da União, 18 jun. 2013. Disponível em: <https://www.fnde.gov.br/aceso-a-informacao/institucional/legislacao/item/4620-resolu%C3%A7%C3%A3o-cd-fnde-n%C2%BA-26,-de-17-de-junho-de-2013>. Acesso em: 23 abr. 2022.

BRASIL. Guia Alimentar para a População Brasileira. 2. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 23 abr. 2022.

BRASIL. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianc_a_2019.pdf Acesso em: 23 abr. 2022.

CHANDLER, H. **Manual de produção de jogos digitais**. Porto Alegre: Bookman Editora, 2012.

COELHO, R. *et al.* Excesso de peso e obesidade prevenção na escola. **Acta Med Port**, v. 21, p. 341-344, 2008.

DINIZ, M.; MONTEIRO, R.; CARNEIRO, T. Um protocolo padrão para descrição de jogos digitais = A standard protocol for describing Digital Games. **Obra digital: revista de comunicación**, n. 14, p. 141-158, 2018.

GREENWOOD, S. A. ; FONSECA, A. B. Espaços e caminhos da educação alimentar e nutricional no livro didático. **Ciências Educação**, Bauru, v. 22, n. 1, p. 201-218, 2016.

HUIZINGA, J. Homo Ludens: o jogo como elemento da cultura. **Perspectiva**, v. 7, 2012.

MAIA, M. M. **Jogo Digital Comida de Verdade**. Universidade Franciscana: Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil, 2019. Disponível em: http://www.tede.universidadefranciscana.edu.br:8080/bitstream/UFNBTD/959/7/ProdutoTecnico_MarciaMaia.pdf Acesso em: 05 maio 2022.

JONHSON, S. **Surpreendente**. A televisão e o videogame nos tornam mais inteligentes. Rio de Janeiro: Campus, 2005.

KISHIMOTO, T. M. (org.). **Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação**. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

LYNG, N. *et al.* Reporting accuracy of packed lunch consumption among Danish 11- year-olds differ by gender. **Food & Nutrition Research**, v. 57, p. 19621, 2013.

MAIA, M. M. **Produto técnico/tecnológico conteúdo didático do jogo digital comida de verdade**. 2020. 18f. Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil - Universidade Franciscana, Santa Maria.

MICHAEL, D.; CHEN, S. **Serious Games: Games That Educate, Train, And Inform**. Mason: Thomson Course Technology, 2006.

QIAN, M.; CLARK, K. R. Game-based Learning and 21st century skills: A review of recent research. **Journal Computers in Human Behavior**, v. 63, p. 50-58, 2016.

RAESSENS, J. A taste of life as a refugee: how serious games frame refugee issues. *In*: SKARTVEIT, H.-L.; GOODNOW, K. (eds.). **Changes in museum practice: new media, refugees and participation**. New York: Oxford: Berghahn Books, 2010.

SALEN, K.; ZIMMERMAN, E. **Rules of Play: game design fundamentals**. Cambridge: MIT Press, 2004.

SAVI, R.; ULBRICHT, V. R. Jogos Digitais Educacionais: Benefícios e Desafios. **RENOTE**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, 2008. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/renote/article/view/14405>. Acesso em: 02 maio 2022.

SCHUYTEMA, P. **Design de games: uma abordagem prática**. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

THOMPSON, D. *et al.* Serious Video Games for Health How Behavioral Science Guided the Development of a Serious Video Game. **Simul Gaming**, v. 41, n. 4, p. 587-606, Ago. 2010. Disponível em: <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC2919172&blobtype=pdf>. Acesso em: 02 maio 2022.

WEB PORTAL COMO ESTRATÉGIA PARA INFORMAR GESTANTES SOBRE O TRABALHO DE PARTO E PARTO NORMAL

Elisa Sampaio Von Mühlen

Marília Cunha Maroneze

Franceliane Jobim Benedetti

Laís Antunes Wilhelm

Bianca Zimmermann dos Santos

Introdução

No Brasil, há cerca de 2,5 milhões de nascimentos por ano (IBGE, 2021). Nos Estados Unidos, há quase 4 milhões de nascidos vivos a cada ano e poderíamos citar mais milhares de nascimentos em todo o mundo. Isso torna o cuidado pré-natal um dos serviços de saúde de cuidados preventivos mais amplamente utilizados e um dos serviços que merecem a nossa atenção (MARKO *et al.*, 2019). Os programas de cuidados pré-natais devem educar, monitorar e rastrear os fatores de risco adequadamente, pois apresentam um papel fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas quanto fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante, além de auxiliar com informações para o parto (BUSH *et al.*, 2017; LOVELL; HARRIS, 2021).

No sentido de contribuir com essa prática, as tecnologias digitais se constituem uma opção estratégica relevante face ao atual cenário tecnológico e que, pelo seu rápido e amplo alcance, são capazes de otimizar e qualificar os processos de trabalho (OLIVEIRA; ALENCAR, 2017). Aplicativos móveis, blogs e

portais eletrônicos são cada vez mais usados pelos consumidores para buscar informações sobre saúde (SAT; SÖZBIR, 2018). Um aplicativo móvel é um programa de software que pode ser usado após ser baixado para um telefone celular ou tablet. Um portal é um site na internet projetado para aglomerar e distribuir conteúdo de várias fontes diferentes de maneira uniforme, sendo um ponto de acesso para uma série de outros sites ou subsites internamente ou externamente ao domínio ou subdomínio da empresa gestora do portal. Assim, de certo modo, as tecnologias digitais referidas se complementam em suas funções e alcance (SAT; SÖZBIR, 2018).

Com o advento desses dispositivos surgiram, simultaneamente, novas formas de produzir, comunicar e utilizar informação. Essas tecnologias são capazes de complementar a aquisição de novos conhecimentos, ofertando informações, armazenando dados clínicos, além de auxiliar na tomada de decisões (DINIZ *et al.*, 2019). Nesse contexto, as tecnologias digitais são diversas e destacamos os aplicativos móveis como transformadores na comunicação e integração entre gestante a seu provedor de saúde (DINIZ *et al.*, 2019). Também o uso de portais eletrônicos permite que os indivíduos se comuniquem com prestadores de cuidado de saúde e recebam informações complementares a seu atendimento durante o pré-natal (UKOHA; FEINGLASS; YEE, 2019). Muitos aplicativos móveis e portais fornecem informações sobre uma variedade de áreas da saúde, incluindo a saúde da mulher (SAT; SÖZBIR, 2018), e em algumas propostas percebe-se o resgate do protagonismo da mulher na gestação e no parto, fornecendo a ela informações alicerçadas em medicina baseada em evidências em uma linguagem simples, amparando seus anseios através dos canais de comunicação “Fale com a gente”, priorizando o respeito, o acolhimento e a segurança.

Nesse contexto, justifica-se a criação de um web portal para auxiliar gestantes a obterem informações sobre o trabalho de parto e parto. Uma tecnologia inovadora, de fácil acesso, que aliada às orientações no pré-natal poderá contribuir para a autonomia da mulher, proporcionando a ela uma experiência de parto mais positiva. Assim, o objetivo deste trabalho é criar um web portal como estratégia para informar gestantes sobre o trabalho de parto e parto normal.

Método

Quanto a natureza do produto técnico criado, conforme o qualis de produção técnica da Capes, trata-se de um material didático na modalidade portal educativo, também chamado de web portal, construído entre agosto de 2020 e março de 2022. Como público-alvo dos produtos gerados, foram consideradas gestantes.

Foi realizado um estudo metodológico, de produção tecnológica, a partir de cinco fases: reconhecimento do contexto; idealização; prototipação; teste de usabilidade; e implementação, seguindo o percurso do design centrado no usuário, que tem como foco o usuário e a solução de suas reais necessidades (ABNT, 2014).

O **reconhecimento do contexto** foi a partir da percepção da pesquisadora que trabalha no Centro Obstétrico de um Hospital de grande porte em Santa Maria/RS e observou uma contínua falta de conhecimento por parte das gestantes sobre o processo de parto. Além disso, através da pesquisa científica *“Perceptions and expectations of Brazilian pregnant women about labor and childbirth: a qualitative study”* comprovou o desconhecimento sobre o tema por parte de gestantes que utilizam unidades de saúde pública no mesmo município.

A preparação para o parto e o conceito de parto normal aparece como uma lacuna na vida das mulheres. Muitas gestantes relatam ser um processo natural da mulher, sem conseguir explicar fisiologicamente o que acontece no seu corpo no momento do trabalho de parto e no parto. Além disso, durante as entrevistas, algumas gestantes falaram sobre informações insuficientes recebidas no pré-natal sobre o trabalho de parto e o parto. Os resultados do referido estudo ressaltam a importância de fortalecer o cuidado pré-natal e desenvolver estratégias para informar melhor as gestantes, propiciando o seu protagonismo, autonomia no processo de parto e nascimento com uma assistência humanizada e respeitosa.

O processo de **idealização e prototipagem** do web portal se deu de forma simultânea, interativa e associativa. Em fevereiro de 2021 foi criado pelos autores o logotipo e realizada a contratação de um profissional da área de designer gráfico para criação da logomarca.

As informações sobre o trabalho de parto e parto contidas no web portal foram escritas pela pesquisadora com base em evidências científicas, porém, com linguagem simplificada, para que fossem apresentadas de uma forma dinâmica, contendo imagens, vídeos etc. O conteúdo foi colocado em uma tabela para ser dividido por categorias para facilitar a apresentação no portal. As categorias foram: gestação, preparo para o parto, trabalho de parto, parto normal, empoderamento, cesárea e recém-nascido. Também existe um canal de comunicação “Fale com a gente”, onde as gestantes podem entrar em contato e serem acolhidas em seus anseios. Também com o portal é possível que outros profissionais possam divulgar seus trabalhos através de podcasts, vídeos, posts, textos livres e científicos.

Assim, foi projetado um Portal Web informativo, com informações segmentadas por categoria, facilitando o acesso ao

conteúdo desejado. Para tal, contratou-se uma empresa especializada (ER Sistemas). A macrofuncionalidade do sistema compreende: a **área de administração**, com cadastro de informativos (vídeos, imagem, texto) que serão enviados às gestantes cadastradas e recebimento das mensagens de contato, enviadas através do portal; a **área da gestante** que visualiza as postagens, que são cadastradas na área administrativa; e a **área de interação**, com o formulário de contato.

Para gerir o desenvolvimento do projeto, decidiu-se empregar algumas disciplinas do framework SCRUM (Kanban, atividades agrupadas em períodos denominados sprints e entrega contínua). Tal técnica é usada para o gerenciamento de projetos ágeis de produtos complexos. O levantamento de requisitos que contemplam os objetivos do projeto foi mediante entrevista com a idealizadora por meio de reuniões por videoconferência. Para a gestão de atividades, utilizou-se um quadro de Kanban para o gerenciamento das atividades (To-do, Doing, Done).

Com relação as tecnologias empregadas para o desenvolvimento e disponibilização do portal, optou-se pela utilização de tecnologias livres que permitem ao desenvolvedor uma maior flexibilidade, uma infinidade de opções para o desenvolvimento da solução, além da redução do custo com o desenvolvimento pela não obrigatoriedade do registro de programas de computador. As linguagens de programação e frameworks foram Backend: Python e Framework Django, Frontend: HTML5, JavaScript, JQuery, Bootstrap4 e Banco de Dados: PostgreSQL.

A segurança dos dados é um fator fundamental na disponibilização de um site. Para alcançar tal requisito, medidas foram tomadas: 1) para o acesso de funcionalidades da área de administração do portal (cadastro de publicações, colaboradores, gestão de contatos de internautas) é exigido que

o usuário esteja logado. A segurança do acesso é baseada em login e senha. A senha do usuário é criptografada e armazenada no banco de dados do sistema. Utilizou-se o algoritmo PBKDF2 (*Password-Based Key Derivation Function 2*) com um hash SHA256 (*Secure Hash Algorithm*), um mecanismo de extensão de senha recomendado pelo NIST (*National Institute of Standards and Technology*); 2) uso de captcha no formulário de “fale com a gente” para evitar o recebimento de contatos originados por robôs; 3) emprego do protocolo HTTPS (*Hyper Text Transfer Protocol Secure*) e SSL/TLS (*Secure Sockets Layer/Transport Layer Security*) a fim de transmitir os dados por meio de uma conexão criptografada e que seja verificada a autenticidade do servidor e do cliente por meio de certificados digitais.

As principais seções do portal são: 1) equipe: área destinada para listar os colaboradores do portal; 2) informativos: área destinada à exibição dos informativos disponibilizados no portal, que são cadastrados na área administrativa, ligada diretamente ao objetivo principal do projeto; e 3) fale com agente: formulário para interação dos internautas com a equipe de colaboradores do portal.

O conteúdo que alimenta o aplicativo e o web portal foi escrito pela pesquisadora, embasado em evidências científicas atualizadas. Um estudo metodológico para validação de conteúdo e aparência será realizado posteriormente, para implementação e divulgação do produto. O produto criado tem a capacidade de identificar os acessos a ele realizados, permitindo que os pesquisadores possam monitorá-lo. E, também a área “fale com a gente” (com formulário para interação dos internautas com a equipe de colaboradores do portal) permitirá sugestões e críticas.

A manutenção do portal é realizada pela pesquisadora mensalmente ou conforme a necessidade das gestantes, já que

existe o “Fale com a gente” e ali elas podem sugerir algum tema para ser abordado no portal.

Resultados

A vivência da pesquisadora principal, em seu trabalho como enfermeira obstetra, juntamente com os resultados da pesquisa “*Perceptions and expectations of Brazilian pregnant women about labor and childbirth: a qualitative study*”, por ela realizada, possibilitou uma maior compreensão acerca das percepções e expectativas das gestantes sobre o parto. Esses dados foram fundamentais para sustentar a construção do Portal Web “Gestante do Zap”. A marca do produto foi inspirada no tema de estudo aliado a disseminação de informação através da tecnologia (Figura 1) e o pedido de registro já foi feito ao INPI. A pesquisadora tem o domínio do web portal: <https://gestantedozap.com.br>

Figura 1 - Logomarca.



Deste modo, as temáticas que o portal web contemplam foram delineadas e adequadas à realidade das gestantes, conforme o resultado da pesquisa de campo.

A elaboração do conteúdo, temáticas e imagens ilustrativas foram criadas subsidiadas na análise tanto da literatura científica quanto da realidade das gestantes que são acompanhadas pela pesquisadora e daquela que participaram da pesquisa, para proporcionar aproximação com o contexto de vida dessas mulheres. As figuras a seguir ilustram algumas imagens do web portal “Gestante do Zap” desenvolvido conforme metodologia já citada acima.

O web portal “Gestantes do Zap” permitirá a visualização de conteúdos educativos em vídeo, imagens e textos. O endereço de acesso é <https://gestantedozap.com.br/>. As informações apresentadas serão segmentadas por categoria, facilitando o acesso ao conteúdo desejado.

As macrofuncionalidades do sistema compreendem:

- **área de administração:** com cadastro de informativos (vídeos, imagem, texto), que serão enviados às gestantes cadastradas e o recebimento das mensagens de contato, enviadas através do portal;
- **área da gestante:** que visualiza as postagens, que são cadastradas na área administrativa;
- **área de interação:** com o formulário de contato.

As principais seções do portal são:

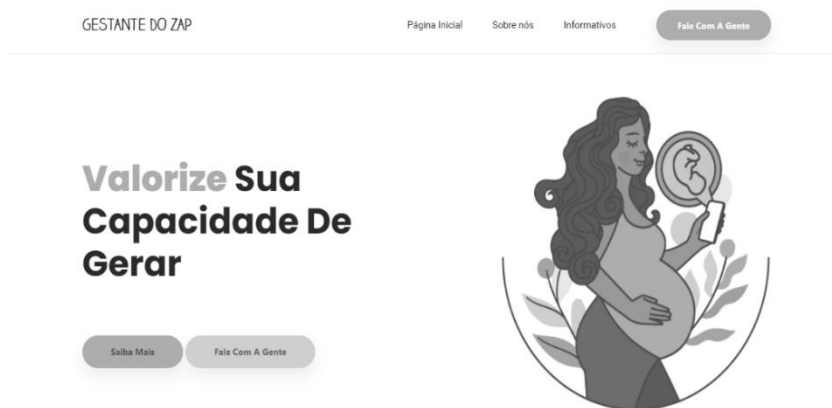
1. equipe: área destinada para listar os colaboradores do portal;
2. informativos: área destinada à exibição dos informativos disponibilizados no portal, cadastrados na área administrativa, que está ligada diretamente ao objetivo principal do projeto;

3. fale com a gente: formulário para interação dos internautas com a equipe de colaboradores do Portal Gestante do Zap.

A seguir, temos algumas imagens representativas que apresentam as funcionalidades e organização do Web Portal, bem como os temas abordados através desse canal (Figuras 2, 3 e 4).

A Figura 2 representa a tela inicial, tela de boas-vindas ao portal. É uma tela que tem uma animação, na qual fica trocando as seguintes frases: Valorize sua capacidade de gerar; Valorize sua virtude de nutrir; Valorize sua Habilidade de parir; e Valorize o que você tem de mais sagrado: seu corpo e mente.

Figura 2 - Imagens da tela de início, tela de Boas-Vindas.



A Figura 3 corresponde a tela Sobre Nós, onde mostra quem são as idealizadoras do portal, constando um informativo sobre o conteúdo encontrado e os objetivos do portal.

Figura 3 - Tela Sobre Nós.



A Figura 4 representa a tela Fale com a Gente, onde a gestante pode acessar, preenchendo os campos com seus dados pessoais, e enviar uma mensagem. O administrador do portal irá receber a mensagem no e-mail cadastrado e poderá responder à gestante.

Figura 4 - Tela Fale com Gente.

A imagem mostra a interface da página 'Fale com a Gente' do portal 'Gestante do Zap'. No topo, há uma barra de navegação com o nome do portal e links para 'Página Inicial', 'Sobre nós', 'Informativos' e um botão 'Fale Com A Gente'. O corpo da página tem um fundo cinza claro com o título 'COMO O GESTANTE DO ZAP PODE TE AJUDAR?'. Abaixo, há um formulário com campos para 'Digite seu nome', 'Digite seu e-mail', 'Digite o telefone', 'Digite o assunto' e um campo de texto grande para 'Digite a mensagem'. No rodapé do formulário, há uma opção 'Não sou um robô' com um ícone de CAPTCHA e um botão 'ENVIAR'.

A figura 05 mostra a tela das categorias que foram criadas no portal a fim de facilitar o conteúdo de interesse da gestante.

Essa tela em questão é sobre Empoderamento, só como exemplo.

Figura 5 – Tela das categorias dos assuntos.



Discussão

O web portal “Gestante do zap” é uma tecnologia desenvolvida com o objetivo de informar gestantes sobre o trabalho de parto e o parto e molda-se também como ferramenta de suporte ao pré-natal, para que elas possam ter mais conhecimento e, a partir dele, vivenciar esses momentos de forma mais consciente e serena, resgatando o protagonismo da mulher na gestação e no parto. A ideia é proporcionar auxílio e apoio às gestantes através informações de medicina baseada em evidências, porém, com uma linguagem simples e informativa, além de ampará-las em seus anseios através dos canais de comunicação “Fale com a gente”, priorizando o respeito, o acolhimento e a segurança.

O pré-natal representa um papel importante para a mulher e sua família não só para a manutenção e melhoria da saúde materna e fetal, mas para a prevenção e promoção da saúde da díade mãe-filho. Esse período é o momento de oferecer às gestantes orientações sobre todo o processo da gravidez, parto e puerpério. Devemos deixar claro para a mulher e sua família que elas são as protagonistas desse momento, favorecendo o empoderamento feminino, considerando os valores da humanização, seu estado emocional, suas crenças e exaltando sua dignidade e autonomia durante o parto. Com o portal, é possível desenvolver soluções de entretenimento e a criação de uma comunicação, proporcionando o conhecimento independente e autônomo à medida que oportuniza a mulher navegar de acordo com seu próprio interesse, mas também permite o compartilhamento e a obtenção de informações relevantes sobre o trabalho de parto e parto (DINIZ *et al.*, 2019).

A cada ano, percebe-se que a internet tem um papel mais significativo nas informações de saúde e na tomada de decisões por mulheres grávidas (GAO; LARSSON; LUO, 2013; FARRANT; HEAZELL, 2016; BIVIJJ *et al.*, 2020; MACKINTOSH *et al.*, 2020). Em uma pesquisa, Gao, Larsson e Luo (2013) identificaram que as mulheres grávidas se interessam por três tópicos na busca por informações na internet, que são: gravidez, parto e puerpério. Em estudo de Queiroz *et al.* (2021) ficou evidente que as gestantes expressam sentimentos de satisfação com o uso do tecnologias para informarem-se sobre a gravidez, o parto e seus bebês, com a possibilidade de mudança de comportamento frente às informações recebidas.

Outro estudo que avaliou o uso de aplicativos móveis e blogs por mulheres grávidas e o impacto na adaptação à gestação identificou que as gestantes atendem às suas necessidades de informações, não apenas com profissionais de saúde durante o

acompanhamento do pré-natal, mas também em outras fontes de informações, como blogs e aplicativos, revelando que esses dispositivos podem ser eficazes para aumentar o nível de adaptação de uma mulher grávida à gravidez e à maternidade (SAT; SÖZBIR, 2018).

O web portal “Gestante do Zap” está em consonância com as necessidades das gestantes percebidas nesses estudos citados, trazendo informações mais específicas sobre o trabalho de parto e o parto. Usa uma ferramenta contemporânea, de fácil acesso e entendimento e inédita, pois é o primeiro portal com informações voltado somente para o trabalho de parto e parto e tem como diferencial ser construído por uma profissional da área da enfermagem obstétrica com conhecimento prático e científico a ser transmitido com propriedade.

Existe um aumento de erudições sobre o uso de plataformas móveis para complementar o atendimento em obstetrícia e ginecologia (DeNICOLA *et al.*, 2020). No ambiente obstétrico, as mensagens de texto ajudaram a manter a cessação do tabagismo e a amamentação, e o monitoramento remoto diminuiu as visitas não programadas, embora os estudos fossem limitados pelo tamanho da amostra e pela heterogeneidade (DeNICOLA *et al.*, 2020). Os aplicativos móveis melhoraram a conclusão das consultas pré-natais (BUSH *et al.*, 2017). Para Goetz *et al.* (2017) o uso de apps mHealth, sem dúvida, abre novos espaços para o progresso futuro. As informações seguras e advindas de fontes confiáveis inspiram credibilidade, o que denota a importância desses aspectos para a escolha da via de informação que causa interesse e que será utilizado pelo público-alvo (QUEIROZ *et al.*, 2021). Dentre os vários conteúdos abordados em apps para gravidez, os informativos constituem a maior parte deles, os mais comuns são a respeito do desenvolvimento fetal, medida uterina, calculadora para data provável do parto, temporizador de contração e alguns

avançados permitem a monitorização fetal (LEE; MOON, 2016; TRIPP *et al.*, 2014).

Contudo, para o melhor uso e aproveitamento do portal é necessário que a interface consiga oferecer funcionalidades que permitam aos usuários realizarem suas tarefas com o mínimo possível de dificuldades em sua utilização. Assim, pode-se obter êxito e satisfação em seu uso, aproveitando todas as suas funcionalidades, promovendo uma futura utilização e uma boa experiência pelo usuário (KREBS *et al.*, 2015; KRASCHNEWSKI *et al.*, 2014).

Dessa forma, espera-se que o produto apresentado tenha impacto no preparo das gestantes para o parto, bem como na prática obstétrica, proporcionando melhorias na qualidade da assistência, contribuindo com o pré-natal através de orientações e conhecimento sobre as temáticas trabalhadas, sempre respeitando a autonomia da mulher durante o processo parturitivo e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODM).

Considerações finais

O desenvolvimento de tecnologias digitais centradas no usuário é uma estratégia que amplia a difusão de conhecimento, possibilita a identificação e interesse nos conteúdos e favorece o empoderamento. O Portal Web Gestantes do Zap é uma proposta inovadora, de fácil acesso e pertinente para a era moderna e tecnológica em que estamos inseridos. As tecnologias digitais são capazes de potencializar as condições de saúde ao aguçar a geração de melhores condições e informações para o trabalho de parto e o parto, sendo que, aliadas às orientações no pré-natal, poderão contribuir para a autonomia da mulher, proporcionando a ela uma experiência de parto mais positiva.

O conteúdo do Portal Web Gestantes do Zap serão validados posteriormente conforme descrito na metodologia.

Todavia, espera-se que seja disponibilizado para a rede de atenção primária de saúde e/ou para qualquer gestante que se interessar pelo assunto, bem como pelos profissionais de saúde que podem contribuir em prol da promoção e/ou prevenção da sua saúde e que desejarem acessar as informações das tecnologias digitais.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Ergonomia da interação humano-sistema**: Métodos de usabilidade que apoiam o projeto centrado no usuário. Brasília: ABNT ISO/TR 16982 2014.

Disponível em:

<http://www.abntcatalogo.com.br/norma.aspx?ID=311279>. Acesso em: 05 Nov. 2020

BIVIJJI, R. *et al.* Factors related to user ratings and user downloads of mobile apps for maternal and infant health: Cross-sectional study. **JMIR mHealth and uHealth**, v. 8, n. 1, p. e15663, 2020.

BUSH, J. *et al.* Impact of a mobile health application on user engagement and pregnancy outcomes among Wyoming Medicaid members. **Telemedicine and e-Health**, v. 23, n. 11, p. 891-898, 2017.

DeNICOLA, N. *et al.* Telehealth interventions to improve obstetric and gynecologic health outcomes: a systematic review. **Obstetrics and gynecology**, v. 135, n. 2, p. 371, 2020.

DINIZ, C. M. M. *et al.* Contribuições dos aplicativos móveis para a prática do aleitamento materno: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, p. 571-577, 2019.

FARRANT, K.; HEAZELL, A. E. P. Online information for women and their families regarding reduced fetal movements is of variable quality, readability and accountability. **Midwifery**, v. 34, p. 72-78, 2016.

GAO, L.-L; LARSSON, M.; LUO, S.-Y. Internet use by Chinese women seeking pregnancy-related information. **Midwifery**, v. 29, n. 7, p. 730-735, 2013.

GOETZ, M. *et al.* Perceptions of patient engagement applications during pregnancy: a qualitative assessment of the patient's perspective. **JMIR mHealth and uHealth**, v. 5, n. 5, p. e7040, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Anuário Estatístico do Brasil**. Rio Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock Acesso em: 21 jul. 2022.

KRASCHNEWSKI, J. L. *et al.* Paging “Dr. Google”: does technology fill the gap created by the prenatal care visit structure? Qualitative focus group study with pregnant women. **Journal of Medical Internet Research**, v. 16, n. 6, p. e3385, 2014.

KREBS, P. *et al.* Health app use among US mobile phone owners: a national survey. **JMIR mHealth and uHealth**, v. 3, n. 4, p. e4924, 2015.

LEE, Y.; MOON, M. Utilization and content evaluation of mobile applications for pregnancy, birth, and child care. **Healthcare informatics research**, v. 22, n. 2, p. 73-80, 2016.

LOVELL, H.; HARRIS, J. M. Uma pesquisa explorando o uso de aplicativos móveis por mulheres no trabalho de parto no Reino Unido. **Obstetrícia**, v. 100, p. 103041, 2021.

MACKINTOSH, N. *et al.* Online resources and apps to aid self-diagnosis and help seeking in the perinatal period: A descriptive survey of women's experiences. **Midwifery**, v. 90, p. 102803, 2020.

MARKO, K. I. *et al.* A mobile prenatal care app to reduce in-person visits: prospective controlled trial. **JMIR mHealth and uHealth**, v. 7, n. 5, p. e10520, 2019.

OLIVEIRA, A. R. F.; ALENCAR, M. S. M. O uso de aplicativos de saúde para dispositivos móveis como fontes de informação e educação em saúde. **RDBCÍ: Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, v. 15, n. 1, p. 234-245, 2017.

QUEIROZ, F. F. de S. N. *et al.* Avaliação do aplicativo “Gestação” na perspectiva da semiótica: o olhar das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 485-492, 2021.

ŞAT, S. Ö.; SÖZBİR, Ş. Y. Use of mobile applications and blogs by pregnant women in Turkey and the impact on adaptation to pregnancy. **Midwifery**, v. 62, p. 273-277, 2018.

TRIPP, N. *et al.* An emerging model of maternity care: smartphone, midwife, doctor?. **Women and Birth**, v. 27, n. 1, p. 64-67, 2014.

UKOHA, E. P.; FEINGLASS, J.; YEE, L. M. Disparities in electronic patient portal use in prenatal care: retrospective cohort study. **Journal of medical Internet research**, v. 21, n. 9, p. e14445, 2019.

ESPAÇO MÃE-BEBÊ EM UNIDADE HOSPITALAR PSIQUIÁTRICA

Marcelo Artmann

Ricardo Germano Lied

Rita de Cássia Barcellos Bittencourt

Suzinara Beatriz Soares de Lima

Josiane Lieberknecht Wathier

Luciane Najjar Smeha

Introdução

Este capítulo apresenta uma tecnologia social, produto de uma dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana (UFN), Santa Maria/RS. Trata-se de um alojamento conjunto mãe-bebê em unidade psiquiátrica, tendo em vista a preocupação com a manutenção/fortalecimento do vínculo entre mãe e filho no âmbito hospitalar. A finalidade foi oferecer um ambiente planejado, onde a mãe pode conviver com seu filho algumas horas por dia, com suporte de uma equipe especializada, promovendo o fortalecimento do vínculo entre ambos, ao mesmo tempo em que realiza o tratamento para saúde mental.

O alto índice de transtornos psíquicos em gestantes e mães no Brasil denota a importância da criação de um ambiente para a convivência da mãe e bebê durante a internação psiquiátrica. Os transtornos psiquiátricos graves no pós-parto estão entre os mais difíceis de tratar, pois são de início súbito, podendo se deteriorar rapidamente, sendo uma das principais causas de morte materna por suicídio, podendo estar associados a déficits

no cuidado do recém-nascido e a rupturas no relacionamento mãe-bebê (JONES *et al.*, 2014).

A longo prazo, os filhos de mães internadas em serviços psiquiátricos podem desenvolver problemas na saúde física e/ou psíquica e déficits no desenvolvimento mental (WRIGHT; STEVENS; WOULDES, 2018). Assim, conforme Glangeaud-Freudenthal, Howard e Sutter-Dallay (2014), os episódios graves no pós-parto, como a psicose puerperal, depressão grave ou recidiva do transtorno bipolar, requerem cuidados imediatos que, na maioria dos países, geralmente significa hospitalização em unidades psiquiátricas mãe e bebê.

No Brasil, não há alojamento conjunto em unidades psiquiátricas de hospitais gerais, por isso essa internação pode ser uma experiência traumática, por retirar a pessoa do ambiente doméstico e convívio familiar. No caso da internação de uma mulher que é mãe, a situação pode ser ainda mais complexa, porque envolve o afastamento dos filhos(as), muitas vezes ainda bebês que estão sendo amamentados com leite materno, que é recomendado até os dois anos de idade, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015). Esse afastamento gera ansiedade e angústia, aumentando o sofrimento psíquico da mãe. Nesse sentido, o hospital passa a ser o mediador da relação mãe-filho e deve promover a humanização no atendimento.

Essas unidades são conhecidas internacionalmente como *Mother Baby Units* (MBUs) e essa modalidade iniciou com Thomas Main, em 1948, no Hospital Cassel em Surrey, Inglaterra (BROCKINGTON, 1962). Posteriormente, se espalharam por todo o Reino Unido e, atualmente, estão disponíveis em países como: França, Nova Zelândia, Austrália, Alemanha, Estados Unidos, Índia, dentre outros (CHANDRA *et al.*, 2015).

As MBUs podem ser individuais ou em anexo a unidades psiquiátricas gerais. São lugares seguros e acolhedores, que

permitem a internação de mães e bebês juntos, em quartos individuais, equipados com berços e toda a estrutura necessária para que elas possam realizar os cuidados de rotina com o bebê, estreitando o vínculo afetivo entre ambos. Uma equipe especializada está disponível para orientar ou intervir quando necessário, mas a prerrogativa da realização dos cuidados com o bebê é da mãe. Nessas unidades, podem ser admitidas mulheres no final da gravidez e a qualquer momento, até o bebê completar um ano de idade (ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS, 2018).

Assim, a internação em unidade psiquiátrica com alojamento conjunto mãe-bebê pode ser uma medida de proteção da relação mãe-filho(a). Embora o distanciamento em decorrência da internação também reverbere em sofrimento, o mesmo pode ser abrandado com a humanização do atendimento prestado nos serviços de saúde. Por conseguinte, o alojamento conjunto pode ser uma alternativa à manutenção do vínculo da mãe-filho(a), inclusive através da possibilidade da continuidade da amamentação do bebê. Os possíveis benefícios da prática também devem ser observados sob a ótica da criança, diretamente afetada pela manutenção do vínculo materno.

A maioria dos estudos realizados sobre as unidades mãe-bebê são no Reino Unido, França, Nova Zelândia, Austrália, Alemanha, Estados Unidos e Índia, onde se tem notícias de sua implantação (CHANDRA *et al.*, 2015). Essas unidades apresentam potencial de impactar positivamente no reestabelecimento da saúde psíquica da mãe através da estimulação de cuidados maternos e, consequentemente, a manutenção do importante vínculo entre ambos.

Diante desse cenário e da experiência do pesquisador na área de enfermagem em unidade psiquiátrica, somado ao conhecimento adquirido por meio da literatura internacional, foi possível elucidar a necessidade de operacionalizar este

projeto na unidade de psiquiatria Paulo Guedes – Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). O alojamento conjunto propõe o aprimoramento e a humanização do atendimento durante a internação de mulheres/mães em unidade psiquiátrica, através da manutenção/fortalecimento do vínculo entre mãe-bebê e do exercício da maternidade.

Fundamentação teórica para o desenvolvimento da proposta

No período da gestação e puerpério, a saúde mental perinatal necessita de atenção e cuidado, tendo em vista que a mulher passa por várias alterações físicas, hormonais, psíquicas e de interação com o meio social, as quais reflete na sua saúde mental (CAMACHO *et al.*, 2006). Nesse contexto, Maldonado (2002) também caracteriza o puerpério como um momento de grande vulnerabilidade a crises, devido às mudanças desencadeadas pelo evento, podendo ser um fator de risco para a saúde mental (PARFITT; AYERS, 2014). Durante esse período, é comum que a mãe vivencie sintomas de ansiedade e depressão. Esse momento é caracterizado pela variabilidade e intensidade das emoções, onde essas variações podem ser de início súbito e são conhecidas como “labilidade emocional”, o que, por conseguinte, pode comprometer o diagnóstico correto da depressão pós-parto, pois a linha entre a tipicidade e o patológico é muito tênue (CAMACHO *et al.*, 2006).

A depressão pós-parto é considerada a complicação psiquiátrica mais comum no período após o nascimento do bebê. A prevalência de casos prováveis de depressão pós-parto no Brasil foi de 26,3%, segundo o estudo de Theme Filha *et al.* (2016). Ainda, Chaudron e Pies (2003) apontam que os transtornos psiquiátricos puerperais que podem acometer a mulher nessa fase podem ser classificados como: disforia do pós-

parto (*puerperal blues*), depressão pós-parto e psicose puerperal.

O *Puerperal Blues* pode ocorrer nos primeiros dias após o nascimento do bebê, tendo seu pico no quinto dia e regredindo de maneira espontânea após duas semanas. Os sintomas mais comuns são: choro fácil, mudanças de humor, irritabilidade e hostilidade com a família e os acompanhantes, geralmente não necessitam de intervenção medicamentosa, tão somente o apoio e suporte da família. Sabe-se, ainda, que a presença de ansiedade ou depressão na gestação está associada a sintomas depressivos no puerpério (BLOCH *et al.*, 2005).

Já na depressão pós-parto as mulheres apresentam humor deprimido, choro fácil, labilidade afetiva, irritabilidade, perda de interesse pelas atividades habituais, sentimento de culpa e capacidade de concentração prejudicada. Outros sintomas que podem estar incluídos são insônia e perda de apetite (NONACS; COHEN, 1998). No entanto, algumas particularidades clínicas são descritas na depressão pós-parto, como um componente ansioso mais proeminente (ROSS *et al.*, 2003).

Em um estudo, foram analisados pensamentos obsessivos de mulheres deprimidas, onde concluiu-se que mulheres com depressão pós-parto tinham mais pensamentos de agressividade contra seus filhos do que mulheres deprimidas fora do período pós-parto, independente da gravidade do quadro (WISNER *et al.*, 1999). Ainda, evidências apontam no sentido de que a depressão pós-parto pode ser uma continuação da depressão iniciada durante a gestação (RYAN; MILIS; MISRI, 2005).

A psicose puerperal é um transtorno de início súbito, sendo um quadro mais grave, geralmente necessita de cuidados mais intensos e tratamentos mais longos. Estudos indicam que duas entre três mulheres diagnosticadas com psicose puerperal desenvolveram os sintomas nas duas primeiras semanas de vida dos filhos. Elas apresentavam delírios e alucinações, confusões

mentais típicas da psicose puerperal, podendo ou não terem apresentado sintomas depressivos, maníacos ou mistos em conjunto. Geralmente, essas mulheres apresentaram delírios envolvendo os filhos recém-nascidos, onde o principal pensamento era fazer algum mal ao bebê. Além disso, o suicídio também é um risco para essas mulheres, já que os índices de ocorrências são em nível considerável (CHAUDRON; PIES, 2003).

Os transtornos psiquiátricos subdiagnosticados e não tratados em gestantes podem levar a graves consequências materno-fetais, até mesmo no trabalho de parto (JABLENSKY *et al.*, 2005). Mulheres que sofreram abortos, com histórico de doença psiquiátrica na família, sem suporte emocional familiar e as que se tornaram mães antes dos 16 anos, fazem parte de um grupo de risco, por isso precisam de acompanhamento atento durante a gravidez e no pós-parto (CAMACHO *et al.*, 2006).

Os transtornos psiquiátricos puerperais estão associados a dificuldades que são inerentes aos aspectos da vida cotidiana. Essas implicações podem ser entendidas não só como consequência da doença, mas também como causa, pois o nascimento de um filho altera a rotina da mulher, alcançando uma perspectiva que ultrapassa o biológico; sua nova condição implica também em novas responsabilidades. A dificuldade de conciliar realização profissional, vida amorosa e maternidade são problemas de ordem prática que geram sentimento de culpa e inadequação (MOURA; FERNANDES; APOLINÁRIO, 2011).

A história remete que o pioneirismo nas percepções sobre o dano causado com o afastamento de crianças das suas mães iniciou na Inglaterra logo após a Segunda Guerra Mundial. Conforme Bowlby *et al.* (1956), durante a evacuação de Londres, devido aos intensos bombardeios, houve a necessidade de retirada das crianças da cidade, o que inevitavelmente as

afastou de suas mães. Esse fato, posteriormente, revelou os efeitos nocivos da separação dessas famílias.

Diante disso, tornou-se comum admitir mães e filhos em hospitais pediátricos, levando a primeira internação psiquiátrica mãe-bebê em 1948, para uma mulher que sofria de depressão não psicótica (BAKER *et al.*, 1961). Gradualmente, nos anos seguintes, mulheres com diversas doenças mentais relacionadas ao período perinatal foram admitidas em unidades especiais, criadas junto às unidades psiquiátricas para adultos (MAIN, 1958). Racamier, psiquiatra e psicanalista francês, ocasionalmente admitia mães e seus bebês juntos em um departamento psiquiátrico adulto, alegando que “a terapia ideal é impossível sem a presença do bebê” (RACAMIER; SENS; CARRETIER, 1961, p. 237).

Nesse sentido, as informações que corroboram com princípio fundamental das MBUs vêm de duas fontes: mãe e filho. Sobre o bebê, a observação clínica demonstrou que uma privação afetiva decorrente de uma separação, principalmente no primeiro ano de vida e mesmo que breve, causa impacto negativo no desenvolvimento cognitivo, psíquico e emocional da criança (BOWLBY, 1981). No que tange à mãe, tem havido uma renovação do interesse pelos distúrbios do pós-parto, sendo um dos primeiros temas da psiquiatria moderna, já em 1858, pelo psiquiatra francês Louis Victor Marcé. De lá pra cá, inúmeros autores, como Winnicott (1956), Racamier, Sens e Carretier (1961), Bion (1962) e Pitt (1968), demonstraram que os distúrbios no pós-parto interferem na maternidade ideal, dado que, nesse período, as mães com doenças mentais têm dificuldades de responderem às necessidades de seus bebês. Ainda, segundo Howard (2000), esses distúrbios podem levar à separação da mãe e do bebê.

Este arranjo de cuidado, baseado em preservar a relação mãe-bebê, após enraizado na Grã-Bretanha, espalhou-se por

outras partes do mundo. Atualmente, existe um número considerável de unidades em vários países, como: Reino Unido, França, Nova Zelândia, Austrália, Alemanha, Estados Unidos, Índia, dentre outros (CHANDRA *et al.*, 2015). É importante esclarecer que no Brasil o tema ainda é pouco explorado, não há notícias sobre a implementação de alojamento conjunto mãe-bebê.

A unidade de internação psiquiátrica, na qual a mãe pode ficar junto ao seu filho de maneira contínua ou intermitente, segundo a definição do Royal College of Psychiatrists (2018), são lugares calmos e acolhedores, nos quais cada mãe tem seu próprio quarto, com berço para o bebê. A equipe especializada nutre e apoia o relacionamento mãe-bebê, mas não substituiu a mãe nos cuidados com o bebê; ela recebe apoio para que consiga atender as necessidades do bebê, ao mesmo tempo em que faz o tratamento para sua doença mental. Nas MBUs, podem ser admitidas mulheres no final da gravidez e a qualquer momento até o bebê completar um ano de idade.

As MBUs possuem características individuais e cada uma foi criada com um propósito específico. Entretanto, conforme Poinso *et al.* (2002), existem quatro indicações possíveis: a primeira envolve pacientes com distúrbios psicóticos agudos do puerpério (psicose pós-parto); a segunda indicação refere-se a transtornos ansiosos, neuróticos e depressivos que podem interferir na relação mãe-bebê; na terceira indicação estão os casos onde o vínculo afetivo mãe-bebê deve ser promovido precocemente e inclui situações médicas, sociais e psiquiátricas graves, como esquizofrenia ou transtorno de personalidade; e a quarta indicação visa crianças com sintomas funcionais (distúrbios do sono ou alimentação) ou atraso no desenvolvimento (retardo psicomotor), quando podem se beneficiar de um ambiente de interação mãe e filho. Nessa última categoria, as internações são breves, os pais geralmente

não possuem transtorno mental e podem ser admitidas crianças maiores de um ano de idade.

Por mais severa que seja a doença da mãe e qualquer que seja seu diagnóstico, é altamente provável que a redução dos sintomas ocorra durante a internação com alojamento mãe-bebê, acarretando um aumento da sensibilidade materna e diminuição da indiferença. Além disso, o bebê apresenta interação melhorada com a mãe em termos de cooperação, melhorando, assim, a sincronia diática da interação (STEPHENSON *et al.*, 2018).

O alojamento conjunto foi desenvolvido no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), na Unidade Psiquiátrica Paulo Guedes. O espaço em questão foi composto por uma sala ampla, com banheiro individual e ar-condicionado. As paredes receberam pintura e decoração com temas delicados, o mobiliário é constituído de um leito adulto, um berço, uma poltrona de amamentação, um trocador de fralda com armário, uma banheira para bebê e objetos de higiene para o bebê.

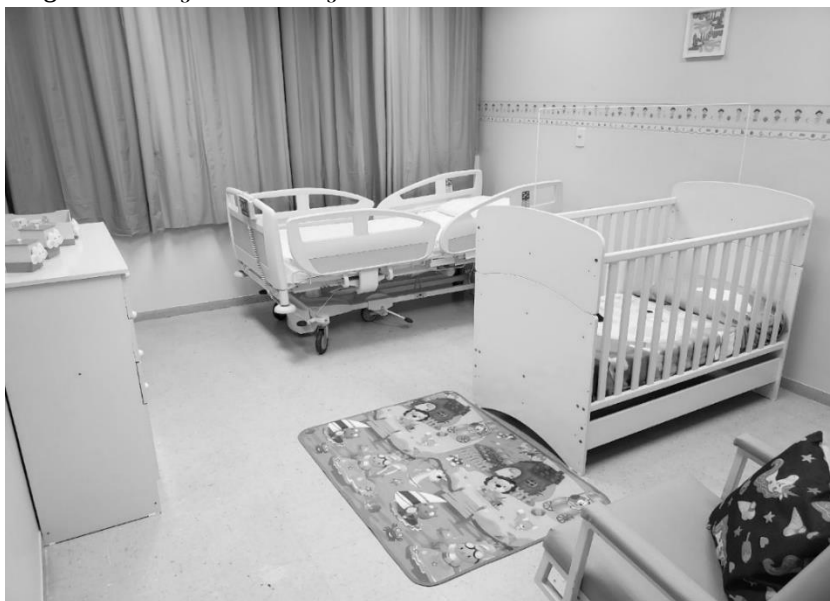
Abaixo são apresentadas algumas imagens do produto técnico “Alojamento conjunto mãe-bebê - Unidade Paulo Guedes”.

Figura 1 - Entrada do alojamento conjunto mãe-bebê - Unidade Paulo Guedes.



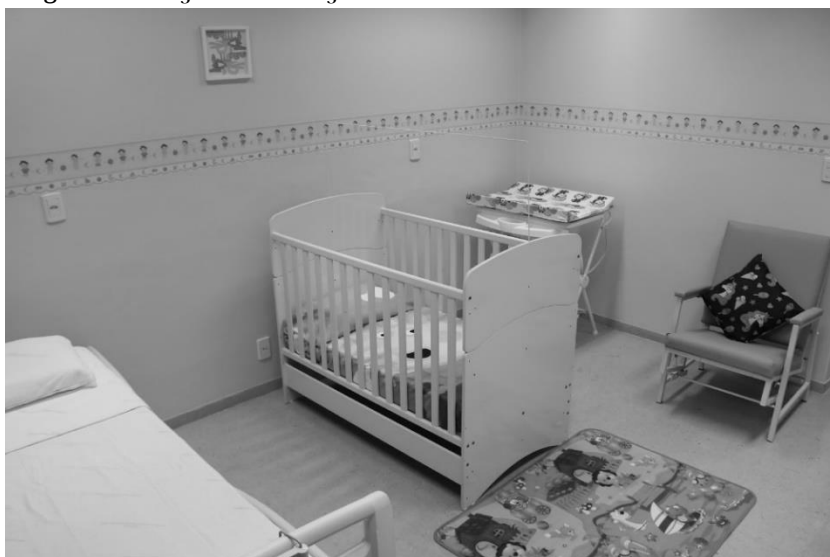
Fonte: Assessoria de comunicação HUSM/EBSERH.

Figura 2 - Alojamento conjunto mãe-bebê - Unidade Paulo Guedes.



Fonte: Assessoria de comunicação HUSM/EBSERH.

Figura 3 - Alojamento conjunto mãe-bebê - Unidade Paulo Guedes.



Fonte: Assessoria de comunicação HUSM/EBSERH.

Figura 4 - Detalhes ambiência do alojamento conjunto.



Fonte: Assessoria de comunicação HUSM/EBSERH.

Figura 5 - Banheiro do alojamento conjunto.



Fonte: Assessoria de comunicação HUSM/EBSERH.

Figura 6 - Leito motorizado do alojamento conjunto.



Fonte: Assessoria de comunicação HUSM/EBSERH.

Figura 7 - Ambiência/poltrona de amamentação do alojamento conjunto.



Fonte: Assessoria de comunicação HUSM/EBSERH.

Considerações finais

A criação de um alojamento conjunto em unidade psiquiátrica vai muito além de um espaço físico organizado e humanizado. Trata-se de retirar as mães em sofrimento psíquico da invisibilidade, pois geralmente estão atreladas ao estigma de serem “paciente psiquiátrico”, o qual parece se sobrepor ao desempenho da maternidade ou qualquer outra representatividade dentro do sistema familiar e sociedade. O alojamento conjunto proporciona, independente das dificuldades de cada caso, o resgate do mais importante: as relações de afeto, reduzindo, por consequência, os prejuízos causados pelo afastamento mãe-bebê no período de internação.

Neste estudo, os profissionais da saúde que compõem a equipe da unidade puderam refletir sobre a implementação do alojamento conjunto a partir do que foi explicado pelo pesquisador e das questões abordadas no instrumento de coleta de dados. A aprovação da implementação pela equipe é considerada um resultado muito significativo, o qual indica uma possível boa adesão e cooperação para o futuro funcionamento do espaço mãe-bebê.

Embora o promissor desenvolvimento da proposta até o momento, considera-se como um desafio não só unir esforços da equipe profissional e residentes, mas sensibilizar os gestores do hospital quanto à importância e aos benefícios de viabilizar, na rotina da unidade Paulo Guedes, essa modalidade diferenciada de atendimento com vistas à saúde materno-infantil.

Referências

BAKER, A. A. *et al.* Admitting schizophrenic mothers with their babies. **Lancet**, v. 29, n. 2, p. 237-239, 1961.

BION, W. R. **Learning from experience**. New York: Basic Books, 1962.

BLOCH, M. *et al.* Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. **Journal of Affective Disorders**, v. 88, n. 1, p. 9-18, 2005.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Penguin Books-CIP Brasil, 1981.

BOWLBY, J. *et al.* The effects of mother-child separation: a follow-up study. **British Journal of Medical Psychology**, v. 29, n. 3-4, p. 211-247, 1956.

BRASIL. **Saúde da criança**: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BROCKINGTON, I. **Motherhood and mental health**. Oxford: Oxford University Press, 1962.

CAMACHO, R. S. *et al.* Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006.

CHANDRA, P. S. *et al.* The establishment of a mother-baby inpatient psychiatry unit in India: Adaptation of a Western model to meet local cultural and resource needs. **Indian Journal of Psychiatry**, v. 57, n. 3, p. 290-294, 2015.

CHAUDRON, L. H.; PIES, R. W. The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 64, n. 11, 2003.

GLANGEAUD-FREUDENTHAL, N. M. C.; HOWARD, L. M.; SUTTER-DALLAY, A.-L. Treatment - mother-infant inpatient units. **Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 28, n. 1, p. 147-157, 2014.

HOWARD, L. M. The separation of mothers and babies in the treatment of postpartum psychotic disorders in Britain 1900–1960. **Archives of Women's Mental Health**, v. 3, p. 1-5, 2000.

JABLENSKY, A. V. *et al.* Pregnancy, delivery, and neonatal complications in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. **American Journal of Psychiatry**, v. 162, n. 1, p. 79-91, 2005.

JONES, I. *et al.* Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. **Perinatal Mental Health**, v. 384, n. 9956, p. 1789-1799, 2014.

MAIN, T. F. Mothers with children in a psychiatric hospital. **Lancet**, v. 18, n. 2, p. 845-847, 1958.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MOURA, E. C. C.; FERNANDES, M. A.; APOLINÁRIO, F. I. R. Percepção materna sobre transtornos psiquiátricos no puerpério: implicações na relação mãe-filho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 64, n. 3, p. 445-450, 2011.

NONACS, R.; COHEN, L. S. Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 54, n. 2, p. 34-40, 1998.

PARFITT, Y.; AYERS, S. Transition to parenthood and mental health in first-time parents. **Infant Mental Health Journal**, v. 35, n. 3, p. 263-273, maio/jun. 2014.

PITT, B. Atypical depression following childbirth. **British Journal of Psychiatry**, p. 339-346, 1968.

POINSON, F. *et al.* Care in a mother-baby psychiatric unit: analysis of separation at discharge. **Archives of Women's Mental Health**, v. 5, n. 2, p. 49-58, 2002.

RACAMIER, P. C.; SENS, C.; CARRETIER, L. La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. **L'Evolution Psychiatrique**, v. 26, n. 4, p. 525-570, 1961.

ROSS, L. E. *et al.* Measurement issues in postpartum depression part 1: Anxiety as a feature of postpartum depression. **Archives of Women's Mental Health**, v. 6, p. 51-57, 2003.

ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. **Building Capacity, Psychiatry Leadership in Perinatal Mental Health Services**. Reino Unido: Royal College of Psychiatrists, 2018.

RYAN, D.; MILIS, L.; MISRI, N. Depression during pregnancy. **Canadian Family Physician**, Mississauga, v. 51, n. 8, p. 1087-1093, 2005.

STEPHENSON, L. A. *et al.* Mother and baby units matter: improved outcomes for both. **British Journal of Psychiatry**, v. 4, n. 3, p. 119-125, abr. 2018.

THEME FILHA, M. M. *et al.* Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. **Journal of Affective Disorders**, v. 194, p. 159-167, abr. 2016.

WINNICOTT, D. W. **Collected papers**: through paediatrics to psychoanalysis. London: Primary Maternal Preoccupation, 1956.

WISNER, K. L. *et al.* Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 60, n. 3, p. 76-80, 1999.

WRIGHT, T.; STEVENS, S.; WOULDES, T. A. Mothers and their infants co-admitted to a newly developed mother-baby unit: characteristics and outcomes. **Infant Mental Health Journal**, v. 39, n. 6, p. 707-717, 2018.

IMPLANTAÇÃO E CERTIFICAÇÃO DE SALA DE APOIO À AMAMENTAÇÃO EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR

Gabriele Hatwig Knob

Franceliane Jobim Benedetti

Dirce Stein Backes

Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

Patrícia Pasquali Dotto

Introdução

O aleitamento materno exclusivo (AME) promove benefícios para as crianças e para as mães. Nesse sentido, sabe-se que o aleitamento materno (AM), como possui os nutrientes essenciais ao crescimento e desenvolvimento da criança, promove uma menor morbidade e mortalidade de crianças, previne futuras doenças não transmissíveis, como hipertensão, diabetes mellitus e obesidade (IBARRA-ORTEGA *et al.*, 2020).

Contudo, o AME tem sido um desafio, mesmo que os índices nacionais, entre crianças com até 6 meses, tenham aumentado de 2,9%, em 1986, para 45,7%, em 2020 (BRASIL, 2021). Nessa perspectiva, muitos fatores contribuem para que mães abandonem o AM, como o retorno ao trabalho e a baixa produção de leite. Nesse sentido, a criação de espaços nos locais de trabalho que possibilitem a extração de leite é uma iniciativa que é interessante para promover o AM. Os estudos realizados em países como Taiwan (LIN *et al.*, 2020), Estados Unidos (KIM; SHIN; DONOVAN, 2019) e México (IBARRA-ORTEGA *et al.*, 2020) mostram que espaços criados nos locais de trabalho promoveram o aumento e o prolongamento da amamentação.

As salas de apoio à amamentação são fundamentais para assegurar a continuidade da amamentação, evitando o desmame precoce. As mulheres que amamentam e que se afastam dos filhos em virtude do trabalho ou estudo, precisam esvaziar as mamas durante a jornada, tanto para o alívio do desconforto quanto para manter a produção do leite. Há, também, a possibilidade de a mãe amamentar o filho no horário de trabalho, permitindo que a mesma não interrompa o processo de amamentação. As salas possibilitam, ainda, a retirada do leite com privacidade, segurança, higiene e conforto. O leite fica guardado em um refrigerador ou freezer que fica no mesmo ambiente e depois é levado pela mãe trabalhadora/estudante para casa ao fim do expediente para oferta posterior a sua criança.

Para que mãe e criança se beneficiem do aleitamento materno e para criarem um ambiente favorável à prática, o Brasil, em 2019, contava com 228 salas de apoio à amamentação credenciadas pelo Ministério de Saúde, onde seis dessas salas beneficiavam mulheres trabalhadoras do Rio Grande do Sul. Contudo, não foram encontrados relatos na literatura referentes a salas de amamentação implantadas, certificadas em instituições de ensino superior no Rio Grande do Sul (BRASIL, 2019).

Não é só o binômio mãe-filho que se beneficia com a implantação das salas de apoio à amamentação, mas também as empresas/instituições que investem nessa estratégia, pois há um menor absenteísmo da mãe trabalhadora, haja vista que as crianças amamentadas adoecem menos; ocorre maior adesão ao emprego ao proporcionar maior conforto e valorização das necessidades das mulheres, o que evita investir em contratações e treinamentos de novos trabalhadores; e a formação de uma imagem positiva da empresa perante os trabalhadores e a sociedade.

Também, observou-se que as instituições de ensino superior não apresentam ambientes de amamentação propícios, justificando a necessidade de um compromisso organizacional nesse setor, para que avanços à manutenção/prolongamento do aleitamento sejam alcançados. Diante desse contexto, e por existir uma lacuna científica relacionada às etapas de implantação e certificação de uma sala de apoio à amamentação, busca-se relatar a experiência de implantação de uma sala de apoio à amamentação em uma instituição de ensino superior.

Inicialmente, foi realizada uma revisão integrativa acerca da implantação de uma sala de apoio à amamentação em locais de trabalho e universidade, sendo esses resultados apresentados previamente, subsidiando o desenvolvimento do produto tecnológico.

Com base no exposto, o presente estudo teve como objetivo implantar e certificar uma sala de apoio à amamentação em uma instituição de ensino superior do interior do estado do Rio Grande do Sul. O processo de implantação e certificação da sala de apoio à amamentação envolveu um conjunto de técnicas reaplicáveis, desenvolvidas na interação com a comunidade e que representam efetivas soluções de transformação social, configurando-se como uma tecnologia social.

Métodos

Trata-se do relato de experiência acerca da implantação e certificação de uma sala de de apoio à amamentação em uma instituição de ensino superior. A implantação foi realizada em uma instituição de ensino superior privada, localizada município de Santa Maria-RS. A Universidade Franciscana (UFN), mantida pela Sociedade Caritativa e Literária São Francisco de Assis – Zona Norte, é uma Instituição de Educação

Superior (IES), de direito privado e de natureza confessional e comunitária.

Atualmente, a UFN conta com 311 funcionárias em período fértil (16 a 49 anos). Entre os anos de 2019 e 2020, a média anual de funcionárias em licença maternidade foi de 39 funcionárias, o que corresponde a 12,54% do total em período fértil. No ano de 2021, a IES possuía 2.600 estudantes matriculadas, em idade fértil, abrangendo todos os cursos, sendo que não há dados do número de estudantes em exercício domiciliar devido à maternidade.

A IES desenvolve atividades para apoio, promoção e proteção ao aleitamento materno através da flexibilização do horário de desempenho das atividades (redução), conforme previsto no artigo 396 da CLT. Para as funcionárias técnico-administrativas, soma-se a cláusula trigésima do Sindicato dos Técnicos em Administração Escolar, onde amplia-se o afastamento previsto em lei com o acréscimo de 30 minutos.

A partir da definição do local dentro da IES, foi elaborado o projeto de implantação, que contou com a elaboração de uma planta baixa para o local e a elaboração de uma identidade visual. Em seguida, iniciou-se a avaliação das condições atuais e a necessidade de adaptações, de acordo com o “Guia para implantação de salas de apoio à amamentação” (BRASIL, 2015), a legislação do Banco de Leite Humano (BRASIL, 2006) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2010).

Tipo de estudo

O presente estudo caracteriza-se pelo desenvolvimento de uma tecnologia social e organização social inovadora, selecionada pela relevância como Laboratório Vivo em Saúde Materno-Infantil na Instituição e por ter sido a primeira sala de apoio à amamentação implantada em uma Instituição de Ensino

Superior no Sul do Brasil. Constitui-se em mecanismo estratégico que favorece o protagonismo, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e impacto social, com vistas a melhorar o desempenho e contribuir para o prolongamento do aleitamento materno de mulheres trabalhadoras/estudantes.

A tecnologia social representa um conjunto de elementos que se traduzem em produtos, técnicas e/ou metodologias reaplicáveis, desenvolvidas na interação com a comunidade e que representam efetivas soluções de transformação social. Visando a inclusão social e a partir da necessidade dos usuários, a tecnologia social constitui-se em um movimento construtivista, determinado pelas ações mútuas entre o indivíduo e o meio, que orienta o desenvolvimento de produtos, processos, técnicas ou metodologias (NASCIMENTO; BENINI; PETEAN, 2021).

Resultados

Identificação do problema e levantamento de dados pertinentes para planejamento das mudanças

A referida IES não possui creche, mas fornece auxílio-creche conforme a Convenção Coletiva dos Sindicatos, onde o valor é atualizado anualmente.

O ‘Espaço Amamentação’ foi inaugurado no dia 11 de abril de 2019, idealizado pela equipe de docentes do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana (UFN). Está localizado no hall do prédio 16 no conjunto III da IES. O ‘Espaço Amamentação’ proporciona um ambiente acolhedor, seguro e estimulador, com conforto, privacidade e as condições higiênicas de que toda lactante precisa na hora de amamentar sua criança, coletar e armazenar o seu leite, aumentando o período de amamentação da criança, como é indicado pelo Ministério da Saúde (MS), que sugere seio

materno até os dois anos de idade. O local dispõe de poltrona, geladeira com termômetro, pufes, mesa de apoio, pia para higienização das mãos, dispenser de papel toalha, sabonete líquido e lixeiras para o correto descarte dos resíduos.

Métodos para implantação da sala de apoio à amamentação

Durante as etapas da implantação e certificação da sala de apoio à amamentação, houve a sinergia de setores institucionais, como a PROAD, o Setor de Inovação, o Setor de Design-LPD, o Curso de Arquitetura, a colaboração da docente da UFSC, além de órgãos, como a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), Secretaria de Saúde do Estado e do Ministério da Saúde.

A criação da marca e identidade visual da sala de apoio à amamentação

Considerando importância de desenvolvimento e criação da identidade da sala de apoio à amamentação, foi realizada a metodologia em parceria com o Laboratório de Projetos em Design da UFN, seguindo os seguintes descritos a seguir.

O produto técnico conta com uma logomarca. Sua criação foi realizada conforme a metodologia proposta por Redig (1983) e contou com as seguintes fases:

- 1) Objetivo: a constatação e definição da necessidade do projeto;
- 2) Programa: estabelecimento das responsabilidades, prazos, custos e etapas;
- 3) Levantamento (Briefing): informação completa sobre o assunto;

- 4) Proposição: análise dos dados recolhidos, estabelecimento das características gerais do novo produto, busca do conceito;
- 5) Ideia: elaboração dos conceitos visuais que nortearam o projeto;
- 6) Desenho: rafes;
- 7) Modelo: layouts;
- 8) Protótipo: provas;
- 9) Original: codificação, artes finais e outras aplicações.

Após a conclusão das fases, foi criada a marca do Espaço Amamentação. A marca Mamor - Sala de Amamentação (Figura 1) teve como conceito inspirador a sequência de Fibonacci de Leonardo Fibonacci. A escolha dessa estrutura se deu pelo fato de a sequência estabelecer a chamada ‘proporção áurea’ ou ‘regra de ouro’ presente na origem da natureza e por ser uma forma orgânica, que remete ao útero materno. O resultado é um símbolo abstrato que permite diversas leituras interpretativas. Na parte cromática, elegeu-se o vermelho poussin por ser a cor que denota o amor, a paixão que nos transmite força, integrando-se de forma positiva com o conceito pretendido de união entre mãe e filho.

Para o *lettering* foram adotadas as fontes da família Helvética, pelo fato de serem fontes neutras e de fácil legibilidade. Na palavra ‘mamor’, o desenho das letras possui formas arredondadas, que reforçam a narrativa, integrando o conjunto, e agregam personalidade à marca. Unido, o conjunto adquire contraste e harmonia, indo ao encontro do objetivo pretendido de reduzir visualmente o afeto maternal durante a amamentação, como também reforça a importância da amamentação para o desenvolvimento das crianças.

A Mamor - Sala de Amamentação possui um manual de normas gráficas com os princípios básicos da utilização da marca. Esse manual é um instrumento de trabalho, que ilustra e define

as utilizações da identidade gráfica da marca Mamor e esclarece eventuais dúvidas quanto à sua aplicação. A identidade foi construída como um todo, pelo que o conjunto dos seus elementos, sejam eles de cor, tipografia ou composição, concorrem para uma coerência gráfica de forma a garantir essa coerência.

Figura 1 - Logomarca do produto técnico. Sua criação foi realizada conforme a metodologia proposta por Redig (1983).



Os indivíduos buscam uma ligação sentimental sólida para se juntarem às marcas e é essa observação da vontade da sociedade contemporânea que faz com que os *designers* da atualidade criem cada vez mais as suas marcas baseando-se na personalidade humana. As marcas passam a ter particularidades que são concedidas às pessoas. O mais relevante e fundamental é fazer-se fiel à sua personalidade e agir de acordo com aquilo em que se acredita. Para tal, recorre-se ao conhecimento pessoal, junto a uma análise profunda do público e das marcas opostas, e definindo aquilo que, em síntese, a marca é ou deseja ser (GOMES INGLÊS, 2016).

A marca cada vez mais se expande para diversos setores, abrangendo diversas organizações, como as universidades. Observa-se que vem crescendo a preocupação de importantes setores sociais, como a área da educação, em apostar na gestão da marca. A promoção de elementos ligados ao produto, à comunicação, ao comportamento e ao ambiente tem o intuito de atingir um alto grau de aceitação para melhor atrair o público-alvo. Sendo assim, nota-se uma nova concepção dessas academias frente a esse fenômeno, dando importância em adotar, sem dúvida, a gestão de uma marca. Da mesma maneira que antes, em setores como o comércio, obtiveram o benefício do poder e da influência que a gestão da marca proporciona, novas áreas, especialmente as da educação e saúde, começaram a estudar a capacidade da sua identidade, ousando em áreas que pareciam distantes.

Nesse cenário, defende-se que o avanço das instituições está associado à maneira como elas compreendem o design da marca. E destaca-se que a lógica de elementos que divulgam a marca de maneira a atingir a confiabilidade do público é essencial, visto que a marca é a maior convergência de ativos de uma organização pela reputação criada e, ao se antecipar às necessidades, a instituição consegue evoluir, o que lhe concede um lugar de referência.

Ao implementar uma marca, ocorre uma crescente clareza e popularidade. A marca tem aplicabilidade em diversos suportes de comunicação (livros, identidades visuais para projetos, cartazes, entre outros), tornando-se também objetos de ilustração com o intuito de uniformizar a linguagem (LUZ; SOUSA, 2015).

Sabendo disso, existem determinadas formas de associar valor a uma marca. Uma delas é trabalhar sua imagem com os vários meios que o marketing dispõe. Contudo, trabalhar apenas a imagem de modo isolado não basta, ela necessita estar

vinculada a todos os outros coeficientes que constituem a marca. Uma instituição ou empresa requer uma identidade visual adequada, de forma a distinguir-se de seus concorrentes e, particularmente, que seja atrativa para seu público.

Frequentemente, o público será o juiz do produto antes mesmo de consentir ou experimentar e ele fará isso por meio da análise da forma como o produto se mostra. Melhor dizendo, para essa organização é crucial trabalhar a estética com o propósito de fazer seu serviço, produto ou mesmo sua marca ser pretendida de maneira que tenha visibilidade e, por conta disso, mais tarde, ser guardada na memória (BRAMORVSKY JUNIOR; ROSUMEK, 2016).

Definição do espaço e elaboração da planta

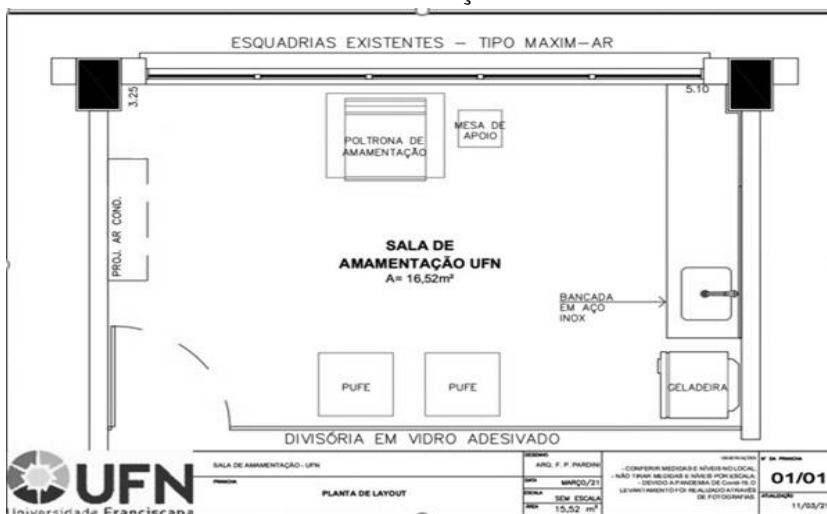
O ‘Espaço Amamentação’ foi inaugurado no dia 11 de abril de 2019, idealizado pela equipe de docentes do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana (UFN). Está localizado no hall do prédio 16 no conjunto III da IES. O ‘Espaço Amamentação’ proporciona um ambiente acolhedor, seguro e estimulador, com conforto, privacidade e as condições higiênicas de que toda lactante precisa na hora de amamentar sua criança, coletar e armazenar o seu leite, aumentando o período de amamentação da criança, como é indicado pelo Ministério da Saúde, ou seja, aleitamento materno até os dois anos de idade. Por possuir uma estrutura física adequada, optou-se por implantar a Mamor - Sala de Amamentação no mesmo espaço físico do “Espaço amamentação”, mas foram realizadas todas as adequações solicitadas pelo MS, a fim de obter a certificação.

Figura 2 - Planta baixa antes das adaptações.



Fonte: elaborado por Fabíola Pinto Pardini.

Figura 3 - Planta baixa depois das adaptações da sala de amamentação.



Fonte: elaborado por Fabíola Pinto Pardini.

Procedimentos Operacionais Padrão (POPs)

Na área da saúde, o trabalho acontece em diversos cenários e exige, para a efetivação dos procedimentos, a aplicação e o manuseio adequado de instrumentos de trabalho. Além disso, resulta em desempenhar o cuidado de pessoas, sendo visto, portanto, como um trabalho complexo que requer competências apropriadas.

Nesse contexto, foram elaborados os POPs, que, de acordo com Bellaguarda e Rebello (2013), são conceituados como a padronização das tarefas dentro do serviço, onde contém o passo a passo para a realização da atividade e poderá subsidiar o início da elaboração de um protocolo. Para Campos (2014), os POPs são documentos que têm a finalidade de viabilizar que um determinado procedimento/tarefa seja realizado por diferentes pessoas de forma adequada e padronizada, permitindo que as necessidades do usuário sejam atendidas de forma segura e eficiente.

Para o profissional enfermeiro, os POPs são um instrumento gerencial capaz de melhorar a qualidade da assistência desempenhada. É a normalização das intervenções de enfermagem, que deve ser organizado juntamente com a sua equipe, considerando a realidade do serviço e promovendo alcançar as melhorias em suas atividades. Conforme a sua utilização, os resultados demonstram que se versa de uma solução moderna apoiada pela tomada de decisão do enfermeiro, possibilitando a correção das não conformidades, contribuindo para que todos os trabalhadores propiciem um cuidado normatizado para o paciente. Além disso, os POPs estão apoiados nos princípios técnico-científicos e, ainda, contribuem para impedir as distorções adquiridas na prática, possuindo, também, um propósito educativo (SALES *et al.*, 2018).

Neste estudo, os POPs sobre o tema foram previamente construídos pela pesquisadora e validados por profissionais da área. Foram desenvolvidos POPs para padronizar as práticas na sala de apoio à amamentação, tornando a assistência adequada e mais segura.

Assim sendo, a construção e a aplicação dos POPs possibilitam procedimentos seguros alicerçados em evidências científicas, o que proporciona a confiabilidade da assistência. O POP deve ser compreendido como uma sistematização dos processos, possibilitando à equipe organizar o andamento de um determinado procedimento. O detalhamento e a validação de técnicas e processos de trabalho têm muitos benefícios, facilitando a supervisão dos procedimentos e a educação permanente da equipe, gerando uma ferramenta na pretensão da qualidade assistencial e administrativa. Ainda, colabora na criação de um ambiente mais efetivo e consistente (PEREIRA *et al.*, 2017).

Desse modo, os POPs são meios tecnológicos relevantes na prática de saúde, bem como devem ser validados, uma vez que, dessa forma, adquirem credibilidade científica, a ponto de serem eficazes no processo de mudança da prática assistencial, assim como melhoram o desempenho dos profissionais. Os POPs ajudam a sintetizar a informação mediante uma estrutura concisa e promovem a tradução do conhecimento para melhorar a prática (HONÓRIO; CAETANO; ALMEIDA, 2011).

Seguindo a padronização, foi construído o POP de paramentação, acesso, cuidados do monitor, docentes, estudantes e mães com o objetivo de orientar o acesso na instituição e na sala de apoio à amamentação, dos monitores, docentes, estudantes e mães. Esses procedimentos foram desenvolvidos com o objetivo de impedir a contaminação do leite humano ordenhado e garantir a amamentação segura. Assim, toda a área de manipulação deve ser limpa diariamente

e desinfetada sempre que as circunstâncias exigirem, e, para isso, foi estruturado o POP de limpeza e desinfecção do ambiente que será executado pelo monitor.

O POP ordenha do leite humano estabelece os aspectos a serem observados na ordenha do leite humano para controle de qualidade, evitando contaminação. A ordenha refere-se à extração da secreção láctea da nutriz, termo utilizado para designar a mulher que esteja amamentando. O processo de transporte do leite humano é igualmente importante e ao final da jornada de trabalho ou de estudo, a mãe deverá certificar-se do seu leite e, após, utilizar uma bolsa ou caixa térmica (ou caixa de isopor). Para maior segurança do transporte do leite, é importante que ele esteja congelado. Orientações para o uso do leite congelado em casa também foram elencados para que a mãe (ou alguém, na sua ausência) possa oferecer o leite de maneira segura para a criança.

O processo de construção dos POPs para implantação seguiu os passos estruturais recomendados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), tais como: finalidade, justificativa, abrangência, intervenção, processo operacional e indicadores (monitoramento). Após a formulação, diagramação e revisão do POP pela pesquisadora, ele foi encaminhado para profissionais da instituição, expertises na área, para revisão. Ao término dessa etapa, os POPs foram submetidos aos profissionais no formato on-line através de um instrumento de validação de aparência e conteúdo dos POPs. Posteriormente, uma reunião presencial inicial foi realizada a fim de discutir e explicar aos profissionais os objetivos e a importância dos procedimentos operacionais para a sala de apoio à amamentação.

Assim, o POP é percebido como documento organizacional que entende o planejamento do trabalho a ser executado, ou melhor, o POP é o conhecimento detalhado para

aproximar a homogeneidade na aplicação de uma definida função. Salienta-se que ele deve ser construído de maneira detalhada visando a padronização da assistência, considerando que o mesmo se apresenta como uma definição de todas as diretrizes indispensáveis para a realização de uma estabelecida tarefa (NASCIMENTO *et al.*, 2019).

Expertises da área de uma equipe multiprofissional validaram o protocolo em uma perspectiva de adequação para uma melhor assistência.

Elaboração do guia de orientações da sala de apoio à amamentação

Foi elaborado um guia informativo de apresentação da sala de apoio à amamentação (Figura 3), juntamente com as orientações de utilização da sala, para as mães. Nesse guia, constam informações do que a Mamor oferece, como fazer uso da SAA. Também constam orientações de como esterilizar os frascos de vidro que serão utilizados para armazenar o leite coletado, como conservar o leite materno esgotado e como transportar o leite de um local para outro. Além disso, os direitos da mãe trabalhadora/estudante que amamenta estão salientados no guia.

Sabe-se que o guia é uma ferramenta educativa, formada no âmbito das campanhas governamentais com a intenção de facilitar o acesso à informação das pessoas procedentes de diferentes conjunturas socioculturais e graus de escolaridade. Considera-se que ela é capaz de aproximar os acontecimentos do universo da ciência ao do público desconhecedor através de estratégias distintas para que mesmo o leitor pouco escolarizado, ou com necessidade de leitura, consiga ter compreensão do que é inserido no material (MARTINS *et al.*, 2019).

Portanto, sabe-se que um guia é visto como uma forma de promover às pessoas mais conhecimento sobre si mesmas e sobre suas possibilidades. Possui informações e temas relevantes para o ensino-aprendizagem e, na maneira impressa, é enriquecido através de figuras e outros conceitos tornados para a prática de rotina. Recomenda-se que o guia seja de fácil acesso à pessoa, no sentido de ser facilmente consultado quando houver dúvidas sobre cuidados ou outras informações importantes (MARQUES, 2017).

Na área da enfermagem, estudos para avaliar e validar um guia educativo impresso são elaborados e apresentados como ferramentas importantes de educação em saúde. O emprego de um guia como metodologia no ensino-aprendizagem, ou em educação no trabalho, tem alguns benefícios, como: incluir textos mais amplos, o que permite a melhor explanação da mensagem e colabora para o convencimento; dispor de elevada seletividade; conceder a incorporação de diversas peças de comunicação; admitir formatos, tamanhos e de variedade; e utilizar tratamento pessoal, colaborando na incorporação da comunicação. Além disso, o guia é um meio de tecnologia possível de ser utilizado pelo enfermeiro em sua prática educativa (MARQUES, 2017).

Nota-se que no cenário das adversidades da amamentação, a orientação dos profissionais de saúde é essencial e relevante para a assistência ao amparo nas barreiras preestabelecidas. Esses aconselhamentos prestados pelos profissionais carecem ocorrer em distintos momentos, desde o pré-natal até o puerpério. Na procura pela melhoria dos índices de AM, muitos métodos têm sido aplicados nos serviços de saúde e nos mais diferentes ambientes. Destacam-se, nesses cenários, as tecnologias como instrumento apto a estimular o interesse dos usuários sobre o tema (LIMA *et al.*, 2020).



UFN
Universidade
Franciscana



Instituto Nacional de
Saúde do Rio de Janeiro

Compêndio 01 (Rua São Jerônimo, 11705) | Fone (51) 3612-1010
Rua Senador da Rocha (J. São Manoel) 451 | CEP 91220-910
(51) 3605-0000 | Email: fup@ufrj.br



mamor
SALA de AMAMENTAÇÃO

A sala de amamentação MAMOR, conta com uma estrutura especialmente pensada para atender as mulheres trabalhadoras, estudantes e visitantes externas à instituição que se encontram no período de amamentar. Proporciona ainda, um ambiente acolhedor, seguro e estimulador, com conforto, privacidade e condições higiênicas de que toda lactante precisa na hora de amamentar seu bebê, coquetar e amamentar o seu leite.

A sala de apoio à amamentação

O que oferece?

Um ambiente calmo e privado, com poltronas confortáveis, pia para higienização das mãos, geladeira com freezer para armazenar os frascos esterilizados como o leite materno coletado. Além das estruturas para a fácil identificação, há lista de horários de leite coletado e amparo: 1 hora de lactação antes e depois do final de seu turno de trabalho no estudo. Estas estruturas permitem desenvolver gestões mais rápidas no processo de lactação.

O que as mães podem providenciar?

Frascos esterilizados e recipientes técnicos para transporte controlado de leite até a residência. Essas mães são de responsabilidade e a não presença do leite materno que a lactante coletou, degradado, pode ficar em temperatura ambiente por um período de 2 horas.

Como fazer uso da sala de amamentação?

A sala de amamentação MAMOR, está localizada no hall de entrada do prédio 10. A sala permanecerá aberta todos os dias e os agendamentos deverão ser realizados no LEP 2º andar do prédio 17.

Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Apoio Programático Estratégico, Centro para as Mulheres Trabalhadoras em Amamentação, Instituto Nacional de Saúde do Rio de Janeiro, Departamento de Saúde, Departamento de Apoio Programático Estratégico - 56, Prédio Municipal de Saúde - 201, EMAIL: DECEP@SES RJ 002, 01 de maio de 2002

Como esterilizar os frascos da coleta?

Encha um frasco de vidro esterilizado de boca larga com água fervendo e coloque dentro dele os frascos a serem esterilizados. Retire todos os resíduos, inclusive os papéis da tampa. Lave o frasco com água e sabão depois de lavar e a tampa por no mínimo 15 minutos depois que iniciar a fervura. Espere a água e o frasco esfriar antes de colocá-los em uma sacolinha, dentro de outro, lanche box e lanche.

Como conservar o leite materno estagotado?

O prazo de validade do leite de 12 horas, se guardado na geladeira. Caso queira congelar o seu leite, ele deve ser congelado logo após a sua extração. A validade, neste caso, é de 10 dias no freezer ou no congelador.


Como transportar o leite de um local para outro?

Após a final da jornada de trabalho ou de entrega, pegue uma bolsa ou caixa térmica (com gelo de resfriamento) e vá até o posto. Após confirmar-se que o leite é seu leite, coloque o frasco na caixa térmica, coloque o lanche e vá para casa. Para maior segurança do transporte do seu leite, é importante que os estudos continuem.

Quais são os seus direitos?

Para amamentar a filha, a mulher tem direito de deixar o trabalho para ir ao trabalho, pegar uma bolsa ou caixa térmica, além das intervalos normais para repositivo e amamentação. A mãe que amamentar, pode ter direito a licença para amamentar, durante 180 dias de trabalho. Para as mães estudantes que amamentam, há licença na instituição, o intervalo de 30 a 40 minutos por dia, substituído com os docentes.

Visando uma maior organização dos frascos de leite, também foi elaborada uma etiqueta para ser utilizada pelas mães na sala de apoio à amamentação. Essas etiquetas são apresentadas na Figura 4.



mamor
SALA DE AMAMENTAÇÃO

Nome da mãe

Coletado dia / / às h.

Contato da mãe

Implantação da Sala de Apoio à Amamentação

Primeiramente, foi encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, mais especificamente à Secretária de Estado da Saúde, um ofício expondo a intenção de obter a certificação do espaço amamentação pelo MS, com o objetivo de incentivar a amamentação pelas mães trabalhadoras/estudantes. Nesse ofício, foi solicitado o encaminhamento ao MS a certificação. Ademais, nesse ofício, foram anexados documentos de fotos, juntamente com a planta de layout. Além do ofício, nesse momento, também foi preenchido o cadastro de empresa que possui sala de apoio à amamentação. Ainda, foi encaminhado o certificado de manejo clínico de amamentação para, quando alguma mãe tiver dúvida, a instituição possuir uma docente capacitada para tal.

Posteriormente, foram seguidas as orientações do MS referente ao cadastro no site <http://sisac.datasus.gov.br/>, para cadastro no programa do governo federal: Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA). Seguindo as orientações do Ministério da Saúde, foi retirado o berço, para evitar troca de fraldas no mesmo local onde é realizada a extração do leite humano, a fim de evitar a contaminação. Além disso, foi comprada uma geladeira e um termômetro para controle de temperatura e uma planilha de registro dela. Após adequações, foram encaminhadas novas fotos com as mudanças solicitadas.

Em seguida, após aceitas as adequações, a placa foi enviada à 4ª CRS de Santa Maria. Por fim, foi realizado um evento de entrega da placa de certificação da Sala de Apoio à Amamentação da UFN (Figura 5 e Figura 6), sendo reconhecida como um local que protege e apoia o aleitamento materno para a mulher trabalhadora pelo MS.

Figura 5 - Placa de certificação do Ministério da Saúde da sala de amamentação da UFN.

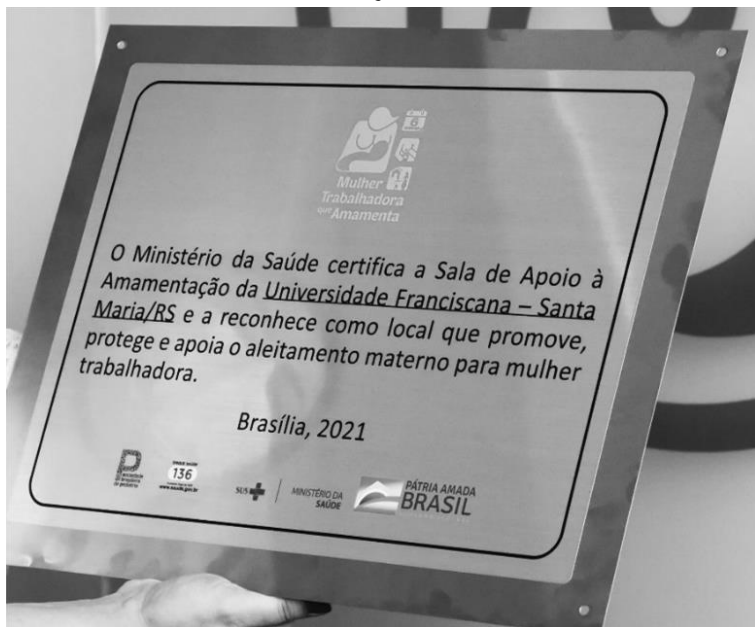


Figura 6 - Inauguração da sala de amamentação da Universidade Franciscana - UFN em 2021.



Discussão

Limitações do estudo

Os achados deste estudo referem-se a um contexto específico, pois a Sala de Amamentação foi implantada no “Espaço Amamentação”, que era um espaço que a lactante já poderia usar na hora de amamentar sua criança, e isso pode ter limitado a apreensão do processo de implantação para outros locais sem nenhuma estrutura prévia.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde e Política Pública

Os resultados produzem um avanço no conhecimento da ciência da Enfermagem, na medida em que as informações advindas das etapas de implantação da SAA são escassas na literatura. Ademais, a presente pesquisa fornece subsídios para o trabalho da enfermagem direcionado a orientar e mediar a implantação dessas salas em universidades e empresas. Além disso, atende à Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (MS), no Eixo 4 - Desenvolvimento de Tecnologias e Inovação em Saúde e Eixo 14 - Saúde Materno-Infantil. Outrossim, o presente estudo está alinhado com Projeto Espaço Amamentação do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil (MPSMI) da Universidade Franciscana (UFN).

Considerações finais

Para atender as necessidades da mulher trabalhadora e estudante que amamenta, as SAA são fundamentais para assegurar a continuidade da amamentação. Através da implantação, as mães podem amamentar a sua criança durante

os intervalos do trabalho/estudo e inclusive esvaziar as mamas, promovendo o alívio do desconforto e mantendo a produção do leite para ofertá-lo posteriormente à sua criança. O presente estudo comprova sua relevância através do pioneirismo da implantação e certificação da SAA, representando um Laboratório Vivo em Saúde Materno-Infantil em uma IES.

A implantação de uma sala de apoio à amamentação representa um importante papel na manutenção do aleitamento materno. Assim, decidiu-se implantar e certificar uma sala de amamentação em uma instituição de ensino superior. A busca por evidências, além de possibilitar o conhecimento sobre o tema, forneceu subsídios teóricos para desenvolver e promover uma tecnologia social, a qual contou com subprodutos: a elaboração dos POPs, a criação da marca e identidade visual, o guia informativo e o encaminhamento para a implantação e certificação da sala de apoio à amamentação, produto técnico de uma dissertação, contextualizado e apresentado neste texto.

A implantação contou com várias etapas. Primeiramente, em parceria com o Laboratório de Projetos em Design da UFN, realizou-se a criação da marca e identidade visual da sala de apoio à amamentação. Ainda, ocorreu a elaboração dos POPs, que visam viabilizar que um determinado procedimento/tarefa seja realizado por diferentes pessoas de forma adequada e padronizada, permitindo que as necessidades do usuário sejam atendidas de forma segura e eficiente. Posteriormente, foi elaborado um guia informativo da sala de apoio à amamentação, contendo orientações de utilização da sala para as mães trabalhadoras/estudantes. Já como etapa final, foi realizado o processo de certificação da sala junto ao Ministério da Saúde, sendo realizado um evento de entrega da placa de certificação da sala de apoio.

Existem barreiras e dificuldades a serem enfrentadas no que permeia a promoção e o prolongamento do aleitamento

materno. A sinergia entre vários setores institucionais é ponto-chave para que salas de apoio à amamentação sejam implantadas. Por fim, este estudo serve de referência e incentivo para a implantação de salas de apoio à amamentação nos diversos setores, contribuindo para o prolongamento e incentivo à amamentação.

Referências

BELLAGUARDA, M. L. R.; REBELLO, T. S. Protocolos de Enfermagem na Atenção à Saúde. **Coren SC**, 2013. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2015/03/PROTOCOLOS-ATENÇÃO1.pdf> Acesso em: 14 jun. 2022.

BRAMORVSKY JUNIOR, M.; ROSUMEK, G. B. Análise da Influência dos Elementos da Identidade Visual no Reconhecimento das Marcas por Parte do Consumidor. *In*: CONGRESSO DA COMUNICAÇÃO NA REGIÃO SUL, 17, 2016, Curitiba. **Anais....**

BRASIL. Resolução nº 171, de 4 de setembro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano. **Diário Oficial da União**, seção 1, p. 33, 5 de Setembro de 2006.

BRASIL. **Mulher trabalhadora que amamenta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Guia para implantação de salas de apoio à amamentação para a mulher trabalhadora**. Brasília: Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2015.

BRASIL. Campanha incentiva o aleitamento materno no Brasil. **Ministério da Saúde**, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2021/07/campanha-incentiva-o-aleitamento-materno-no-brasil> Acesso em: 13 jan. 2022.

BRASIL. Amamentação: Incentive a família, alimente a vida. **Ministério da Saúde**, 2019. Disponível em: <https://saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45633-saude-lanca-campanha-amamentacao-e-amplia-rede-de-assistencia> Acesso em: 28 jun. 2020.

CAMPOS, V. F. **Qualidade total**: padronização de empresas. 2. ed. Nova Lima: FALCONI Editora, 2014.

GOMES INGLÊS, M. **A importância da construção de identidade para a criação de uma marca de moda**. 2016. 148f. Dissertação (Mestrado em Design de Moda) - Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2016. Disponível em: https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/7201/1/5309_10106.pdf Acesso em: 14 jun. 2022.

HONÓRIO, R. P. P.; CAETANO, J. Á.; ALMEIDA, P. C. Validação de procedimentos operacionais padrão no cuidado de enfermagem de pacientes com cateter totalmente implantado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 5, p. 882-889, 2011. DOI: 10.1590/S0034-71672011000500013.

IBARRA-ORTEGA, A. *et al.* Using a lactation room at the workplace is associated with longer breastfeeding duration in working mothers. **Nutrición Hospitalaria**, 2020. DOI: 10.20960/nh.03242.

KIM, J. H.; SHIN, J. C.; DONOVAN, S. M. Effectiveness of Workplace Lactation Interventions on Breastfeeding Outcomes in the United States: An Updated Systematic Review. **Journal of Human Lactation**, 2019. DOI: 10.1177/0890334418765464.

LIMA, A. C. M. A. C. C. *et al.* Construction and validation of educational booklet for breastfeeding support room. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, p. 1-8, 2020. DOI: 10.5935/1415-2762.20200052

LIN, W. T. *et al.* Effects of workplaces receiving “accreditation of health workplaces” on breastfeeding promotion, parental leave, and gender equality. **Journal of Occupational Health**, 2020. DOI: 10.1002/1348-9585.12140.

LUZ, A.; SOUSA, A. A importância do design(er) de identidade nas organizações. **Ergotrip Design**, 2015.

MARQUES, J. F. **Cartilha educativa virtual sobre prevenção da violência sexual**: promoção da saúde de pessoas cegas. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2017.

MARTINS, R. M. G. *et al.* Desenvolvimento de uma cartilha para a promoção do autocuidado na hanseníase. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 13, 2019. DOI: 10.5205/1981-8963.2019.239873.

NASCIMENTO, C. C. L. *et al.* Construção de procedimento operacional padrão para sala de imunização. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 9, p. e389, 2019. DOI: 10.25248/reas.e389.2019.

NASCIMENTO, D. T.; BENINI, E. G.; PETEAN, G. H. Determinismo tecnológico e o mito da neutralidade: reflexões sobre os desafios na economia solidária e na tecnologia social brasileira. **Revista de Gestão e Secretariado**, v. 12, n. 2, p. 72-93, 2021. DOI: 10.7769/gesec.v12i2.1163. Disponível em: <https://www.revistagesec.org.br/secretariado/article/view/1163> Acesso em: 14 jun. 2022.

PEREIRA, L. R. *et al.* Avaliação De Procedimentos Operacionais Padrão Implantados Em Um Serviço De Saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 24, n. 4, p. 47, 2017. DOI: 10.17696/2318-3691.24.4.2017.840.

REDIG, J. **O sentido do Design**. Rio de Janeiro:Imprinta, 1983.

SALES, C. B. *et al.* Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, p. 126-134, 2018. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0621.

GESTAR - NÚCLEO DE ESTUDOS, PESQUISA E EXTENSÃO EM SAÚDE MATERNO- INFANTIL

**Leandro da Silva de Medeiros
Giovana Luiza Rossato
Márian Oleques Pires
Maria de Lurdes Lomba
Leris Salete Bonfanti Haeffner
Dirce Stein Backes**

Introdução

Dentre as atuais prioridades do governo brasileiro, na área da saúde, estão as políticas públicas voltadas à qualificação da atenção integral à saúde da mulher e da criança, com enfoque na redução da mortalidade materna, neonatal e infantil, na redução dos índices de cesarianas e, sobretudo, no fomento de boas práticas obstétricas (BRASIL, 2017). Tais prioridades visam, sobremaneira, superar o modelo tradicional de intervenção à saúde materno-infantil, o qual tem contribuído para o alcance de resultados maternos e perinatais piores que os encontrados em outros países.

As taxas de cesariana em serviços privados brasileiros atingem indicadores superiores a 80%, o que corresponde ao índice mais alto do planeta. Além das taxas de mortalidade materna que, ainda, são elevadas, a mortalidade neonatal precoce é o componente da mortalidade infantil que vem apresentando a menor queda nos últimos anos e reflete, em parte, a deficiente qualidade da assistência obstétrica (LEAL *et al.*, 2018).

Nessa direção, evidências científicas nacionais demonstram que a medicalização excessiva é, ainda, um dos maiores entraves na rede de saúde materno-infantil. Os partos institucionalizados e realizados por profissionais capacitados chegam a 98%, dos quais cerca de 90% são realizados por um profissional médico. Persistem intervenções desnecessárias e sem critérios, as quais resultam em taxas de mortalidade materna e infantil elevadas (CARVALHO; GOTTEMS; PIRES, 2015; SOUZA, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano de 2013, aproximadamente 289.000 mulheres no mundo perderam a vida durante a gravidez, parto e puerpério. Tais resultados impactaram em uma taxa de mortalidade global de 210 mortes maternas para 100.000 nascidos vivos (WHO, 2016).

Conforme o Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, divulgado em 2013, pela Organização das Nações Unidas (ONU), o Brasil não atingiu, apesar do declínio na Razão da Mortalidade Materna (RMM), a meta estipulada para o ano de 2015, a qual preconizou reduzir os óbitos maternos para 35 por 100 mil nascidos vivos. Para tanto, foram necessárias ações conjuntas no sentido de estimular mudanças do atual modelo de atenção obstétrica com base na adoção de tecnologias apropriadas para o parto e o nascimento (IPEA, 2014).

Qualificar a atenção obstétrica e reduzir a mortalidade infantil, conforme proposto pela ONU, somente será possível mediante o repensar do modelo obstétrico hegemônico e, principalmente, pelo fomento de tecnologias apropriadas para o parto e o nascimento. É imprescindível que o profissional da saúde, aqui mais especificamente o Enfermeiro, esteja engajado e comprometido com essas mudanças, no sentido de garantir as boas práticas na atenção ao parto e ao nascimento e, dessa forma, assegurar a qualidade da assistência obstétrica (PEREIRA *et al.*, 2018).

Assim, reconhecendo a necessidade de instaurar um novo pensar e agir profissional, capaz de transcender a pontualidade e a linearidade das práticas hegemônicas e, em consonância com a Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (APPMS), Eixo 14 – Saúde materno-infantil (BRASIL, 2018), o Grupo GESTAR tem por finalidade fomentar discussões teórico-práticas que contribuam para a qualificação da rede de atenção à saúde materno-infantil. Com base no exposto, objetiva-se descrever o percurso da concepção do grupo GESTAR à implementação de boas práticas obstétricas.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório-descritivo, desenvolvida com os integrantes do grupo de estudos e intervenções em saúde materno-infantil – GESTAR, a partir da sistematização de encontros periódicos quinzenais de duas horas, com vistas à ampliação das boas práticas obstétricas. Defende-se que as boas práticas de gestão e de qualificação da atenção integral à saúde materno-infantil se ampliam, na medida em que os atores sociais se encontram para dialogar acerca das concepções vigentes e, a partir de então, construir novos pactos de convivência e transformação dos cenários.

A pesquisa qualitativa possibilitará não apenas encontrar novos achados de pesquisa, senão encontrar estratégias coletivas para o desenvolvimento de saberes, tecnologias e boas práticas em saúde que contribuam para qualificação da rede de atenção integral à saúde materno-infantil.

Os dados foram coletados entre outubro de 2018 e março de 2019, por meio de entrevistas individuais com integrantes do grupo GESTAR, após a sistematização dos encontros, nos quais foram abordados os seguintes temas: lei do acompanhante; o

que são boas práticas obstétricas; pré-natal odontológico; pré-natal psicológico; o enfermeiro no trabalho de parto, parto e nascimento; aromaterapia no processo de nascimento; direitos das gestantes e puérperas; e o períneo e o parto. Foram incluídos no estudo todos os integrantes do grupo, maiores de 18 anos, que aceitaram participar do estudo, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O corpus do estudo foi composto por 15 participantes, dos quais: sete residentes de Enfermagem Obstétrica, cinco estudantes dos Cursos da área da saúde e três gestantes. As entrevistas foram conduzidas por meio de questões norteadoras: o que você entende por boa prática obstétrica? Como e quando você identifica as boas práticas obstétricas em seu fazer diário? Quais boas práticas podem/devem ser desenvolvidas para qualificar a rede de atenção integral à saúde materno-infantil?

Os dados de pesquisa foram analisados com base na técnica de análise de conteúdo, temática preconizada por Bardin (2011). A mesma consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência acrescentem perspectivas significativas ao objeto de estudo em questão. A noção da temática está associada a uma afirmação que diz respeito a um determinado assunto, podendo ser apresentada por uma palavra, frase ou ideia.

Desse modo, a operacionalização do processo de análise seguirá as três etapas do método. Na primeira etapa, denominada de pré-análise, busca-se fazer uma leitura exaustiva dos dados, seguida da organização do material e a formulação de hipóteses. Na sequência, será realizada a exploração do material, ou seja, busca-se codificar os dados brutos. Na terceira e última fase, os dados serão interpretados e delimitados em eixos temáticos pela compreensão dos significados estabelecidos (BARDIN, 2011).

Ressalta-se, que o estudo faz parte de uma pesquisa maior intitulada “Qualificação da rede de atenção à saúde materno-infantil na região central do Rio Grande do Sul”, que tem parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o número de protocolo: 4.253.922.

Resultados

Grupo Gestar: da concepção às (re)adaptações no contexto da pandemia da Covid-19

O grupo GESTAR foi criado em 2016 e trata-se de um grupo de estudos e intervenções em saúde materno-infantil. O grupo agrega acadêmicos de diferentes cursos da área da saúde, residentes em Enfermagem Obstétrica, mestrandos do curso de Mestrado Materno Infantil, gestantes, pais e demais interessados. Anteriormente à pandemia, meados de março de 2020, o grupo se encontrava quinzenalmente, com base em cronograma de atividades semestrais.

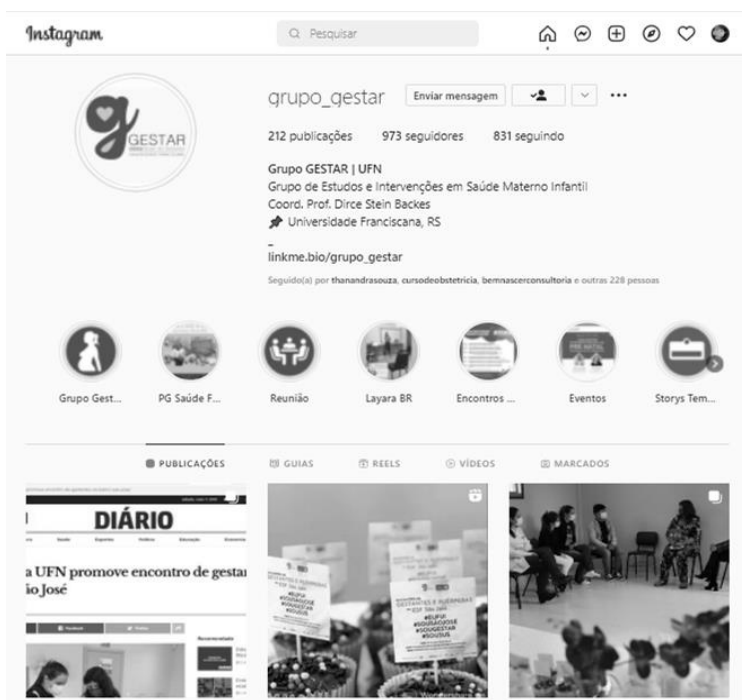
A partir do contexto da pandemia e orientações das organizações sanitárias, os bolsistas do Grupo GESTAR da UFN julgaram necessário o desenvolvimento de contas nas mídias sociais *Facebook* e *Instagram*. As contas nas mídias sociais, que ultrapassam 1000 seguidores, foram pensadas e estruturadas com estratégias que pudessem chegar com mais objetividade, clareza e aprofundamento no período pandêmico. Para isso, as publicações nas mídias sociais incluíram posts, a criação de conteúdo imagético, audiovisuais curtos e longos, imagens em movimento e stories. Ainda, na modalidade virtual, o grupo realizou cursos, lives, encontros de gestantes, seminários, webinários e simpósios relacionados aos objetivos do projeto.

Figura 1 - Tela principal do Facebook da página do Grupo GESTAR.



Fonte: os autores.

Figura 2 - Tela principal do Instagram da página do Grupo GESTAR.



Fonte: os autores.

Figura 3 - Convites para os encontros de gestantes do Grupo GESTAR.



Fonte: construção dos autores.

Figura 4 - Convites para os encontros temáticos do Grupo GESTAR.



Fonte: construção dos autores.

Figura 5 - Convite para os encontros temáticos do Grupo GESTAR.

ENCONTROS TEMÁTICOS
GESTAR - UFN

2022
1º SEMESTRE

16/03
Presencial
no HCS
Liderança em Enfermagem Obstétrica
Convidada: En^{fa} Obstetra Layara Ávila - CEO e Founder da Startup Ayara Care em UK

26/04
Presencial
Parto Domiciliar Planejado: Avanços e desafios
Convidada: En^{fa}. Obstetra Me. Kelen Pompeu - Equipe Ambra e HU de Santa Maria
En^{fa}. Obstetra Dda. Rosiele Flores - Equipe Ambra e HU de Santa Maria

24/05
Online
Webinário: Mortalidade Materna no Brasil
Convidadas: Médica Mda. MacLaine Roos - 4ª Coordenadoria Regional de Saúde
Prof^a. Dra. Regina Costenaro - Universidade Franciscana
Prof^a. Dra. Melania Amorim - Universidade Federal de Campina Grande

21/06
Presencial
Boas Práticas Obstétricas: Da teoria à prática
Convidada: En^{fa}. Obstetra Lidiane Carvalho - Bem Nascer SM e Hospital Casa de Saúde

06/07
Online
Atuação do Enfermeiro na atenção ao pré-natal de alto risco
Convidada: En^{fa}. Me. Emanuele Ambrós - Saúde da Mulher, SMS de Uruguaiana

03 e 04/08
A definir
I Simpósio Internacional de Proteção do Aleitamento Materno

SERÁ FORNECIDO CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Necessário inscrição para os encontros online | Os encontros presenciais serão na UFN

Informações:
WhatsApp: (55) 991.962.513 - Acd. Enf. Leandro Medeiros
E-mail: gestar@ufn.edu.br | Instagram: @grupo_gestar

g GESTAR
Associação Profissional de Enfermeiros Obstétricos do Brasil

Fonte: construção dos autores.

Figura 6 - Registros das atividades científico-social do Grupo GESTAR.



Fonte: construção dos autores.

Dos dados organizados e analisados, resultam três categorias temáticas, quais sejam: boas práticas obstétricas: compreensões e significados; boas práticas obstétricas: da teoria à prática profissional; e boas práticas obstétricas: entre o almejado e o proposto.

Boas práticas obstétricas: compreensões e significados

Ao conceituar a humanização do parto, pode-se entendê-la como um movimento pautado na singularidade e autonomia feminina, valorizando o protagonismo da mulher e permitindo maior congruência do cuidado com o sistema cultural de crenças e valores.

Nesta sequência, alguns participantes, em especial os residentes de Enfermagem Obstétrica, exprimiram a relação direta do protagonismo da gestante/família com as boas práticas, no que se refere à autonomia na escolha do tipo de parto, a posição, o local de nascimento e, sobretudo, na singularização de cada evento da mulher, de acordo com as falas a seguir:

Acredito que tais relação ao respeito e direito das gestantes, desde o pré-natal até seu nascimento. Ter boas práticas deve ser poder ofertar um bom atendimento e atenção às suas necessidades. (P5).

Boas práticas obstétricas é quando a mulher/parturiente tem livre escolha em relação ao seu parto, em como a mulher deseja ganhar, o local, a posição e o profissional respeita, orienta e apoia as escolhas que essa mulher faz. (P6).

Trata-se de uma prática em que a mulher e família são protagonistas do processo de parturição. Boa prática obstétrica remete a um “evento natural” e não patológico. A boa prática obstétrica remete, ainda, à atenção integral, no qual todos são atores e protagonistas. (P10).

Práticas que respeitem o desejo da mulher que está sendo atendida, sem como que respeitem o processo fisiológico de trabalho de parto e parto. (P13).

Evidenciou-se, na fala dos participantes, que as boas práticas obstétricas possuem significados que englobam desde o cuidado direto à mãe e o bebê, isto é, gestação ao puerpério, às condições do ambiente e do processo de trabalho.

Para os estudantes, as boas práticas estão fortemente associadas ao cuidado integral, capaz de possibilitar vivências positivas e afetivas à mãe e ao bebê, já sendo um momento proveitoso para que a equipe de saúde possa demonstrar atenção, interesse e disponibilidade, pretendendo conhecer e compreender as expectativas da parturiente e sua família, aclarando suas dúvidas relacionadas à gestação e ao parto.

Associam-se, ainda, a um ambiente favorável e estimulador, capaz de singularizar o cuidado, com base nas necessidades e expectativas, o que deve ser realizado no sentido de melhorar a assistência prestada e torná-la humanizada.

Boas práticas são práticas assistenciais consideradas adequadas e que proporcionam vivências positivas e efetivas na realização do cuidado. (P3).

Poder dar a mãe e ao bebê o melhor cuidado e amparo nas dificuldades enfrentadas. Como também explicar as mães o que elas precisam saber, como agir, oferecer as melhores opções para um parto e uma gestação saudável. (P8).

Boas práticas se referem em ações ofertadas que estejam pautadas no cuidado integral, no respeito ao sujeito e ao seu direito de escolha, sem desconsiderar os fatores subjetivos. (P11).

As boas práticas obstétricas foram associadas, também, às evidências científicas, ou seja, às experiências já comprovadas no

campo da ciência e que comprovam a sua eficácia. Um participante se referiu, ainda, às melhores evidências disponíveis, sobretudo, às defendidas pela Organização Mundial da Saúde.

Práticas que sejam benéficas tanto para mãe quanto para o bebê, de acordo com as vontades da mãe, baseando-se em evidências científicas. (P1).

Práticas aplicadas no pré-natal, parto e pós-parto que estão embasadas em estudos que comprovem eficácia, principalmente às apoiados pela OMS. (P2).

É a prática que respeita a autonomia da mulher e da família no processo de parturição com o atendimento baseado nas melhores evidências científicas disponíveis. (P4).

Boas práticas obstétricas: da teoria à prática profissional

Em relação ao seu fazer diário, os participantes conseguem identificar boas práticas obstétricas que incluem atitudes e posturas profissionais, a educação em saúde e a assistência acolhedora e atenciosa na hora do parto, dentre outras técnicas não farmacológicas para o alívio da dor, como a deambulação e o posicionamento livre. Na visão dos entrevistados, essas são práticas que devem ser realizadas no sentido de melhorar a assistência prestada.

Devido as orientações, auxílio para beneficiar o trabalho de parto, informações passadas a gestante e seu acompanhante e esclarecimento de dúvidas. (P1).

Dando opção de escolha e comunicação direta com a família. Realizando campleamento oportuno de cordão, contato pele a pele, amamentação na primeira hora, comunicando cada ação respeitando opções do paciente. Avaliação detalhada de cada caso individualmente. (P2).

Quando eu garanto a autonomia da mulher, quando oferto tecnologias de alívio da dor, proporciono a liberdade de posição, oferta de alimentos e líquidos, garantia do acompanhante. (P3).

As boas práticas são identificadas no meu fazer diário quando há algum residente plantonista que luta para realização das mesmas. (P13).

Compreende-se, a partir das falas, que a utilização de técnicas de conforto da dor e a participação ativa da mulher são práticas vinculadas à humanização do parto. Tais práticas tendem, também, a contribuir para que a parturiente tenha mais liberdade e autonomia.

Quando a mulher tem livre escolha sobre seus desejos, na hora do parto, na orientação durante consultas do pré-natal quando há pela parte dos profissionais respeito e orientação sobre a importância do parto normal e quando as dúvidas dessas mulheres são esclarecidas. (P6).

Principalmente quando pacientes relatam que tiveram as suas escolhas respeitadas; em uma assistência ofertada a partir de ações baseadas em evidências, fatos que implicam a redução de violências. (P11).

Alguns participantes fizeram referência, também, às boas práticas que evidenciam no âmbito da atenção primária em saúde, mais especificamente às relacionadas ao pré-natal. Ressaltam, nessa direção, a importância das informações e encaminhamentos corretos, o empoderamento da gestante para a escolha autônoma do tipo de parto, dentre outros tópicos.

No pré-natal adequado, na identificação de riscos gestacionais e encaminhamentos em tempo oportuno, no atendimento respeitoso a mulher e a família. Na aplicação do conhecimento científico no atendimento ao trabalho de parto. (P4).

No atendimento pré-natal, na escuta a gestante, na oferta de informação, na humanização às gestantes. (P5).

As mulheres necessitam receber as informações em relação aos procedimentos a que forem submetidas ou de quaisquer decisões que forem tomadas. Tal atitude auxilia as parturientes a conhecerem e saberem o que será realizado com elas, gerando menos medos e receios, auxiliando o trabalho de parto e parto.

No pré-natal, quando garanto a informação a gestante; preenchimento adequado da caderneta; trabalho de parto - respeito a mulher, garantia de segurança; prática baseada em evidência; puerpério - garantia da possibilidade de voz da puérpera, apoio e auxílio neste momento. (P15).

Outros participantes, ainda, fizeram menção a atuação profissional, ou seja, as boas práticas relacionadas ao empoderamento do profissional. Compreendem, nessa direção, que para emancipar a gestante o profissional precisa estar empoderado com conhecimento técnico-científico.

Quando o profissional tem o domínio do assunto e procura sempre saber mais ele consequentemente terá boas práticas nesse campo. (P7).

Eu identifico as boas práticas sempre que vejo um enfermeiro apropriado do conhecimento obstétrico; uma mulher emancipada e protagonista do processo de parturição; um aluno desejoso de mudanças; profissionais abertos e flexíveis para um novo agir e pensar. (P10).

O uso rotineiro de práticas já consideradas obsoletas, de acordo com os participantes, deve ser evitado, apenas utilizando-se de práticas validadas pelas melhores evidências científicas, aliando a arte com a ciência, visando um nascimento

seguro para mãe e bebê, com o mínimo de intervenções desnecessárias.

Boas práticas obstétricas: entre o almejado e o proposto

Dentre as boas práticas que podem e/ou devem ser desenvolvidas para qualificar a rede de atenção integral à saúde materno-infantil, destacam-se os cuidados com o recém-nascido, qualificado pré-natal, ambientes agregadores e estimuladores, sensibilização da equipe, competência técnico-científica dos profissionais e, sobretudo, um novo modelo de gestão da rede, com novos referenciais teórico-práticos, na perspectiva da multiprofissionalidade, conforme segue:

Alcançar uma rede linear entre profissionais diante das práticas realizadas em obstetrícia, cuidados com recém-nascido para qualificar e humanizar a assistência. (P1).

Empoderamento das mulheres em geral na sociedade. Bom pré-natal e avaliação minuciosa. Ambiente tranquilizante no parto, avaliação adequada no trabalho de parto, parto assistido conforme evidências científicas. Sensibilização da equipe e frequente atualização. (P2).

Dentre as boas práticas obstétricas, destaco: novo modelo de gestão da rede de atenção integral; novas referências de pensamentos, na perspectiva multiprofissional; maior integração/interação, diálogo entre os serviços que compõe a rede; grupos de gestantes com metodologias horizontalizadas que instigam a mulher/família para serem protagonistas do parto; atualização profissional, na perspectiva interdisciplinar. (P10).

Atendimento multiprofissional; acessibilidade aos serviços de saúde e profissionais as gestantes e família;

conhecimento/aceso à informação de qualidade; qualidade dos profissionais. (P14).

Alguns participantes fizeram referência às tecnologias não farmacológicas de alívio da dor fundamentadas em evidências científicas, além do acesso aos serviços de saúde e o atendimento singularizado às necessidades de cada usuária e família.

Na assistência obstétrica, são exemplos de boas práticas a liberdade de posição, tecnologias não farmacológicas de alívio de dor; apoio emocional, ingestão de alimentos e líquidos e clampeamento oportuno, contato pele a pele, amamentação na primeira hora de vida, dentre outros. (P3).

Qualificação do pré-natal; acesso aos serviços e referência a maternidade; engajamento de todas as ênfases profissionais nas práticas baseadas em evidências; melhoria dos serviços com profissionais capacitados melhoria da ambiência. (P4).

Melhorar o atendimento, respeitar suas singularidades, ofertar suas informações, respeitar seus direitos e desejos nesse período de gestação. (P5).

Outros participantes, ainda, fizeram referência à participação do acompanhante no processo de gestação e parturição, além da atuação multiprofissional em casas de parto, qualificação dos profissionais com base em propostas horizontalizadas e humanizadas de educação permanente em saúde, dentre outros aspectos relacionados ao financiamento.

Direito ao acompanhante presente junto com a parturiente, direito a ter suas dúvidas esclarecidas de maneira respeitosa sobre parto normal e cesárea para essa mulher ter direito à livre escolha em relação ao seu parto. (P6).

Respeito a parturiente e sua rede de apoio afetivo-

família; respeito a hora de ouro; repasse de informações com relação aos seus direitos; manejo adequado da amamentação; entre outros. (P11).

Multidisciplinaridade desde o pré-natal até o pós-parto; acompanhamento qualificado; profissionais qualificados, atualizados; práticas baseadas em evidência científica das melhores condutas; respeito a fisiologia. (P13).

Qualificação dos profissionais quanto a planejamento reprodutivo; qualificação pré-concepcional, pré-natal, puerpério e infância; investimento nos serviços de saúde (financeiramente); educação permanente; elaboração de fluxograma municipal e protocolos clínicos e assistências. (P15).

Discussão

Evidências científicas apontam que o emprego das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, embora incipientes, podem ser consideradas essenciais para o desenvolvimento de nova cultura na assistência obstétrica. As boas práticas, dentre outros benefícios, desvinculam o modelo tecnocrático de atendimento ao binômio mãe-bebê e estimulam as práticas baseadas em evidências científicas (PEREIRA *et al.*, 2018).

As boas práticas baseadas em evidências científicas possibilitam, nesse percurso, a reflexão crítica, com foco na singularidade e na multidimensionalidade humana. Buscam transcender a linearidade das ações profissionais ao proporcionar um ambiente acolhedor, no qual todos são atores e propulsores de novas formas de ser e agir (CÔRTEZ *et al.*, 2015). Reconhece-se que o modelo tradicional de intervenção à saúde materno-infantil, no Brasil, tem contribuído para os resultados maternos e perinatais piores que os encontrados em

outros países com índices de desenvolvimento socioeconômico igual ou menor.

Como exemplo, pode-se citar as taxas de cesariana nos serviços privados, as quais atingem indicadores superiores a 80%, o que corresponde ao índice mais alto do planeta. Além disso, as taxas de mortalidade materna ainda são elevadas. Para transformar esse cenário, vários setores sociais têm se articulado com o objetivo de implantar um novo modelo de assistência ao parto e nascimento, tendo como um dos objetivos devolver o protagonismo da mulher no momento do parto e nascimento (PICHETH; CRUBELLATE; VERDU, 2018).

A humanização do parto, reconhecida como uma política pública de saúde, foi compreendida pelos participantes entrevistados como um conjunto de condutas, atitudes e posturas, ausentes de julgamentos e baseadas no diálogo, na empatia e no acolhimento da usuária e de seus familiares, o fornecimento de orientações e informações quanto às condutas a serem adotadas, a valorização da parturiente e a sua personificação enquanto sujeito de direitos e necessidades (POSSATI *et al.*, 2017).

Para eles, a humanização do parto envolve, ainda, a realização de procedimentos comprovados cientificamente benéficos à saúde materno-infantil e a constante atualização profissional neste meio. Nesse processo, a humanização implica no respeito às escolhas, individualidades e singularidades de cada parturiente. Percebe-se, portanto, que as enfermeiras têm conhecimento sobre as políticas e recomendações do Ministério da Saúde e da OMS e, ainda, acreditam que a humanização se encontra em um processo lento, permeada por muitos desafios (CARVALHO; GOTTEMS; PIRES, 2015).

Conclusão

Conclui-se que, embora em passos lentos, as boas práticas obstétricas estão sendo discutidas, assimiladas e implementadas na prática profissional, com vistas à superação do modelo tradicional hegemônico de intervenção obstétrica.

Espera-se, que os resultados deste estudo possam possibilitar reflexões sobre a importância de valorizar a singularidade e o protagonismo da mulher no processo gestacional. Espera-se, também, que outros grupos de estudos e intervenções possam ser fomentados, no sentido de ampliar as discussões sobre as boas práticas obstétricas e delinear estratégias teórico-práticas condizentes com as diversas realidades.

As limitações deste estudo estão associadas à baixa adesão e participação de gestantes nesta pesquisa. Sugere-se, nessa direção, a realização de encontros nos serviços de saúde, por ocasião das consultas pré-natais.

Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Nascidos vivos Brasil. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – Datasus**, 2017. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def> Acesso em: 10 jun. 2019.

BRASIL. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde – APPMS**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Departamento de Ciência e Tecnologia, 2018.

CARVALHO, E. M. P.; GOTTEMS, L. B. D.; PIRES, M. R. G. M. Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 6, p. 889-897, 2015.

CÔRTEZ, C. T. *et al.* Implementation methodology of practices based on scientific evidence for assistance in natural delivery: a pilot study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 05, p. 49-55, 2015.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: Ipea; MP; SPI, 2014.

LEAL, M. C. *et al.* Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1915-18, 2018.

PEREIRA, S. B. *et al.* Good practices of labor and birth care from the perspective of health professionals. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, Supl. 3, p. 1313-1319, 2018.

PICHETH, S. F.; CRUBELLATE, J. M.; VERDU, F. C. A transnacionalização do parto normal no Brasil: um estudo das últimas cinco décadas. **Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, n. 4, p. 1063-82, 2018.

POSSATI, A. B. *et al.* Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 4, e20160366, 2017.

SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 12, p. 549-551, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Maternal mortality. **WHO**, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/> Acesso em: 15 jun. 2019.

CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE PROTEÇÃO A CRIANÇAS E FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

**Denise Flores Araújo
Cláudia Zamberlan
Nadiesca Taisa Filippin**

Introdução

A situação de vulnerabilidade social tem interferido diretamente na forma como cada grupo tem enfrentado o período pandêmico (LIMA; MELO; PERPETUO, 2021). A pandemia pela Covid-19 potencializou ainda mais a exposição de famílias mais vulneráveis às mazelas sociais, trazendo impactos negativos ainda maiores para essa população. Isso indica a importante tarefa de atentar-se para a necessidade dessas famílias, de apoio e suporte durante e após a pandemia, considerando como prioridade a situação da infância nesse contexto emergencial (GRECO *et al.*, 2021).

Para Brandão (2021), refletir sobre a infância requer pensar as infâncias, no plural, considerando as realidades heterogêneas vivenciadas por cada sujeito, segundo suas condições de vida. Uma situação ainda mais alarmante se agravou com a pandemia: a desproteção da infância e das famílias em vulnerabilidade social, uma vez que a condição de isolamento fez com que os números dos diversos tipos de problemáticas eclodissem, como é o caso da violência intrafamiliar e o trabalho infantil.

Nas últimas décadas, o Brasil tem avançado em políticas públicas voltadas para a proteção social de crianças e

adolescentes, que tiveram seus direitos ratificados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, que na Lei nº 8069/1990, Artigo 100, reconhece a criança como sujeito de direitos. Também, na atual Constituição Federal (CF) brasileira promulgada em 1988, há o reconhecimento e a necessidade de proteção à infância, bem como o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Na CF também se ressalta a necessidade de proteção de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, direitos esses também ratificados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (GONÇALVES, 2016).

Nesse cenário, a família é a instituição de principal importância para a proteção e qualidade de vida na infância, a qual também necessita ser alvo de ações que visem promover o apoio e a superação das adversidades que emergem em meio ao contexto de pobreza no Brasil. Diante dessa questão, aparecem as Organizações Não Governamentais (ONGs), que atuam como Tecnologias Sociais, possibilitando a articulação de múltiplas ações que podem favorecer a proteção social de famílias carentes.

Diante dessa problemática, é importante considerarmos a construção de estratégias de proteção a crianças e famílias em vulnerabilidade social. As políticas públicas de saúde no Brasil, como, por exemplo, a “Lei Orgânica da Saúde”, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, têm sido ferramentas de extrema importância para o combate às desigualdades e a promoção de qualidade de vida para a população. Dessa forma, percebe-se o quanto importante é o delineamento de ações que possibilitem o fortalecimento da proteção social da infância e que possam atuar em concordância com as diretrizes do SUS, uma vez que foram pensadas especialmente para o cenário brasileiro na busca de garantia de direitos e promoção de saúde.

Nesse contexto, as ONGs se tornam dispositivos para a intervenção diante de problemas coletivos, o que envolve a união de esforços de uma ampla articulação de profissionais atuantes nesse campo, com seus diferentes olhares. Elas são tipos de tecnologias sociais (TS) que visam atuar como um dispositivo de intervenção para a resolução de problemas comunitários.

Em oposição às tecnologias convencionais, as TS se caracterizam pela busca de transformação social, por meio da compreensão da realidade e do respeito às identidades locais, tendo como razão atender as demandas sociais concretas vividas e identificadas pela população; a inclusão da população em um processo democrático na tomada de decisões na construção de conhecimento e tecnologia. Há, também, a produção de novos conhecimentos a partir da prática, visando a sustentabilidade econômica, social e ambiental, e, em última instância, a inserção social e autogestão (RODRIGUES; BARBIER, 2008).

Com a finalidade de contribuir como modelo de atuação para ações que visem a proteção de famílias em risco psicossocial, o presente artigo descreve o percurso de elaboração de estratégias de proteção para crianças e famílias em vulnerabilidade social no contexto de uma ONG do município de Santa Maria-RS.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo do desenvolvimento de estratégias de proteção para crianças e famílias em vulnerabilidade social no âmbito de uma ONG do município de Santa Maria-RS. O estudo foi realizado no segundo semestre de 2022, como produção de uma dissertação de mestrado em Saúde Materno Infantil da autora principal, pela Universidade Franciscana (UFN), da cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul (RS).

A ONG participante é mantida por uma igreja cristã do município de Santa Maria-RS e tem como proposta oferecer assistência psicossocial a crianças e famílias carentes do território. Realiza seu trabalho atendendo cerca de 40 crianças, com idades entre 5 e 15 anos, desde o ano de 2007, contando com a atuação de profissionais e voluntários. Sua equipe conta com uma psicopedagoga, uma pedagoga, uma psicóloga, duas merendeiras e duas gestoras, além de estagiários de diferentes cursos de graduação. As crianças e adolescentes são assistidos no Projeto em horário inverso ao período escolar, no qual recebem alimentação e participam de projetos de apoio psicossocial e psicopedagógico, bem como de diferentes oficinas.

A elaboração das estratégias se deu em três etapas: (1) pesquisa científica - levantamento de dados sobre a situação de vida da população atendida na ONG; (2) reuniões com a equipe do Projeto Social; e (3) descrição e organização das estratégias protetivas.

Resultados

Pesquisa científica para levantamento de dados sobre a situação de vida da população atendida na ONG

Com a finalidade de mapear os aspectos de situação de vida das crianças e famílias atendidas pela instituição e identificar as principais demandas alvo para a elaboração das estratégias de proteção, foi realizada, primeiramente, uma pesquisa exploratória e descritiva com dez crianças e dez familiares atendidos pelo projeto.

Foram incluídas, nessa pesquisa, crianças de 6 a 12 anos, atendidas pelo projeto social, e um responsável por cada criança. Todas as pessoas entrevistadas viviam em situação de baixa renda e vulnerabilidade social. A pesquisa utilizou como

instrumentos questionários com perguntas abertas aos pais e às crianças, em entrevistas individuais, e o Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida na Infância (AUQEI).

Como resultado da pesquisa, evidenciou-se a importância da rede de proteção, como família, escola e instituições sociais, para melhora da situação e qualidade de vida das crianças. Um dado importante também destacado foi a presença da violência intrafamiliar, que apareceu especialmente relacionada à dependência química. Também foram verificadas questões referentes à insegurança alimentar, má qualidade habitacional e adoecimento físico e mental nas famílias como fatores de sofrimento na amostra estudada.

Percebeu-se uma amostra majoritariamente constituída por famílias cuja mãe se tornou a principal mantenedora da casa, com mulheres solteiras, com grande número de pessoas residentes, baixo nível de escolaridade, condições precárias de moradia, condições de trabalho precarizado e baixo apoio psicossocial. Percebeu-se, também, o sofrimento das famílias e das crianças diante da insegurança alimentar, agravada devido à pandemia e falta de emprego formal. O adoecimento psicológico e físico dos cuidadores também foi um dado destacado na pesquisa, uma vez que grande parte dos entrevistados mencionou problemas como hipertensão, diabetes, depressão e ansiedade.

Pode-se perceber na fala das crianças a importância do vínculo com a família, a escola e o projeto social para o seu bem-estar. As crianças, assim como os pais, também apontaram para situações de falta de alimento e conflitos familiares no questionário de pergunta abertas. As dificuldades escolares em função do estudo remoto também foi algo destacado na fala de algumas crianças. Embora essas problemáticas tenham se destacado, pode-se perceber que grande parte das crianças tem elencado estratégias para a manutenção de uma boa qualidade

de vida em diferentes aspectos, ainda assim, faz-se necessária a articulação de ações que visem uma maior proteção as crianças em contexto de vulnerabilidade social.

Os dados da pesquisa revelaram a necessidade de intervenção junto às famílias assistidas pelo projeto, uma vez que se verificou também a importância do núcleo familiar como fator de proteção infantil. Dessa forma, os dados foram reunidos e avaliados a fim de serem apresentados para a equipe profissional do projeto para a elaboração das estratégias de proteção.

Reuniões com a equipe do Projeto Social

De posse dessas informações, a equipe reuniu-se para discutir sobre possíveis ações para intervir nos principais problemas identificados na pesquisa, como violência intrafamiliar, trabalho infantil, evasão escolar, negligência, dentre outros. Assim, foram elaboradas estratégias de intervenção que pudessem abarcar as principais problemáticas identificadas na pesquisa, bem como outras problemáticas identificadas pela equipe, com enfoque na proteção e enfrentamento à violência infantil, especialmente no período de pandemia.

As reuniões ocorreram de forma remota, através da ferramenta digital Google Meet, entre a pesquisadora e uma equipe técnica composta por cinco profissionais (uma pedagoga, uma psicopedagoga, uma psicóloga, uma cozinheira e uma gestora do projeto). Nessas reuniões, a pesquisadora apresentou os dados da pesquisa e abriu espaço para a escuta das profissionais, momento em que foram discutidas as principais demandas apresentadas pelas famílias atendidas e as possíveis estratégias de proteção a serem implementadas no projeto que pudessem abarcar as problemáticas ressaltadas.

Descrição e organização das estratégias protetivas

A última etapa foi a descrição e organização das contribuições e propostas apontadas nas reuniões pelas integrantes da equipe, de modo a sistematizar as estratégias a serem implementadas pela ONG. Dessa forma, as estratégias foram organizadas em quatro conjuntos alvo de intervenções.

Aproximação e cuidado com as famílias

As profissionais da equipe relataram que as famílias que estabelecem um vínculo mais próximo com o projeto social são aquelas em que mais se percebe melhorias de situação e qualidade de vida das crianças. Dessa forma, a equipe sugeriu que pudessem ser construídas estratégias que possibilitem a aproximação do projeto com as famílias atendidas.

Foram levantadas, então, propostas, como: palestras e reuniões de confraternização com as famílias, especialmente voltadas aos cuidados com as mães, visto que em sua maioria são as mantenedoras dos lares assistidos; visitas domiciliares periódicas; distribuição de cestas básicas às famílias; e oficinas de qualificação profissional para a reinserção no mercado de trabalho aos familiares das crianças assistidas.

Educação para a saúde

Outra demanda identificada pela equipe foi a situação de negligência vivenciada por muitas crianças, que não tinham hábitos de higiene praticados regularmente. Dessa forma, pensou-se em promover uma oficina sobre a importância da higiene com profissionais de saúde, distribuindo também kits com produtos de higiene para as crianças e famílias. Levantou-se, também, a necessidade de se promover um espaço de

discussão sobre aspectos da sexualidade para a população atendida, a fim de sanar a falta de esclarecimento sobre esses aspectos e prevenir situações de risco para as crianças, como o abuso sexual. Assim sendo, foram propostas oficinas com a temática dos cuidados com a higiene e sobre a sexualidade.

Combate à violência e trabalho infantil - elaboração de uma cartilha sobre proteção infantil

Os profissionais participantes mencionaram a importância da construção de uma cartilha para a orientação das famílias em relação ao trabalho e a violência infantil, visto que muitas crianças atendidas no projeto evadem a escola para trabalhar junto aos pais na coleta de material reciclável nas ruas ou chegam em condições de negligência e maus tratos.

Propôs-se, então, elaborar um material educativo que abrangesse os seguintes pontos: violência contra a criança, especificando os principais tipos, sinais e consequências, bem como a discussão de mitos trazidos pelo senso comum a respeito do assunto; e trabalho infantil, principalmente durante a pandemia, especificando as questões legais, as piores formas e consequências do mesmo e a importância da continuidade dos estudos no período da infância e da adolescência. Também sugeriu-se estruturar uma seção com contato e endereço de diversos locais que compõem a rede de proteção infanto-juvenil. Após sua construção e validação por especialistas, a cartilha será disponibilizada em formato impresso para a ONG participante, bem como para os diferentes órgãos de proteção à infância e Rede de Assistência Psicossocial do município de Santa Maria-RS.

A partir do levantamento bibliográfico, pesquisa de campo e reunião com a equipe, a cartilha foi estruturada como um material de intervenção junto ao público-alvo, com enfoque na

proteção e enfrentamento à violência infantil. Na sequência, foi realizada a escrita da primeira versão, a qual passou por revisão.

Com o texto pronto, foi agendada reunião com uma equipe do curso de Design, da Universidade Franciscana, composta por um docente e duas acadêmicas do curso. Nessa primeira reunião, foram definidos o número de páginas de acordo com o texto elaborado para a cartilha, o formato, bem como as gravuras que seriam usadas. Depois de concluída as etapas pela equipe do curso de Design, a cartilha foi revisada e aprovada.

Assim, o material ficou composto por 24 páginas e foi dividido em cinco seções: (1) Apresentação/Introdução; (2) Violência contra a criança; (3) Trabalho infantil; (4) Rede de Proteção à infância em Santa Maria; e (5) ONGs e Projetos Sociais de Proteção à infância, a criança como um sujeito de direitos. As figuras, a seguir, mostram o layout da cartilha.

Figura 1 - Layout do Projeto Gráfico da Cartilha “Infância Protegida”.





Atenção especializada

Diante da situação de adoecimento psicológico de muitas famílias e da exposição a situações de risco psicossocial, propôs-se reforçar o acompanhamento de casos específicos atendidos no projeto, pela equipe de profissionais.

Abaixo está apresentado um organograma com o resumo das estratégias sistematizadas.

Figura 2 - Organograma das estratégias de proteção propostas.



Fonte: autoras.

Discussão

A vulnerabilidade social abre espaço para a violação de direito das crianças. A pandemia da Covid-19 causou o fechamento das escolas e isolamento social das famílias, deixando as crianças mais vulneráveis à violência e maus tratos, com menor acesso às redes de proteção. Isso implicou em uma subnotificação das denúncias de violência infantil, visto que o ambiente escolar e social é o principal responsável na identificação de casos e o amparo às vítimas, bem como viabilizador das denúncias aos órgãos de proteção à infância (RITA, 2020).

As estratégias de proteção, construídas em conjunto com um grupo de profissionais atuantes na ONG participante, buscaram acessar a população atendida a fim de atuar diretamente nas problemáticas apresentadas, o que implica a elaboração de uma gama de intervenções diretivas que visem o beneficiamento dessa.

Ações como essas se tornaram de extrema importância diante aos fortes impactos que a pandemia causou na sociedade, especialmente para as famílias de baixa renda. Para Greco *et al.* (2021), a pandemia da Covid-19 e o consequente isolamento social tiveram potencial de expor ainda mais as famílias de baixo nível socioeconômico às vulnerabilidades sociais, necessitando ser alvo de maior investigação.

As estratégias suscitadas durante o encontro com a equipe demonstraram a importância das ações das tecnologias sociais na vida das comunidades de baixa renda. As tecnologias sociais atuam no fortalecimento de comunidades de baixa renda, auxiliando na emancipação dos sujeitos e contribuindo para ações de proteção a pessoas que se encontram em vulnerabilidade social. Diante das situações de vulnerabilidade social em que vivem algumas famílias brasileiras, as TS se

mostram cada vez mais efetivas no auxílio ao enfrentamento da crise social (DUQUE; VALADÃO, 2017).

Poder trabalhar e encontrar soluções efetivas dentro do próprio contexto pesquisado possibilita, não só no período de pandemia, mas em todo o tempo, o fortalecimento das populações mais vulneráveis. Assim, a elaboração de estratégias de proteção a crianças e famílias em vulnerabilidade social possibilita uma maior instrumentalização da tecnologia social participante para uma atuação mais efetiva diretamente junto ao público que se encontra em risco diante da problemática, possibilitando um maior alcance desse através da articulação de estratégias diretas de atuação comunitária.

Considerações finais

O presente artigo buscou descrever o processo de construção de estratégias de proteção a crianças e famílias em vulnerabilidade social assistidas por uma ONG no interior do estado do Rio Grande do Sul. O desenvolvimento considerou a realidade demonstrada pelas crianças e famílias assistidas pelo projeto social, bem como a escuta dos profissionais envolvidos no atendimento a essa demanda.

As propostas partiram do diálogo com os próprios componentes da equipe multiprofissional da ONG, elencando-se, assim, estratégias de enfrentamento às situações de complexidade social, que permitiram a construção de ações para o enfrentamento as situações de risco vivenciadas por crianças e suas famílias em contexto de vulnerabilidade social. Assim, percebe-se a elaboração de estratégias de proteção a partir do diálogo multiprofissional como instrumentos para o trabalho de ONGs, na solução de problemáticas que permeiam o cotidiano das populações, trabalho esse que deve considerar a realidade em que a população atendida está inserida.

Percebe-se, ainda, a carência de estudos que demonstrem ações práticas de criação de tecnologias sociais voltadas a infância carente. Dessa forma, as propostas de estratégias de ação desenvolvidas no presente estudo visam servir como referência para outras instituições no trabalho voltado a proteção do público infantojuvenil.

Referências

BRANDÃO, I. C. J. Infância em tempos de pandemia. **Rev Holos**, ano 37, n. 3, e11951, 2021.

DUQUE, T. O.; VALADÃO, J. A. Abordagens teóricas de tecnologia social no Brasil. **Revista Pensamento Contemporâneo em Administração**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 5, p. 1-19, 2017.

GONÇALVES, G. A criança como sujeito de direitos: limites e possibilidades. **Anais Reunião Científica Nacional da ANPED**, Curitiba, 2016.

GRECO, A. L. R. *et al.* Impacto da pandemia da COVID-19 na qualidade de vida, saúde e renda nas famílias com e sem risco socioeconômico: estudo transversal. **Res, Soc and Develop**, v. 10, n. 4, e29410414094, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14094> Acesso em: 14 jun. 2022.

LIMA, J. L.; MELO, A. B.; PERPETUO, C. L. Pandemia e a exacerbação das vulnerabilidades sociais: impactos na saúde mental. **Akrópolis**, Umuarama, v. 29, n. 1, p. 59-74, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25110/akropolis.v29i1.8310> Acesso em: 14 jun. 2022.

RITA, A. C. M. S. Violência infanto-juvenil intrafamiliar e doméstica: o impacto do distanciamento social e a importância da conscientização em meio à pandemia de COVID-19. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, REAS/EJCH, v. 12, n. 10, 2020.

RODRIGUES, I.; BARBIER, J. C. A emergência da tecnologia social: revisitando o movimento da tecnologia apropriada como estratégia de desenvolvimento sustentável. **Rap**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 6, p. 1069-1094, 2008.

DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UM PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO NORTEADOR DO CUIDADO DE ENFERMAGEM A GESTANTES INTERNADAS EM UNIDADES PSIQUIÁTRICAS

Helena Moro Stochero

Laura Tais Loureiro Simas

Marcia Regina Cubas

Suzinara Beatriz Soares de Lima

Juliana Silveira Colomé

Mara Regina Caino Teixeira Marchiori

Introdução

Transtornos mentais se constituem em importante problema de saúde pública (ORELLANA *et al.*, 2020) e as mulheres são a população adulta mais acometida por essas patologias (HYANY *et al.*, 2018). Esse problema é, ainda, mais grave ao relacioná-lo às gestantes e sob internação em unidades psiquiátricas.

Em relação à saúde mental das mulheres, o estudo de Bragé *et al.* (2020) trouxe em seus resultados evidentes contribuições, enfatizando o alto índice de transtornos mentais na população feminina, nas diferentes faixas etárias e fases do ciclo reprodutivo. E, sob esse enfoque, reforça o fato de que a atenção à saúde mental das mulheres é multiforme, complexa e

interseccional e exige a abordagem integrada dos serviços de saúde.

Além disso, embora a gestação em si não esteja relacionada a um fator de risco para o surgimento ou recorrência de transtornos mentais, diversos estudos apontam a elevada ocorrência em gestantes. A variação da prevalência de transtornos mentais nesse público, em especial, com base em estudos nacionais e internacionais, está em média entre 12,9% e 25,77% (AYANO; TESFAW; SHUMET, 2019; SHARMA *et al.*, 2019).

Tendo em vista a prevalência e a relevância dos transtornos mentais durante a gestação e uma matriz assistencial pouco sistematizada e integralizada para essa população, traz-se à tona a importância de estudos que avaliem os cuidados que estão sendo destinados a essas mulheres, especificamente no contexto dos hospitais psiquiátricos (PAULINO *et al.*, 2022). Assim sendo, ao analisar a ligação entre saúde mental e saúde da mulher, visualiza-se a necessidade de pesquisas nesses cenários, uma vez que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) apresenta fragilidades, principalmente ao observar a população de adolescentes e de gestantes no âmbito da atenção primária à saúde (BRAGÉ *et al.*, 2020).

O POP é um dos instrumentos administrativos essenciais às atividades da equipe de enfermagem (BARBOSA *et al.*, 2011) e, nesse contexto, a elaboração de um POP direcionado à equipe de enfermagem no manejo do cuidado integral de gestantes internadas em uma unidade psiquiátrica, irá contribuir para a otimização e a orientação do cuidado de enfermagem. Barbosa *et al.* (2011) salientam a indispensabilidade de instrumentos adequados para nortear de forma clara, objetiva e segura o cuidado de enfermagem às gestantes internadas em unidades psiquiátricas.

O POP deve ser compreendido como instrumento sistematizador do processo de enfermagem, concedendo à equipe ordenar a execução de determinado procedimento. O mesmo assessora o trabalho do enfermeiro no alcance de melhores práticas e, sobretudo, conduz a um pensar e agir crítico-reflexivo (XIV EVINCI, 2019).

Além de conceber instrumentos e recursos de apoio à qualificação do processo de enfermagem é preciso, também, conduzir a qualificação dos profissionais de enfermagem. Sob esse enfoque, a educação permanente em saúde e/ou a formação ao longo da vida se constituem ferramentas imprescindíveis no alcance dos resultados almejados (ARAUJO, 2019).

Nesse sentido, uma ferramenta gerencial que o profissional enfermeiro pode utilizar para melhorar a qualidade da assistência prestada é a padronização das intervenções de enfermagem, através dos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) (SALES *et al.*, 2018). Objetiva-se, para tanto, descrever o processo de construção de um procedimento operacional padrão, a fim de orientar o cuidado de enfermagem às gestantes internadas em uma unidade hospitalar psiquiátrica.

Metodologia

Trata-se de um estudo de desenvolvimento tecnológico que descreve o percurso que norteou a produção de uma tecnologia de cuidado, do tipo procedimento operacional padrão, desenvolvido a partir de um processo investigativo prévio com foco na sistematização do cuidado de enfermagem direcionado às gestantes internadas em uma unidade psiquiátrica, com vistas a qualificação do processo de enfermagem em unidades hospitalares psiquiátricas.

Para subsidiar a construção dessa tecnologia de cuidado foi realizado, inicialmente, um estado da arte para conhecer os

saberes e práticas da equipe de enfermagem em uma unidade psiquiátrica, a fim de destacar os procedimentos principais a serem incluídos no POP, considerando-se as etapas: busca na literatura; avaliação dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados; síntese do conhecimento; e organização dos pontos principais a serem incluídos no POP. Paralelamente, foi realizado um estudo investigativo para melhor compreender as demandas do serviço.

Participaram da pesquisa, realizada previamente à criação, 25 profissionais da equipe de enfermagem, do total de 31 profissionais que atuam na assistência direta às gestantes internadas nesta unidade. Os dados desse estudo prévio ofereceram subsídios à construção do POP e demonstraram a real necessidade desse recurso na referida unidade.

Para a elaboração do POP, seguiu-se as etapas metodológicas que já vinham norteando os demais instrumentos nesta mesma instituição. O POP foi intitulado “**Assistência de enfermagem à gestante internada em uma unidade psiquiátrica**”. O mesmo apresenta uma descrição sequencial, escrita simples e algumas figuras ilustrativas. O quadro, a seguir, demonstra as etapas sequenciais do POP:

Quadro 1 - Etapas sequenciais percorridas para a elaboração do Procedimento Operacional Padrão “assistência a mulheres com necessidades de cuidados psiquiátricos durante o ciclo gravídico”.

Etapas sequenciais percorridas para a elaboração do POP
1- Objetivo
2- Responsabilidade
3- Aplicação
4- Procedimento
5- Referências
6- Anexos

Fonte: elaborado pelas autoras.

Resultados

O percurso adotado para o desenvolvimento do procedimento operacional padrão possibilitou movimento intenso de interlocução com a equipe de enfermagem da referida unidade, além de contribuir para a qualificação do processo de enfermagem nesta mesma unidade. O procedimento operacional padrão está alinhado às necessidades do serviço e, seguramente, resultará em benefícios tanto para os profissionais de enfermagem quanto para as gestantes. Demonstra-se o percurso percorrido para a elaboração do POP em uma unidade psiquiátrica, considerada referência no cuidado às gestantes com patologias psiquiátricas. O percurso, da concepção ao desenvolvimento e a implementação do POP, contou com a participação ativa e colaborativa da equipe de enfermagem da referida unidade psiquiátrica, além do envolvimento da chefia imediata do setor, que reconhece a necessidade da elaboração dessa tecnologia.

O desenvolvimento do produto foi precedido, também, pela autorização do Gabinete de Projetos (GAP) e pela Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) da instituição hospitalar em questão. Ambos os departamentos se mostraram favoráveis e demonstraram total apoio ao desenvolvimento e a implementação do POP. Esse processo, possivelmente, foi facilitado em função da pesquisadora principal ser membro integrante do Comitê da SAE e integrante da equipe de enfermagem da unidade psiquiátrica, além de sua expertise na área da saúde materno-infantil.

O processo investigativo prévio foi conduzido a partir de três etapas, relacionadas à percepção dos profissionais em relação à sistematização do cuidado de enfermagem às gestantes internadas em uma unidade psiquiátrica, sendo que os resultados desse processo se constituíram em subsídio à

elaboração do POP. Identificou-se, com base nessa etapa, os dados sociodemográficos dos profissionais que atuam na referida unidade, as percepções dos profissionais da assistência em relação às gestantes internadas na unidade, sugestões de melhorias e, também, as dificuldades e facilidades encontradas no processo de cuidado às gestantes.

O POP foi desenvolvido, portanto, com base no modelo institucional adotado para a elaboração dos demais POPs. Considerou-se, em toda a sua construção, as fragilidades previamente mencionadas pela equipe de enfermagem. Tratou-se, inicialmente, de abordagens relacionadas à admissão da gestante no setor e, na sequência, descreveu-se as etapas do processo de enfermagem, bem como os seus procedimentos em específico, com vistas à sua implantação no sistema institucional informatizado - Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU).

Atentou-se, em todo o percurso de produção do POP, para que o produto fosse atrativo, objetivo, não muito extenso e capaz de fornecer orientações significativas sobre o Processo de Enfermagem e a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Atentou-se, ainda, para que o POP fosse acessível, de fácil compreensão e para que atendesse as necessidades específicas dos enfermeiros que atuam em unidades psiquiátricas, a fim de que os mesmos se sintam estimulados e impulsionados à qualificação do cuidado.

Buscou-se, ainda, ilustrar as orientações para descontrar, animar, torná-lo menos pesado e facilitar o entendimento, já que, para algumas pessoas, as ilustrações explicam mais que muitas palavras. É importante tornar a linguagem acessível ao público-alvo (NASCIMENTO *et al.*, 2019). Buscou-se, nessa direção, utilizar uma linguagem científica, mas adaptada às necessidades da unidade psiquiátrica.

A etapa de qualificação do POP visa a validação técnico-científica do material construído. A literatura recomenda que esse processo seja realizado em três etapas de avaliação: a de profissionais de saúde especialistas na área da temática, a de pacientes individuais e a de grupos de pacientes portadores do evento abordado (SVARSTAD; MOUNT, 2002; BARBOSA, 2011). Nesse estudo, no entanto, não foram considerados os pacientes, pelo fato do processo de enfermagem e a SAE serem atividades privativas do Enfermeiro. Denotou-se que a construção e o processo de qualificação do produto foram, também, uma oportunidade para uniformizar e oficializar as condutas no cuidado às gestantes internadas em uma unidade psiquiátrica, com a participação ativa e colaborativa dos enfermeiros.

Considerou-se, ainda, por fim, que o conhecimento científico é renovável e que necessita de constantes atualizações. Por isso, a informação contida neste POP não se constitui em verdade absoluta ou receita inquestionável. Assim como a formação é concebida ao longo da vida, também as tecnologias instrucionais requerem atualizações frequentes e ao longo de sua vida útil.

O POP, em seu formato gráfico final, foi apresentado a duas enfermeiras com especialização na área obstétrica, a fim de que pudessem validar o conteúdo e as orientações, consideradas específicas, neste estudo. A seguir, a Figura 1 apresenta um esboço ilustrativo resumido do POP.

Figura 1 - Procedimento operacional padrão norteador do cuidado de enfermagem às gestantes em uma unidade de internação psiquiátrica.

UNIDADE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ENFERMAGEM - POP TÉCNICO		 Mestrado Profissional SAÚDE MENTAL INTEGRAL		 UFN Universidade Franciscana		 Proten	
ADMISSÃO DE GESTANTES NO SERVIÇO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL		Nome		Rúbrica		Código: PRUAP E23	
Elaborado por		Helena Moro Stochero				Versão: 01	
Validado por						Data: Maio/22	
Aprovado por						Páginas: 03	
Revisado por						Revisão:	

O produto final, “**Procedimento Operacional Padrão norteador do cuidado de enfermagem às gestantes internadas em unidades psiquiátricas**”, foi disponibilizado para o referido setor hospitalar. Serão discutidos, na sequência, maiores detalhes em relação a sua atualização e disponibilização para outros serviços da mesma natureza.

Discussão

Ressalta-se a importância da inserção da equipe de enfermagem nas discussões e em todo o processo de construção do POP, considerando que, na maioria dos serviços, o enfermeiro coordena o processo de trabalho e recursos de uma unidade hospitalar. Na enfermagem, a gestão é vista como importante área de atuação do enfermeiro e se dinamiza com base em estratégias prospectivas e colaborativas com a participação ativa de todos os profissionais da equipe (SANTOS *et al.*, 2019).

É importante, crescentemente, desenvolver ferramentas que conduzem a qualificação do processo de enfermagem e que contribuem para a implementação efetiva da Sistematização da

Assistência de Enfermagem. Nesse percurso, o POP é considerado importante ferramenta para conduzir a sistematização da assistência de enfermagem e potencializar o trabalho colaborativo entre os profissionais de saúde (SANTOS; LINS, 2019; GODOI, 2021).

O percurso realizado demonstra que o processo de enfermagem deve ser considerado como importante recurso indutor e transformador dos cenários de prática. O mesmo favorece o raciocínio e o julgamento clínico dos elementos da prática profissional de enfermagem, além de possibilitar maior autonomia e reconhecimento social (MARQUI *et al.*, 2017; COFEN, 2017; GOMES, 2017).

Um estudo previamente realizado evidenciou lacunas relacionas à coleta de dados de enfermagem, considerando que a coleta é, geralmente, realizada de forma superficial e rotineira. Desse modo, uma coleta de dados superficial e incompleta poderá refletir diretamente na qualidade da assistência, pois é através do histórico de enfermagem que são identificadas as principais demandas e é, a partir dele, que são estabelecidas as metas e prioridades para o cuidado em sua dimensão individual e coletiva (SANTANA; COHRS; MELO, 2021).

Assim como no levantamento dos dados, as demais etapas do processo são igualmente relevantes e pertinentes para o alcance de resultados mais efetivos e resolutivos por meio do cuidado de enfermagem (LINCH *et al.*, 2019). As intervenções a serem planejadas, priorizadas e implementadas dependem fundamentalmente das etapas previamente conduzidas, com interesse, profundidade e cientificidade. A avaliação será o resultado desse percurso circular e complementar, do qual o enfermeiro é o principal protagonista (COFEN, 2017).

Conforme a legislação, a avaliação de enfermagem é um processo contínuo, onde verifica-se as mudanças nas respostas, a fim de verificar se as intervenções prescritas obtiveram o

resultado esperado ou se ainda são necessárias novas adaptações e intervenções (COFEN, 2017). O plano de cuidado, sob esse enfoque, é resultante da análise dos diagnósticos de enfermagem, no qual são examinados os problemas de enfermagem, as necessidades humanas básicas afetadas e o grau de dependência envolvido. Assim, apoiado no processo de enfermagem, o POP orienta o cuidado de enfermagem com base nas reais necessidades de cada gestante (GOMES, 2017; LIMA *et al.*, 2021; LEITE *et al.*, 2021).

O atendimento em uma unidade hospitalar psiquiátrica, para o público de gestantes, não é posto como diretiva no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Pelo contrário, há um direcionamento para o cuidado na atenção primária à saúde, considerado mais efetivo e personalizado. É preciso que se admita, no entanto, que, em muitos casos e dependendo da situação, as gestantes necessitam de internação em uma unidade psiquiátrica. E, para tanto, requer-se ferramentas específicas e seguras que possam nortear o cuidado de enfermagem.

Considerações finais

A produção do procedimento operacional padrão mostrou-se um excelente recurso de interlocução teórico-prática, bem como uma importante ferramenta norteadora e qualificadora do cuidado de enfermagem às gestantes internadas em unidades psiquiátricas. Além de sua dimensão física e palpável, o produto desenvolvido possibilitou espaço para a autorreflexão e a autoanálise sobre o processo de trabalho e de cuidado em enfermagem e saúde.

Os cuidados baseados em ferramentas institucionais específicas são comprovadamente realizados com maior qualidade, segurança e cientificidade. Desse modo, o POP desenvolvido com este estudo resultará, seguramente, em maior

satisfação profissional e uma sistematização mais efetiva e eficaz do cuidado de enfermagem às gestantes internadas em unidades psiquiátricas.

Como limitação deste estudo, pontua-se o quantitativo reduzido de artigos atualizados publicados sobre esta temática, considerando que o montante de publicações estão focadas na área obstétrica e na área psiquiátrica em geral. Sob esse enfoque, o presente estudo valoriza o saber das duas áreas e contribui para o fornecimento de um recurso técnico-científico que pode ser replicado para outros serviços nacionais.

Referências

ARAÚJO, C. C. D. **Implementação do protocolo para o manejo da hemorragia pós-parto no Hospital Regional Monsenhor Antônio Barros em São José de Mipibu/RN**. 2019. 51f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem Obstétrica, Rede Cegonha III) - Escola de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

AYANO, G; TESFAW, G; SHUMET, S. Prevalence and determinants of antenatal depression in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. **PLoS ONE**, v. 14, n. 2, 2019.

BARBOSA, C. M. *et al.* A importância dos procedimentos operacionais padrão (POPs) para os centros de pesquisa clínica. **Revista da Associação Médica Brasileir**, v. 57, n. 2, p. 134-135, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302011000200007> Acesso em: 10 maio 2022.

BRAGÉ, E. G. *et al.* Perfil de internações psiquiátricas femininas: uma análise crítica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 2020, v. 69, n. 3, p. 165-170, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000275> Acesso em: 10 maio 2022.

BRASIL. **Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério**. Guia de orientação para as secretarias estaduais e municipais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Resolução nº 543/2017 do Conselho Federal de Enfermagem, de 18 de abril de 2017.** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br> Acesso em: 15 jun. 2022.

GODOI, H. P. **Tecnologia virtual como ferramenta de visita familiar a pacientes com COVID-19 internados em Unidade de Terapia Intensiva Coronariana:** construção e validação de um procedimento operacional padrão. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021.

GOMES, L. F. S. **Sistematização da assistência de enfermagem à gestante de alto risco:** construção e validação de uma tecnologia para o cuidado. 2016. 200f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/22135> Acesso em: 22 abr. 2020.

HIANY, N. *et al.* Perfil Epidemiológico dos Transtornos Mentais na População Adulta no Brasil: uma revisão integrativa. **Rev Enfermagem Atual In Derme**, v. 86, p. 24, 2018.

LEITE, A. C. *et al.* Contribuições da assistência de enfermagem à gestante com ansiedade: prevalência e fatores associados. 2021. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, e50310515273, 2021.

LIMA, J. . F. *et al.* Processo de enfermagem na gestação de alto risco. Enfermagem: desafios e perspectivas para a integralidade do cuidado. *In:* SILVA, P. D. da; SOUSA, L. C. da. **Enfermagem: desafios e perspectivas para a integralidade do cuidado.** São Paulo: Editora Científica Digital, 2021. p. 237-249.

LINCH, G. F. C. *et al.* Ações coordenadas para implantação e consolidação da sistematização da assistência de enfermagem em um complexo hospitalar. **Enferm Foco**, v. 10, n. 4, p. 82-88, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2342/556>. Acesso em: 3 maio 2022.

MARQUI, G. D. D. *et al.* Implementação dos diagnósticos de enfermagem em uma unidade de internação oncológica: a participação do técnico em enfermagem. *In: CONGRESSO SUL BRASILEIRO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM*, 2; MOSTRA INTERNACIONAL DE CUIDADO DE ENFERMAGEM NO CICLO DA VIDA: PROCESSO DE ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA DE CUIDADO, 1. **Anais...** Chapecó: UDESC – CEO, 2017.

NASCIMENTO, C. C. L. *et al.* Construção de procedimento operacional padrão para sala de imunização. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 9, e389, 2019. DOI: 10.25248/reas.e389.2019

ORELLANA, J. D. Y. *et al.* Transtornos mentais em adolescentes, jovens e adultos do consórcio de coortes de nascimento brasileiras RPS (Ribeirão Preto, Pelotas e São Luís). **Cad Saúde Pública**, v. 36, e00154319, 2020.

PAULINO, D. *et al.* Gestantes internadas no hospital psiquiátrico: um retrato da vulnerabilidade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, n. 1, e320119, 2022. DOI: 10.1590/S0103-73312022320119.

SANTOS, V. F. M.; LINS, M. A. F. Procedimento operacional padrão: instrumentos gerenciais e sua relação com a assistência no contexto hospitalar. **Revista Multidisciplinar do Sertão**, v. 1, n. 4, p. 603-611, 30 dez. 2019.

SANTOS, P. R. *et al.* Autopercepção de enfermeiros hospitalares sobre sua habilidade decisória. **Nursing**, v. 22, n. 251, p. 2829-2833, abr. 2019.

SALES, C. B. *et al.* Protocolo operacional padrão na prática operacional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 1, p. 138-46, 2018.

SANTANA, G. R.; COHRS, F. M.; MELO, C. P. F. A importância da coleta de dados no processo de enfermagem nas unidades de terapia intensiva adulto no Brasil: uma revisão narrativa da literatura. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 6, p. 63473-63484, jun. 2021.

SHARMA, R. *et al.* Depression in Pregnancy: Prevalence and Clinical Correlates. **Journal of Psychiatrists' Association of Nepal**, v. 8, n. 2, p. 30-35, 31 dez. 2019.

SVARSTAD, B. L.; MOUNT, J. K. **Evaluation of written prescription information provided in community pharmacies 2001**: final report to the U.S. Department of Health and Human Services and the Food and Drug Administration. Rockville (MD): FDA/CDER, 2002. Disponível em: <http://www.fda.gov/cder/reports/prescriptionInfo/default.htm> Acesso em: 10 jan. 2004.

XIV EVINCI. **Atualização e validação dos procedimentos operacionais padrão de uma Unidade de Terapia Intensiva**. Evento de Iniciação Científica. Curitiba: Unibrasil, 2019.

CURSO DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

Dirce Stein Backes

Andressa Caetano

Leandro da Silva Medeiros

Karla Maria Carneiro Rolim

Francisca Georgina Macedo de Sousa

Leris Salete Bonfanti Haeffner

Introdução

A atenção pré-natal é um dos pilares do cuidado à gestante, cuja relevância para a redução da morbimortalidade materno-infantil já se encontra pactuada. Estudos demonstram que a má qualidade da assistência pré-natal resulta, frequentemente, em repercussões negativas tanto no parto e nascimento quanto no puerpério e para o recém-nascido (VAICHULONIS *et al.*, 2021; MENDES *et al.*, 2020).

Apesar dos intensos esforços para expandir a cobertura da assistência às gestantes na Atenção Primária de Saúde (APS), em âmbito nacional e internacional, a saúde materno-infantil segue sendo importante objeto de pesquisa para descortinar intervenções capazes de melhorar a assistência pré-natal, especialmente em países de baixa e média renda. A redução da mortalidade materna e infantil segue lenta e permanece no topo das agendas políticas globais e, por isso, novamente incluída entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (KUHN; VOLLMER, 2017; CLAIRE *et al.*, 2019).

A assistência pré-natal abarca um conjunto de medidas prospectivas que visam contribuir para desfechos favoráveis no

parto, nascimento e puerpério. Essas medidas multidimensionais e multiprofissionais incluem intervenções que vão da promoção, educação, detecção, ao tratamento precoce de agravos. O período gestacional é considerado, neste estudo, como uma jornada individual e complexa que compreende/afeta as dimensões física, mental, social e espiritual da saúde, as quais, conseqüentemente, devem ser contempladas por intervenções de cuidado singulares e multidimensionais (HODGSON; SAXELL; CHRISIANS, 2017; McNELLAN *et al.*, 2017).

O desenvolvimento de medidas para melhorar o pré-natal, internacionalmente aceitas e validadas, focam-se no número de consultas pré-natais, grupos de gestantes, programas de prevenção de doenças, inclusão do acompanhante ou pessoa próxima desde o pré-natal ao parto e nascimento, orientações nutricionais e medicamentosas, ampliação e fortalecimento da atuação dos enfermeiros obstétricos, dentre outras. Essas medidas visam contribuir para a eficácia da atenção por meio do desenvolvimento de saberes e práticas acolhedoras, interativas e resolutivas às gestantes na rede de serviços de saúde (AMEYAW; DICKSON; ADDE, 2021; GUIMARÃES *et al.*, 2018; EVANS; SPIBY; MORRELL, 2020; GIBORE; BALI; KIBUSI, 2019; NOVE *et al.*, 2021).

A formação de profissionais em um curso colaborativo e multiprofissional é o foco central deste estudo. Investir na qualificação pré-natal, a partir de abordagens construtivistas e interprofissionais repercute, de acordo com estudo previamente realizado (BANKE-THOMAS; MADAJ VAN DEN BROEK, 2019), em ganhos para os diversos atores envolvidos: para os profissionais de saúde, na ampliação de saberes, práticas e em atitudes mais proativas na assistência às gestantes; e para as mulheres, em desfechos favoráveis no parto, incluindo a redução da morbidade e mortalidade materna e neonatal.

Embora se evidencie importantes avanços na assistência pré-natal no contexto da APS, no Brasil permanecem importantes lacunas em âmbito nacional relacionadas à qualificação dos profissionais de saúde, além de dificuldades organizacionais em termos de acesso, cobertura e gestão voltadas à qualificação do cuidado pré-natal (GUIMARÃES *et al.*, 2018). Assim, no intuito de contribuir com a qualificação da assistência pré-natal, na perspectiva interprofissional, este estudo tem por objetivo descrever o percurso de um curso de qualificação da atenção pré-natal para profissionais da saúde que integram os municípios da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Métodos

Este estudo integra um projeto ampliado de pesquisa-ação (ERRO-GARCÉS; ALFARO-TANCO, 2020), que visa tanto agir quanto criar conhecimento ou teoria sobre a ação. O método considera o empirismo, tal como as coisas se apresentam, isto é, oriundas do campo assistencial conforme previsto no objetivo geral desta pesquisa-ação.

O curso pré-natal foi organizado e sistematizado a partir de atividades semanais, fundamentadas em metodologias ativas, com a participação de profissionais de saúde que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS), em uma região interiorana do sul do Brasil. Essa região, organizada em uma coordenadoria estadual, abrange 32 municípios de pequeno a médio porte, os quais possuem cobertura da Estratégia da Saúde da Família (ESF) em torno de 50%. Em cada UBS atuam médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e, em várias delas, também um odontólogo.

A referida coordenadoria foi escolhida por ser foco de uma pesquisa-ação ampliada que tem por objetivo geral “Qualificar a

atenção à saúde materno-infantil” e, principalmente, pelo desejo de lideranças locais que, em período pandêmico e com escassos recursos humanos, não conseguiram avançar no processo de qualificação da saúde materno-infantil.

Participaram do processo de intervenção 65 profissionais que atuam em UBS da referida região/coordenadoria, os quais previamente manifestaram a sua intenção mediante inscrição nominal em formulário específico. E do processo de significação das intervenções, participaram 46 profissionais (8 médicos, 6 odontólogos, 3 psicólogos e os demais enfermeiros). Considerou-se como critérios de inclusão: profissionais que atuam na assistência ao pré-natal em uma UBS e que tivessem participado da etapa das intervenções – curso de qualificação pré-natal. Excluiu-se do estudo profissionais que não tiveram 75% de frequência nas atividades propostas no curso pré-natal.

No início da pesquisa-ação foram contempladas intervenções direcionadas ao curso pré-natal, organizado em 40 horas/aula e sistematizado por meio de encontros semanais, na modalidade síncrona e assíncrona, no período de agosto a dezembro de 2021. Nos encontros síncronos, pela plataforma *Google Meet*, foram discutidas temáticas demandadas pelos participantes, sob a mediação de especialistas de âmbito nacional e internacional (profissionais docentes com título de doutor). Nos encontros assíncronos, os profissionais inscritos no curso reuniram-se com os demais profissionais das UBS para discutir e aprofundar a temática previamente apresentada e, a partir de então, prospectar estratégias locais para a qualificação da assistência pré-natal, as quais deveriam ser postadas no *Google Classroom*.

Como atividade avaliativa final do curso pré-natal, os participantes desenvolveram, em pequenos grupos, por proximidade, um produto de aprendizagem que consistiu na elaboração de um fluxograma retrato para uma assistência pré-

natal de qualidade em sua região. O mesmo foi postado no *Google Classroom* por um dos integrantes e apresentado na modalidade seminário síncrono, no último encontro.

As temáticas do curso foram organizadas a partir de demandas provenientes dos profissionais participantes, dentre as quais figuram: histórico da assistência ao parto e pré-natal; organização da rede de assistência pré-natal; indicadores de qualidade em saúde pré-natal; pré-natal no contexto multiprofissional e interdisciplinar; arcabouço jurídico-legal, rede cegonha e regionalização dos partos; a importância das testagens rápidas para HIV/aids e hepatites virais no pré-natal; atenção pré-natal no contexto internacional; dentre outras.

As temáticas foram desenvolvidas de modo a articular conhecimento teórico e as experiências do mundo do trabalho dos envolvidos. Ao final desse processo ou paralelo a ele, foram discutidos e avaliados os significados do curso para as práticas profissionais na atenção ao pré-natal, sendo este o objeto que será apresentado e discutido.

Observou-se, em todo o processo de pesquisa-ação, as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013), bem como as recomendações do Ofício Curricular nº 2 de 2021 relativo às pesquisas em tempos de pandemia (BRASIL, 2021). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética sob o parecer: 4.253.922 e, após o aceite dos participantes, os mesmos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Apresenta-se, inicialmente, a ilustração do cronograma dos encontros síncronos e assíncronos e, posteriormente, o retrato da realidade local.

Figura 1 - Cronograma de atividades do Curso de qualificação pré-natal.

Curso de Qualificação da Atenção ao Pré-Natal	
02/09/2021 14:00	Contexto histórico e situação da atenção ao pré-natal no Brasil Dr. Paulo Sérgio da Silva Mário Pediatra/Porto Alegre (RS)
09/09/2021 - Atividade Assíncrona via Classroom	
16/09/2021 14:00	Cuidado pré-natal Prof. Dra. Márcia Valéria de Souza Universidade Federal do Espírito - UFES
23/09/2021 - Atividade Assíncrona via Classroom	
30/09/2021 14:00	Pré-natal na perspectiva integral e humanizada Prof. Dra. Cláudia Teresa Frias Rios Universidade Federal do Maranhão - UFMA
07/10/2021 - Atividade Assíncrona via Classroom	
14/10/2021 14:00	Cuidado Pré-Natal na Perspectiva Multiprofissional: O que pode ser diferente? Prof. Dra. Bianca Zimmermann - Universidade Franciscana Prof. Dra. Cristina Saling Kruehl - Universidade Franciscana Prof. Dra. Franceliane Benedetti - Universidade Franciscana
21/10/2021 - Atividade Assíncrona via Classroom	
28/10/2021 14:00	A importância das testagens rápidas para HIV/Aids e Hepatites Virais no Pré-Natal Prof. Dra. Aline Feltoza Universidade de Fortaleza - UNIFOR
04/11/2021 14:00	Atenção pré-natal em Portugal: avanços e desafios Prof. Rosa Moreira Portugal
11/11/2021 - Atividade Assíncrona via Classroom	
18/11/2021 - Atividade Assíncrona via Classroom	
25/11/2021 14:00	Encerramento Prof. Dra. Dirce Stein Backes Universidade Franciscana - UFN



O retrato da realidade local: potencialidades e fragilidades

As UBS, em geral, seguem protocolos, fluxogramas e manuais atualizados e disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Outras se orientam com base em evidências científicas atuais disponibilizadas pela sociedade de ginecologia e

obstetrícia, publicações científicas e outras. Além disso, todas as UBS seguem protocolos pactuados pelos municípios relacionados à linha de cuidado materno-infantil, conforme depoimento: *“O pré-natal é de boa qualidade, seguindo os protocolos do Ministério da Saúde, atualizações da sociedade de ginecologia e obstetrícia e protocolo municipal da saúde da mulher”* (P11).

Os serviços de saúde, em âmbito regional, deram um salto importante em qualidade e humanização do pré-natal, mais especificamente, a partir da última década, conforme exemplificado nos depoimentos: *“O pré-natal do meu município está em constante atualização, em processo de melhoria constantes através de capacitações”* (P3). *“O Pré-natal em meu município é de excelente organização e atendimento às suas pacientes, pois segue um fluxograma de atendimento quando é confirmada a gravidez baseado no pré-natal de risco habitual e alto risco”* (P18). *“A assistência está em franca ascendência no que concerne à atuação da equipe multiprofissional, que atua desde a identificação até o pós-parto, dando seguimento ao planejamento familiar e outros cuidados relacionados à saúde da mulher após o parto”* (P26).

No entanto, as fragilidades ainda persistem naquelas UBS localizadas em regiões remotas com maior vulnerabilidade social. Nessas realidades, a assistência pré-natal exige tomada de decisão oportuna e eficaz para a redução de riscos que interferem tanto na saúde da mulher quanto da criança, conforme relato:

Em nossa unidade de saúde, em especial, há sempre um elevado quantitativo de gestantes. Em sua maioria, incluem mulheres que vivem em diversas situações de vulnerabilidade. Grande parte evolui para a necessidade de acompanhamento de pré-natal de alto risco. Há diversos casos de dificuldade de responsabilização das gestantes com seu pré-natal.

Há gestantes faltosas, que abandonam o acompanhamento e, muitas vezes, a equipe mínima da ESF não dá conta da alta demanda e faz o possível para manter a rotina de atendimentos por meio de busca ativa e solicitação e apoio da rede de saúde. (P16).

As fragilidades, em geral, restringem-se a algumas UBS. As mesmas estão associadas às discontinuidades e falta de comunicação entre os diversos pontos da rede: “*Difícil comunicação com os demais níveis de atenção à saúde que acompanham às gestantes*” (P31). E, também, relacionadas à adesão das gestantes e companheiros às consultas pré-natais, manejo adequado, infraestrutura e logística inadequada, desqualificação dos gestores, dentre outras.

O quadro 1, a seguir, resume as principais potencialidades e fragilidades apontadas pelos participantes deste estudo.

Quadro 1 - Potencialidades e fragilidades apontadas pelos profissionais da saúde.

Potencialidades	Fragilidades
<ul style="list-style-type: none"> • Rede Cegonha, que impulsionou grandes mudanças; • Captação precoce da gestante; • Estímulo à participação do parceiro às consultas; • Atenção especial e acolhedora à primeira consulta; • Acolhimento com escuta qualificada; • Resolutividade no atendimento; • Comunicação efetiva e afetiva; • Vínculo equipe-gestante e familiares; • Respeito à autonomia da gestante e parceiro; • Orientações claras sobre o período gestacional; • Orientação sobre o funcionamento da rede materno-infantil; • Consultas pré-natais com regularidade; • Acesso ao Serviço de Imunização sem agendamento; • Exames disponibilizados pelo município e no prazo solicitado; • Uso orientado da Caderneta de gestantes; • Busca ativa da gestante quando necessário; • Trabalho das equipes de ESF; • Pré-natal conduzido por enfermeiros obstetras; • Conquista de autonomia para o enfermeiro; • Consultas intercaladas entre médicos e enfermeiros; • Assistência com enfoque multiprofissional; • Atendimento odontológico em ESF; • Implantação de protocolo de saúde da mulher; • Acompanhamento pelo ACS; • Resolutividade no atendimento das ISTs; • Efetividade na cobertura vacinal de gestantes; • Acompanhamento interdisciplinar à gestante; • Atuação inter-redes em casos especiais; • Assistência facilitada em Pronto Atendimento para gestantes com intercorrências; • Comitê de Mortalidade Materno-Infantil atuante, que viabiliza capacitações frequentes; • Transporte assegurado às gestantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação ineficaz entre os diferentes pontos da rede; • Preenchimento incorreto das cadernetas; • Tratamento realizado e não informado em prontuário eletrônico; • Demora no retorno às solicitações; • Dificuldades de acesso à UBS, por ser uma área rural; • Identificação precoce das gestantes na comunidade; • Baixa adesão das gestantes e do acompanhante às consultas pré-natais; • Resistência de companheiros à realização do teste rápido para ISTs; • Baixa adesão das gestantes às consultas odontológicas; • Baixa adesão aos grupos de gestantes; • Descontinuidade das consultas de pré-natal por parte das gestantes; • Resistência de gestantes na busca de outros serviços da rede, quando necessário; • Baixo nível cultural de gestantes; • Busca ativa ineficaz de gestantes pelos ACS; • Baixa cobertura, em algumas unidades, de Agentes Comunitários de Saúde; • Falta de consultório odontológico em algumas UBS; • Ausência de farmacêutico e residentes de Programas multiprofissionais; • Comunicação ineficaz com a rede pela vulnerabilidade social da comunidade; • Desqualificação de gestores locais; • Inadequação da infraestrutura para a realização das consultas pré-natais; • Ausência de protocolos para nortear a conduta pré-natal; • Perambulação de gestantes por diversos pontos da rede; • atendimentos médicos reduzidos; • Não vinculação de gestantes à unidade de referência; • Contato telefônico prejudicado com gestantes devido a troca de número; • Inexistência de grupos temáticos para gestantes e seus companheiros.

Fonte: elaborado pelos autores.

Apesar de se diferenciarem entre municípios e UBS, esses fatores fortalecem ou fragilizam a assistência ao pré-natal e comprometem ainda mais quando o mesmo serviço possui múltiplas situações desqualificadoras.

Aliar oportunidades, disponibilidade dos envolvidos e estratégias de educação em saúde configurou-se como contexto inovador para ampliar conhecimentos, de forma colaborativa, e reconstruir novas práticas para atenção ao pré-natal. Os encontros entre os profissionais, o mundo do trabalho, os conteúdos e as discussões viabilizaram refletir sobre práticas desenvolvidas e aquelas que necessitam ser reformuladas/reconstruídas visando, sobretudo, a qualificação da assistência, culminando com a redução da morbimortalidade materna e neonatal e alterando importantes indicadores de saúde.

Além de satisfeitos com o curso, os participantes manifestaram a necessidade de novas edições, em períodos regulares e frequentes, além da necessidade de compartilhar saberes e práticas para o alcance global de estratégias de intervenção. Os mesmos reconhecem que a troca de experiências entre as equipes de diferentes UBS é altamente favorável ao crescimento pelo apoio dos pares e aprendizagem mútua.

Denotou-se, em suma, grande desejo por parte dos profissionais em qualificar a assistência pré-natal em âmbito local e regional. O curso impulsionou, nessa direção, a importância do aprendizado permanente e colaborativo, no qual todos são protagonistas de uma nova ação.

Discussão

Obteve-se, nas últimas duas décadas, importantes avanços na área saúde materno-infantil. A redução das taxas de

mortalidade materna e neonatal, no entanto, permanecem lentas. Nessa direção, Carvalho *et al.* (2020) demonstram que a mortalidade perinatal e neonatal refletem, sobremaneira, fatores relacionados à qualidade da assistência pré-natal e ao parto. Paralelamente, outros estudos denotam que a gestação é um período que merece atenção singular e multidimensional, pela sua influência (positiva e/ou negativa) no ciclo gravídico-puerperal (CALOU *et al.*, 2018; WARRI; GEORGE, 2020; GULEMA; BERHANE, 2017). Emerge, sob esse impulso, a necessidade de descortinar novas possibilidades e investimentos que contemplem o pré-natal de qualidade, à luz de novas abordagens e referenciais.

As potencialidades associadas ao pré-natal, evidenciadas pelos participantes deste estudo, estão fortemente associadas às políticas e estratégias induzidas pelo Ministério da Saúde do Brasil e pactuadas pelos estados e municípios. Um destaque especial é creditado à Rede Cegonha, traduzida por um conjunto de recursos que direcionam a superação do modelo hospitalocêntrico e medicocêntrico, a partir de condutas horizontalizadas e humanizadas no ciclo gravídico-puerperal (SANTOS FILHO; SOUZA, 2021).

Sob esse impulso, os participantes deste estudo destacaram como avanços o aumento das consultas pré-natais, a captação precoce da gestante, a inserção do enfermeiro obstétrico, além de aspectos relacionados ao acolhimento, à comunicação e ao vínculo profissional-usuário. Estudos corroboram com esses avanços e reforçam a importância do aumento do número de consultas e o pré-natal no primeiro semestre de gestação, cuja proporção de mulheres que iniciou esse processo precocemente aumentou em todas as regiões do Brasil (SOUZA *et al.*, 2021).

Desde a implantação da Rede Cegonha, crescente esforço vem sendo realizado, simultaneamente, em relação à formação e contratação de enfermeiros obstétricos pelos serviços de saúde.

Nessa direção, um estudo reforça a importância da atuação do enfermeiro obstétrico no pré-natal, ao concluir que as mulheres cujo pré-natal foi prestado por parteiras tiveram 14% menos risco de interromper o aleitamento materno e 23% menor risco de descontinuar o aleitamento materno exclusivo (WALLENBORN *et al.*, 2018). Embora reconheçam a presença do enfermeiro obstétrico como importante fortaleza, os participantes deste estudo mencionaram o número reduzido de profissionais disponíveis.

Ao mesmo tempo em que denotaram potencialidades, os participantes também sinalizaram fragilidades, por vezes, de forma contraditória. As fragilidades, todavia, estão mais presentes naquelas UBS localizadas em regiões periféricas ou rurais e em maior vulnerabilidade social. Além do quantitativo de gestantes ser maior nessas realidades, as quais frequentemente evoluem para o pré-natal de alto risco, esses locais paralelamente apresentam recursos humanos insuficientes e/ou sem a devida qualificação.

Recrutar e reter profissionais em áreas rurais ou remotas é, no entanto, crucial para assegurar a integralidade, a continuidade e a qualidade da assistência pré-natal. Russel et al. (2021) denotam que populações rurais ou remotas, mesmo em países de alta renda, como Austrália, Estados Unidos e Canadá, têm uma gama de vulnerabilidades de saúde e, frequentemente, experimentam disparidades substanciais nos resultados de saúde devido a fatores econômicos, de risco à saúde e pior acesso aos cuidados de saúde em comparação com as populações metropolitanas.

A sinalização de participantes de que a educação interprofissional pode ser fundamental para alcançar a assistência integral no pré-natal é importante, considerando que atualmente as UBS atuam com um número reduzido de profissionais envolvidos na assistência. A educação

interprofissional tem potencial para promover o desenvolvimento de práticas colaborativas e integrativas na rede de saúde. Evidências científicas apoiam a necessidade e o valor da educação interprofissional para a continuidade e a integralidade da assistência pré-natal, especialmente face à complexidade e a natureza multifacetada dos sistemas de saúde (ADENIYI *et al.*, 2021; REEVES, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010) reforçou, nessa direção, o seu compromisso com a educação e a promoção da saúde interprofissional, ao destacar a interprofissionalidade como abordagem promissora ao desenvolvimento de habilidades prospectivas para a prática colaborativa e integral em saúde. Esse documento destaca a relevância da interprofissionalidade e das práticas colaborativas, sobretudo, nos países em desenvolvimento, nos quais os sistemas de saúde, com caráter altamente fragmentados, requerem consolidar novas abordagens de intervenção.

Os resultados deste estudo evidenciaram, ainda, a importância dos espaços colaborativos à construção de saberes e práticas sustentadas nas necessidades de trabalho em saúde. Destacam-se, nessa direção, espaços/ambientes nos quais os profissionais possam socializar experiências e potencializar iniciativas, a fim de promover melhorias nos diversos pontos da rede de saúde. Esse pensar remonta as abordagens tradicionais de Educação Permanente em Saúde (PRALON; GARCIA; IGLESIAS, 2021), cujas propostas devem, progressivamente, estimular a interatividade e o protagonismo dos profissionais de saúde, a partir de metodologias criativas, reflexivas e propositoras de mudanças coletivas.

As contribuições deste estudo para o avanço da saúde materno-infantil estão associadas à percepção de que importantes iniciativas já são perceptíveis em âmbito nacional, as quais são reconhecidas e potencializadas pelos profissionais

da saúde. Existe, da mesma forma, enorme desejo, por parte dos profissionais de saúde, de qualificação e prospecção de um novo modelo de intervenção nesta área, regido pela atenção colaborativa e interprofissional.

Considera-se, como limitação deste estudo, a impossibilidade da realização do curso pré-natal na modalidade presencial, altamente desejada pelos inscritos, em função do período pandêmico. Esse fator contribuiu, da mesma forma, para o não aprofundamento de alguns aspectos avaliados, os quais poderiam ter possibilitado estratégias mais profícuas e prospectivas.

Conclusão

A análise de uma intervenção educativa interprofissional para a qualificação da atenção pré-natal no contexto da APS descortinou, para os profissionais da saúde, a possibilidade de ampliar saberes e práticas, dialogar com diferentes realidades, distinguir potencialidades e fragilidades locais e, sobretudo, perceberem-se interconectados à rede integral de saúde.

O presente estudo ressalta a importância e recomenda novos estudos qualitativos acerca da qualificação pré-natal no contexto da APS. Reconhece-se que investigações qualitativas possibilitam compreensões subjetivas e significativas da vida real, as quais dificilmente poderão ser previstas a partir de aspectos quantitativos do cuidado em saúde.

Referências

ADENIYI, A. *et al.* Pregnant women's perspectives on integrating preventive oral health in prenatal care. **BMC Pregn Childb**, v. 21, p. 271, 2021. DOI: 10.1186/s12884-021-03750-4.

AMEYAW, E. K.; DICKSON, K. S.; ADDE, K. S. Are Ghanaian women meeting the WHO recommended maternal healthcare (MCH) utilization? Evidence from a national survey. **BMC Pregn Childb**, v. 21, p. 161, 2021. DOI: 10.1186/s12884-021-03643-6.

BANKE-THOMAS, A.; MADAJ, B.; VAN DEN BROEK, N. Social return on investment of emergency obstetric care training in Kenya. **BMJ Glob Heal**, v. 4, e001167, 2019. DOI: 10.1136/bmjgh-2018-001167.

BRASIL. **Ofício Circular nº 2/2021**. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Brasília: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, 2021. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf Acesso em: 17 jun. 2021.

BRASIL. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2013. Disponível em: <https://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 24 jun. 2021.

CALOU, C. G. P. *et al.* Maternal predictors related to quality of life in pregnant women in the Northeast of Brazil. **Heal Qual Life Outcom**, v. 16, n. 109, p. 1-10, 2018. DOI: 10.1186/s12955-018-0917-8.

CARVALHO, C. A. *et al.* Changes in Infant and Neonatal Mortality and Associated Factors in Eight Cohorts from Three Brazilian Cities. **Sci Rep**, v. 10, n. 3249, 2020. DOI: 10.1038/s41598-020-59910-7.

CLAIRE, R. *et al.* Antenatal care as a means to increase participation in the continuum of maternal and child healthcare: an analysis of the poorest regions of four Mesoamerican countries. **BMC Pregn Childb**, v. 19, p. 66, 2019. DOI: 10.1186/s12884-019-2207-9.

ERRO-GARCÉS, A.; ALFARO-TANCO, J. Á. Action Research as a Meta-Methodology in the Management Field. **Inter Jour of Qualit Meth**, v. 19, n. 8, p. 1-9, 2020. DOI: 10.1177/1609406920917489.

EVANS, K.; SPIBY, H.; MORRELL, C. J. Developing a complex intervention to support pregnant women with mild to moderate

anxiety: application of the Medical Research Council framework. **BMC Pregn Childb**, v. 20, n. 777, 2020. DOI: 10.1186/s12884-020-03469-8.

GIBORE, N. S.; BALI, T. A.; KIBUSI, S. M. Factors influencing men's involvement in antenatal care services: a cross-sectional study in a low resource. **Reprod Health**, v. 16, n. 52, 2019. DOI: 10.1186/s12978-019-0721-x.

GUIMARÃES, W. S. G. *et al.* Access to prenatal care and quality of care in the Family Health Strategy: infrastructure, care, and management. **Cad. Saúde Públ**, v. 34, n. 5, e00110417, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00110417.

GULEMA, H.; BERHANE, Y. Timing of first antenatal care visit and its associated factors among pregnant women attending public health facilities in Addis Ababa, Ethiopia. **Ethiop J Health Sci**, v. 27, n. 2, p. 139-146, 2017. DOI: 10.4314/ejhs.v27i2.6.

HODGSON, Z. G.; SAXELL, L.; CHRISTIANS, J. K. An evaluation of Interprofessional group antenatal care: a prospective comparative study. **BMC Pregn Childb**, v. 17, n. 297, p. 1-9, 2017. DOI: 10.1186/s12884-017-1485-3.

KUHNT, J.; VOLLMER, S. Antenatal care services and its implications for vital and health outcomes of children: evidence from 193 surveys in 69 low-income and middleincome countries. **BMJ Open**, v. 7, e017122, 2017. DOI: 10.1136/bmjopen-2017017122.

McNELLAN, C. R. *et al.* Uptake of antenatal care, and its relationship with participation in health services and behaviors: an analysis of the poorest regions of four Mesoamerican countries. **Ann Glob Health**, v. 83, p. 193-194, 2017. DOI: 10.1186/s12884-019-2207-9.

MENDES, R. B. *et al.* Evaluation of the quality of prenatal care based on the recommendations Prenatal and Birth Humanization Program. **Cien. saúde colet**, v. 25, n. 3, p. 793-804, 2020. DOI: 10.1590/141381232020253.13182018.

NOVE, A. *et al.* Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives

Saved Tool modelling study. **Lancet Glob Health**, v. 9, e24-32, 2021. DOI: 10.1016/S2214-109X(20)30397-1.

PRALON, J. Á.; GARCIA, D. C.; IGLESIAS, A. Permanent health education: an integrative review of literature. **Resear, Soc and Develop**, v. 10, n. 14, e355101422015, 2021.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface**, v. 20, n. 56, p. 185-96, 2016. DOI: 10.1590/1807-57622014.0092.

RUSSELL, D. *et al.* Interventions for health workforce retention in rural and remote areas: a systematic review. **Hum Resour Health**, v. 19, n. 103, 2021. DOI: 10.1186/s12960-021-00643-7.

SANTOS FILHO, S. B.; SOUZA, K. V. Rede Cegonha e desafios metodológicos de implementação de redes no SUS. **Ciênc. saúde colet**, v. 26, n. 3, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021263.2146202.

SOUZA, D. R. S. *et al.* Maternal health indicators in Brazil. **Medicine**, Baltimore, v. 100, n. 44, e27118, 2021. DOI: 10.1097/MD.0000000000002711.

VAICHULONIS, C. G. *et al.* Evaluation of prenatal care according to indicators for the Prenatal and Birth Humanization Program. **Rev. Bras. Saúde Mater Infant**, v. 21, n. 2, p. 45-460, 2021. DOI: 10.1590/1806-93042021000200006.

WALLENBORN, J. T. *et al.* The Impact of the Professional Qualifications of the Prenatal Care Provider on Breastfeeding Duration. **Breas Medic**, v. 13, n. 2, 2018. DOI: 10.1089/bfm.2017.0133.

WARRI, D.; GEORGE, A. Perceptions of pregnant women of reasons for late initiation of antenatal care: a qualitative interview study. **BMC Pregn Childb**, v. 20, n. 70, 2020. DOI: 10.1186/s12884-020-2746-0.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Framework for action on interprofessional education & collaborative practice**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/ Acesso em: 15 jun. 2022.

DOCUMENTÁRIO SOBRE A COMUNICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE DOWN

Rosani Viera Lunardi
Angélica Dotto Londero
Vitor Daniel Ferreira Franco
Luciane Najara Smeha

Introdução

Este capítulo apresenta a criação de um produto tecnológico, fruto de uma dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana (UFN). Trata-se de um material em audiovisual no formato de um minidocumentário, no qual há o registro de algumas experiências de mães e médicos pediatras sobre o comunicado do diagnóstico da Síndrome de Down (SD). Ele apresenta os relatos de mães de filhos com Síndrome de Down, sobre como receberam a notícia do diagnóstico de SD, os sentimentos relacionados ao momento da notícia e mensagens para as futuras mães. Consta, também, o relato de médicos sobre a forma de abordagem da notícia do diagnóstico, melhor momento para dar a notícia, suas percepções sobre o momento do comunicado do diagnóstico e em relação aos sentimentos dessas mães.

O documentário é uma produção artística, um filme que se caracteriza, principalmente, pelo compromisso da exploração da realidade. Ele é um gênero audiovisual, uma tecnologia social, não escrita ou planejada, mas construída de forma processual e criativa. Dessa maneira, o documentário é um documento digital com ampla capacidade de divulgação e

diálogo com a sociedade. Neste capítulo, apresentamos a produção de **“Quando a Síndrome de Down bate na sua porta”: experiências de mães e médicos sobre o comunicado do diagnóstico”**.

O documentário é uma tecnologia social que pretende contribuir para o meio acadêmico servindo como ferramenta pedagógica nos cursos da saúde com vistas à produção de reflexões sobre as estratégias utilizadas para a comunicação de diagnósticos, reflexão para médicos mais experientes e para aqueles que ainda estão em formação, permitindo, assim, estabelecer melhorias nos futuros comunicados de diagnósticos. Assim sendo, teve como propósito o chamamento sobre o tema. Sendo o mesmo, registrado segundo as normas vigentes da biblioteca da UFN.

Fundamentação teórica para o desenvolvimento do produto

O nascimento de uma criança é cercado de muitas expectativas, bem como dúvidas, ansiedade e preocupação em relação à saúde e ao futuro da criança. Tais sentimentos se intensificam quando a mãe e o pai são informados de que o seu bebê nasceu com alguma deficiência. Ainda que a suspeita da deficiência no bebê ocorra no período gestacional, é provável que os pais e familiares tenham dificuldades ao receber a notícia (OLIVEIRA, 2018).

A notícia do diagnóstico da Síndrome de Down é sempre um momento de impacto para a família e, em especial, para a mãe, considerando que não foi planejado o nascimento de um filho com alteração genética. Assim, o preparo da equipe de profissionais de saúde para o momento do diagnóstico e para o primeiro acolhimento é importante para o processo de adaptação da família.

A SD ou trissomia 21 é uma condição humana geneticamente determinada. A SD é representada por um desequilíbrio da constituição cromossômica, a trissomia do cromossomo 21, que pode ocorrer por trissomia simples, translocação ou mosaïcismo. A presença do cromossomo 21 extra na constituição genética determina características físicas específicas, como a deficiência intelectual e atraso no desenvolvimento. Constitui-se na alteração cromossômica mais comum em humanos e a principal causa de deficiência intelectual na população. No Brasil, nasce em média uma criança com SD a cada 600 a 800 nascimentos, independente do sexo, etnias e grupos sociais (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, o diagnóstico da SD é realizado, geralmente, após o nascimento, por meio do reconhecimento de características físicas do bebê. Quanto mais características específicas da SD forem identificadas, aumenta-se a segurança do diagnóstico clínico. Embora a observação do fenótipo seja conclusiva, a realização do diagnóstico laboratorial é fundamental para a orientação e aconselhamento genético da família. O diagnóstico laboratorial é feito através da análise genética denominada cariótipo, a qual é a representação do conjunto de cromossomos presentes no núcleo celular de um indivíduo (BRASIL, 2013). Caso o médico pediatra, após realizar o exame físico detalhado no recém-nascido, ainda tenha dúvidas sobre o diagnóstico, deve solicitar a reavaliação de outros médicos ou encaminhar o bebê ao médico geneticista (BRASIL, 2020).

As crianças com Síndrome de Down nascem com alterações singulares e variadas na aparência física, no organismo e na capacidade cognitiva. Por isso, requerem cuidados e tratamentos especiais. Entre as características que podem estar associadas à síndrome, frequentemente, estão problemas de saúde, como as doenças cardíacas congênitas,

hipotireoidismo, aparelho digestivo, renal, comportamental e motor, levando a cuidados desde o nascimento que se estendem ao longo da vida da pessoa com SD (RAHIMI; KHAZIR, 2019).

Após o diagnóstico, é imprescindível uma abordagem que vise informar à família que a SD é uma condição irreversível, mas que existem tratamentos que podem oferecer qualidade de vida à criança, como a intervenção cirúrgica, fonoaudiológica, fisioterapêutica, dentre outras. Requer-se, assim, uma equipe multidisciplinar composta por médicos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, professores de educação física, fonoaudiólogos, dentre outros profissionais (CHAVES; ALMEIDA, 2018).

Como já mencionado anteriormente, o diagnóstico da SD é um momento impactante e compara-se ao recebimento de uma má notícia. Entende-se por má notícia aquela que pode alterar drasticamente e negativamente a perspectiva do paciente ou de seus familiares em relação ao seu futuro, estilo e qualidade de vida (AMARAL NETO *et al.*, 2018). Receber a informação do nascimento de um filho com SD envolve sentimentos de angústia, tristeza, desesperança, medo, raiva e culpa. O momento inicial de contato, como o diagnóstico da deficiência, permanece vivo na memória de mãe e pai idosos, conforme apresentado no estudo de Rodrigues e Silva (2015).

A substituição do filho idealizado pelo filho real é um processo que leva tempo e é vivenciado de forma complexa por todos os membros da família. É importante incentivar os pais nos primeiros contatos com o bebê, com vistas ao início da formação de vínculo afetivo. Os profissionais da saúde contribuem nesse processo com o apoio da equipe multidisciplinar, prestando informações claras e de forma humanizada, sem ocultar como será o desenvolvimento da criança, sanando dúvidas e inquietações originadas a partir dos medos dos pais em relação à notícia recebida (ANTUNES;

PATROCÍNIO, 2007; BRESSAN *et al.*, 2017; SUNELAITIS; ARRUDA; MARCOM, 2007).

Brandão (2017) elenca orientações para o momento da notícia, indicando que a comunicação do diagnóstico deve ser realizada pelo médico, pediatra da família, passando informações importantes e atualizadas de forma acolhedora. A notícia deve ser dada assim que se confirmar a suspeita diagnóstica, sendo o momento ideal após a primeira mamada, quando o bebê estiver com a mãe, preferencialmente na presença do pai, empregando linguagem respeitosa, explicando as prováveis doenças que poderá vir a ocorrer no crescimento e desenvolvimento da criança. Aos médicos é recomendado evitar expor suas opiniões pessoais. Tanto a mãe quanto o pai precisam receber informações atualizadas sobre a SD por meio de materiais impressos e de fácil entendimento, orientações sobre a importância da intervenção precoce e da amamentação para o aumento do vínculo afetivo.

A comunicação de más notícias é uma tarefa difícil para todos os profissionais da saúde, em especial para os médicos que transmitem a notícia da deficiência a uma família, sendo essa uma técnica inerente à profissão, mesmo assim, esse momento causa ansiedade, desconforto e perturbação, implicando em muita prudência (PEREIRA; FORTES; MENDES, 2013).

Para melhorar a comunicação de más notícias, foi desenvolvido um protocolo para facilitar a tarefa de transmitir a notícia pelos profissionais de saúde. O protocolo SPIKES, elaborado por um grupo de oncologistas americanos, é composto de seis passos: preparando a entrevista (*setting up*); avaliando a percepção do paciente (*perception*); obtendo o convite do paciente (*invitation*); transmitindo conhecimento e informação para o paciente (*knowledge*); respostas empáticas em relação às emoções do paciente (*emotions*); e organizando

planos e resumindo informações (*strategy and summary*) (BAILE *et al.*, 2000).

A forma como a notícia é dada, o momento e o tipo de linguagem não só pode influenciar as expectativas, segurança, medos, ansiedade e a aceitação das mães em relação ao desenvolvimento físico e mental do filho, como também a estrutura familiar, que quando bem estruturada constitui-se no melhor mecanismo para o cuidado da criança com deficiência (WELTER *et al.*, 2008). A forma como os pais e a família recebem o diagnóstico de uma deficiência e a atitude do profissional que a comunicou influencia na compreensão da situação vivenciada. Desse modo, cabe ao profissional o uso de maneiras mais adequadas de informar o diagnóstico de deficiência (LEMES; BARBOSA, 2007).

De acordo com Flórez (2017), saber comunicar sempre foi considerada uma arte baseada na inteligência e na qualidade emocional. Deve-se avaliar o conteúdo do que está sendo comunicado e analisar a quem transmite a mensagem. Comunicar aos pais o nascimento de uma criança com alguma deficiência é uma tarefa indescritível, não é apenas comunicar que nasceu com aquela deficiência, mas saber a forma adequada de comunicar a notícia, ao mesmo tempo de forma firme e responsável, carinhosa e amiga. Ainda, para Oliveira (2018), os profissionais devem estar preparados para dar todas as informações de maneira delicada, sem omissão de informações, na tentativa de amenizar a situação.

Em um estudo com médicos, realizado por Luisada *et al.* (2015), observou-se que a maioria dos profissionais compreende que a notícia da SD não deve ser transmitida no momento do parto. Em contrapartida, houve também o entendimento de um profissional de que a demora no comunicado da notícia aumentaria os sentimentos de angústia tanto dos profissionais de saúde responsáveis pela informação quanto das mães e dos

pais. O estudo salienta, ainda, a necessidade de preparo dos profissionais responsáveis pela comunicação da notícia, levando em consideração este momento delicado.

Em estudo realizado com quatro casais, que tiveram filhos com o diagnóstico de SD, observou-se sentimentos comuns entre eles, como desorientação, choque e ansiedade relacionados ao futuro. Assim, após o recebimento da notícia e do diagnóstico, os pais precisam receber esclarecimentos para sanar as dúvidas referentes às condições do filho, apoio psicológico para superar os sentimentos negativos que poderão atrapalhar as relações dos pais com o filho hoje e no futuro. É imprescindível que esses pais recebam suporte interdisciplinar composto de psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, médicos, entre outros (CUNHA; BLASCOVI-ASSIS; FIAMENGHI JR., 2010).

Ademais, uma pesquisa realizada com pais de crianças com SD teve como objetivo investigar como o diagnóstico foi comunicado e como receberam o diagnóstico da SD. Os resultados evidenciaram que raramente os profissionais comunicam de forma adequada a notícia, salientam, ainda, que receber um diagnóstico de maneira adequada e com sensibilidade pode gerar esperanças aos pais e também facilitar a melhor aceitação da síndrome (HUIRACOA *et al.*, 2017).

Método

A primeira etapa do processo de construção foi pautada em uma ampla revisão de literatura. Posteriormente, iniciou-se o contato com as mães. Elas foram encontradas por meio da “Bem Viver – Associação de Pais e Amigos das Pessoas com Síndrome de Down”, localizada na cidade de Santa Maria-RS.

Participaram do projeto nove mães na faixa etária entre 20 e 62 anos de idade, na escolaridade predominaram ensino

médio completo e ensino superior completo, maioria dos filhos nascidos em hospital privado. Duas das mães entrevistadas recebiam benefício social. Levou-se em conta, neste estudo, como critério de inclusão, mães que tiveram filhos com SD e possuir cadastro na associação de pais da cidade. Também participaram do estudo sete médicos, entre eles seis pediatras e um obstetra, na faixa etária entre 36 e 62 anos de idade, a maioria com experiência na comunicação de diagnósticos de SD, tendo como critério de inclusão médicos com no mínimo cinco anos de atuação na especialidade. Todos os convidados foram contatados inicialmente por telefone e aceitaram participar do estudo.

As imagens foram coletadas durante uma entrevista com duração média de 30 minutos a 1h15. As mães conversaram com os pesquisadores(as) em suas residências e os médicos no consultório ou na UFN. Participaram do documentário quatro médicos pediatras e oito enfermeiros. A coleta do material para a gravação foi realizada pela mestrandia Rosani Viera Lunardi, em parceria com a professora de filosofia e aluna do curso de graduação em psicologia Maria Alice Coelho Ribas. A equipe técnica de produção e edição contou com os profissionais Marcio dos Santos e Daniel Quartiero, responsáveis pela parte técnica de produção e edição do documentário. A publicitária Ludmila Almeida foi responsável pelo *designer* gráfico. Todas as etapas, inclusive a construção da capa e texto de capa, passaram pelo crivo da mestrandia Rosani, professores envolvidos e orientadora. Após a fase de edição final, ele ficou com uma duração média de 30 minutos. O documentário está disponível no YouTube por meio do link: <https://www.youtube.com/watch?v=PL4bLAYr-5A&t=125s>

Figura 1 - Quando a Síndrome de Down, bate a sua porta título.



Considerações finais

A maioria das mães participantes receberam a suspeita e/ou confirmação do diagnóstico após o nascimento do bebê, somente duas mães receberam o diagnóstico durante a gestação e revelam sentirem alívio por saber que seu filho nasceria somente com SD, diante de tantas outras síndromes. Ainda, constatou-se que, independentemente da época, da idade da mãe e do momento em que tiveram seus filhos com a SD, os sentimentos de impacto pela notícia são muito semelhantes, com predominância dos seguintes: sentimentos de negação, medo, resignação, revolta, tristeza, confusão, raiva e culpa.

A comunicação da notícia do diagnóstico da SD, tanto para mães quanto para médicos, é uma experiência complexa e difícil, envolvida por sentimentos desconfortantes, em especial às mães que, mesmo após vários anos do diagnóstico, ainda rememoram a experiência, expressando emoção e detalhes do momento em que foram informadas sobre a SD. Os depoimentos comoventes foram registrados e utilizados na construção do documentário. A importância atribuída a esse momento parece estar relacionada ao fato dele significar um divisor de águas na vida dessas mulheres, considerando que a

maternidade de um filho(a) com deficiência é transformadora, dado que provoca mudanças na organização de todo sistema familiar. Entre elas estão as mudanças na vida afetiva, financeira, profissional e de gestão dos cuidados necessários ao bebê.

Por isso, as redes de apoio pré-existentes e as novas serão fundamentais desde o período inicial do diagnóstico. Espera-se que as próprias equipes de saúde do hospital já funcionem como um apoio primordial, tendo em vista o que foi elucidado neste estudo sobre repercussão desse momento na vida das mães.

Em relação às experiências dos profissionais médicos do estudo, eles referem sentir dificuldades em comunicar o diagnóstico às mães e concordam com elas em relação à falta de preparo na formação acadêmica nos cursos de Medicina. Sem dúvidas, médicos e mães apresentam uma experiência em comum, no entanto, para as mães há um abalo emocional significativo, para os médicos é uma situação de trabalho desafiadora, a qual eles gostariam de poder evitar. Não é fácil comunicar notícias difíceis às famílias. Por isso, destacaram a importância do acompanhamento do profissional psicólogo junto a eles e às mães no momento da notícia. Talvez pela oportunidade de dividir um pouco do encargo da comunicação e o que vem depois dela com um outro colega de trabalho. A experiência conjunta pode fortalecer os profissionais enquanto equipe e passar mais segurança e amparo às mães.

Em síntese, há algumas orientações para um melhor comunicado dessa notícia, algumas já na literatura e outras sinalizadas pelas participantes deste estudo, a saber: esperar a primeira mamada ou os primeiros momentos em que mãe-bebê se reconhecem por meio do contato pele a pele, pois esse tempo também permite que as mães possam identificar alguma diferença no bebê, o que poderá remeter um questionamento ao médico que, então, recebe o sinal verde para iniciar o comunicado; procurar conversar com mãe e pai juntos, no

contexto de um ambiente tranquilo e com privacidade; escolher criteriosamente as palavras mais empáticas, enfatizando o que está bem na saúde do bebê e não nas características da síndrome; comunicar de forma clara e objetiva, especialmente a partir das perguntas dos pais; e compartilhar experiências positivas no atendimento de outros bebês com SD, além de fontes de informação confiáveis, como sites, associação de pais da cidade, locais de atendimentos especializados. Para que isso ocorra da melhor maneira possível, é preciso que o médico esteja atualizado e acompanhando avanços recentes na saúde e desenvolvimento social das pessoas com SD.

Referências

AMARAL NETO, A. M. *et al.* É possível comunicar notícias difíceis sem iatrogenia? **Documento Científico da Sociedade Brasileira de Pediatria**, Porto Alegre, n. 2, p. 1-9, abr. 2018.

ANTUNES, M. S. do C.; PATROCÍNIO, C. A malformação do bebê: Vivências psicológicas do casal. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 8, n. 2, p. 239-251, nov. 2007.

BAILE, W. F. *et al.* Spikes - a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. **The oncologist**, Durham, v. 5, n. 4, p. 302-311, 2000.

BRANDÃO, A. C. **Trissomia 21 - Síndrome de Down**: nutrição, educação e saúde. São Paulo: Memnon, 2017.

BRASIL. **Diretrizes de atenção à pessoa com Síndrome de Down**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Diretrizes de atenção à pessoa com síndrome de Down (atualizada)**. Brasília: Ministério da Saúde; Sociedade Brasileira de Medicina, 2020.

BRESSAN, R. C. *et al.* Reverberações do atendimento em saúde na construção do vínculo mãe-bebê com síndrome de Down. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 43-55, 2017.

CHAVES, L. O.; ALMEIDA, R. J. de. Os benefícios da equoterapia em crianças com síndrome de Down. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 153-159, 2018.

CUNHA, A. M. F. V.; BLASCOVI-ASSIS, S. M.; FIAMENGHI JR., G. A. Impacto da notícia da síndrome de Down para os pais: histórias de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 445-451, mar. 2010.

FLÓREZ, J. **Síndrome de Down comunicar la noticia**: el primer acto terapéutico. Santander: Fundación Iberoamericana Down21, 2017.

HUIRACOA, L. *et al.* Parenting children with Down syndrome: societal influences. **Journal of Child Health Care**, v. 21, n. 4, p. 488-497, 2017.

LEMES, L. C.; BARBOSA, M. A. M. Comunicando à mãe o nascimento do filho com deficiência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 441-445, dez. 2007.

LUISADA, V. *et al.* Experiências de médicos ao comunicarem o diagnóstico da deficiência de bebês aos pais. **Ciência e Saúde**, Porto Alegre, v. 8, n. 3, p. 121-128, 2015.

OLIVEIRA, Á. L. S. de. Dificuldades dos pais na aceitação da deficiência dos seus filhos frente a descoberta do diagnóstico. **Psicologia.pt**, Lisboa, 20 maio 2018. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1202.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2020.

PEREIRA, A. T. G.; FORTES, I. F. L.; MENDES, J. M. G. Comunicação de más notícias: revisão sistemática da literatura. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 1, p. 227-235, 2013.

RAHIMI, T.; KHAZIR, Z. Perceived experiences of life problems for parents with a Down Syndrome child. **Health Education and Health Promotion**, v. 7, n. 3, p. 147-154, 2019.

RODRIGUES, M. N.; SILVA, A. L. da S. Impacto do nascimento de um filho com trissomia 21. **Pensar Enfermagem**, Lisboa, v. 19, n. 2, p. 54-67, 2015.

SUNELAITIS, R. C.; ARRUDA, D. C.; MARCOM, S. S. A repercussão de um diagnóstico de síndrome de Down no cotidiano familiar: perspectiva da mãe. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 264-271, set. 2007.

WELTER, I. *et al.* Gênero, maternidade e deficiência: representação da diversidade. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p. 98-119, 2008.

VÍDEO LÚDICO E ANIMADO DE APOIO À EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ACOLHIMENTO À CRIANÇA NO PRÉ- OPERATÓRIO

**Leise Reis Flores
Mauricio Polidoro
Claudia Zamberlan
Marcia Pestana Santos
Cristina Saling Kruehl**

Introdução

Os procedimentos invasivos estão entre os eventos mais ameaçadores para o público infantil, quando hospitalizado. Agulhas, injeções e os demais procedimentos dolorosos consistem no principal alvo de reclamações. Além de dolorosos, são vistos também como traumáticos, como atos hostis e mutiladores. O enfrentamento dessas situações faz com que as crianças apresentem desconforto, medo e ansiedade, além de desenvolverem reações agressivas e de rejeição com os profissionais de saúde envolvidos em sua assistência. Três possíveis categorias temáticas expressam os sentimentos e as percepções das crianças frente ao processo cirúrgico: sentindo dor física e emocional, conhecendo a dinâmica do processo cirúrgico e tendo o desejo de voltar para a rotina (CARDOSO *et al.*, 2017).

A dor figura como sendo o desconforto mais antecipado no pré-cirúrgico imediato e se confirmou como o mais vivenciado no pós-cirúrgico imediato. A dor, a sede e a fome

repetiram-se como as mais prevalentes, havendo, assim, harmonia entre os desconfortos antecipados pelos pacientes e os que foram de fato vivenciados no pós-cirúrgico imediato. A ansiedade durante o pré-cirúrgico apresenta-se, na maioria dos casos, em quarto lugar, e está relacionada com o temor do desconhecido, dúvidas sobre o procedimento anestésico e sensação de vulnerabilidade. Ainda, a maioria dos pacientes espera sentir algum desconforto após o procedimento cirúrgico (SILVA *et al.*, 2018).

A orientação pré-cirúrgica é prática fundamental para a interação dos profissionais de saúde com a criança e o familiar, propiciando familiarização e facilitando sua adaptação com o ambiente hospitalar. O preparo adequado nesse período é de grande importância para a colaboração da criança no período perioperatório, auxiliando a criança e o familiar a compreender situações a serem experienciadas, contribuindo na diminuição da ansiedade frente ao processo doença-hospitalização e assegura adequada recuperação pós-operatória (SANTOS; CASSAPULA; HELLBERGER, 2000).

A equipe de enfermagem, conforme determina a Lei nº 7.498/86, art. 2º, § único, é composta por enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação. A importância do cuidado da equipe de enfermagem no pré-cirúrgico pediátrico imediato está na sensibilidade dos profissionais para reconhecer, acolher e intervir nas necessidades emocionais de crianças e acompanhantes, a fim de prover um cuidado humanizado, integral e centrado na criança e na família.

Um dos desafios na assistência pré-cirúrgica pediátrica consiste em oferecer cuidado terapêutico em diferentes contextos por meio de intervenções que eliminem e minimizem o sofrimento físico e psicológico percebido pelas crianças e família. Tem a assistência a traumática três princípios

fundamentais: a) evitar ou minimizar a separação da criança da família; b) promover sensação de controle; e c) evitar ou minimizar lesões e dores. Portanto, é preciso, além do preparo e dos cuidados clínicos, reconhecer as necessidades psicológicas, sociais e emocionais da criança (FRANZOI; MARTINS, 2016).

As Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) fazem parte da rotina dos indivíduos, seja nas atividades pessoais, nas profissionais e até mesmo nas de lazer. Assim, tanto no campo da saúde quanto em outras áreas, as TIC só têm a contribuir e transformar de maneira positiva os processos de trabalho. A utilização das TICs pelos profissionais de saúde funciona como uma das ferramentas que pode facilitar a aquisição de novos saberes e o compartilhamento dos conhecimentos prévios de cada participante (DIAS *et al.*, 2020).

São muitas as possibilidades que as TICs oferecem como estratégia mediadora do saber entre o profissional de saúde e o paciente (REINIACK *et al.*, 2017). Nesse caso, a tecnologia é mediadora da racionalidade e da subjetividade, da intuição, da emoção e das sensações, fazendo da razão e da sensibilidade instrumentos para fortalecer e qualificar o trabalho da enfermagem (PSALTIKIDIS, 2016; SALBEGO *et al.*, 2018).

Quando se trata de criança em um ambiente pré-cirúrgico, qualificar a informação é uma das maneiras de abrandar a ansiedade. Nesse sentido, o vídeo lúdico funciona como meio para orientação cirúrgica, o que apoia a informação falada, reduz a ansiedade dos pais, melhora a compreensão e memorização da informação e sua satisfação quanto à assistência prestada a seu filho (LANDIER *et al.*, 2018). “As causas mais comuns para a ansiedade enfrentada pelos pais que têm seus filhos submetidos ao processo cirúrgico são medo da anestesia, da ação cirúrgica, do efeito desconhecido e da dor” (FERRAZ, 2019, p. 64).

Para pais e acompanhantes, ter acesso a tecnologias que aproximam os profissionais de saúde aos familiares representa uma forma de diminuir a ansiedade e melhorar a compreensão e memorização da informação quanto à assistência prestada à criança (LANDIER *et al.*, 2018). Portanto, as práticas de trabalho em saúde podem incluir diversas tecnologias de cuidado, desde que utilizadas de maneira adequada, levando em conta as necessidades daqueles envolvidos nessas ações, sem prejuízo do atendimento que requer tecnologias materiais (COELHO; JORGE, 2009).

Tendo em vista tais aspectos, o presente estudo tem como objetivo apresentar o processo de desenvolvimento de um vídeo lúdico, no formato animação, como ferramenta de apoio à equipe de enfermagem no acolhimento à criança no pré-operatório. O vídeo recebeu o nome de “Davi Dodói” e figura como um instrumento capaz de favorecer a atuação dos profissionais da enfermagem em unidades de pré-operatório pediátrico, tendo em vista o acolhimento qualificado a crianças que aguardam por cirurgia e suas famílias. Cabe mencionar que a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, proposta pelo Ministério da Saúde Brasileiro, destaca, no eixo quatro, o desenvolvimento de tecnologias e inovação em saúde. Portanto, convoca a realização de pesquisas com a finalidade de integrar ciência e inovação em todos os âmbitos da saúde. Em especial, esta pesquisa responde à demanda de implementação de ações empreendedoras na área de enfermagem, que contribuam para a qualificação da atenção integral à saúde materno-infantil.

Método

Este estudo compõem uma pesquisa maior que foi iniciada a partir de uma revisão integrativa da literatura, com a seguinte

pergunta norteadora: quais são os desafios enfrentados pela equipe de enfermagem no acolhimento à criança no pré-operatório pediátrico? A revisão de seis artigos nacionais publicados entre 2016 e 2020 sobre o tema revelou que as equipes de enfermagem atuantes no pré-operatório pediátrico enfrentam dificuldades quanto à aptidão dos profissionais para o manejo de experiências lúdicas que favoreçam a experiência das crianças, bem como desafios relacionais, estruturais e ambientais. Na tentativa de atender a essa demanda, foi desenvolvido um vídeo lúdico, no formato animação, e o processo de concepção, criação e finalização do vídeo será exposto neste capítulo.

Dentre as TICs, o vídeo faz parte do grupo de ferramentas que auxilia na comunicação e pode ser utilizada como recurso lúdico. Por conter estímulos visuais e sonoro, o vídeo é uma ferramenta atrativa para crianças e jovens que já nasceram no contexto do mundo digital (FERRAZ, 2019). Já as atividades lúdicas têm potencial para reduzir os desconfortos de crianças em diversas circunstâncias estressoras, inclusive amenizar os impactos negativos da hospitalização, bem como contribuir para o desenvolvimento da criança e a humanização das relações existentes na instituição hospitalar. Desse modo, os vídeos podem ser considerados pelo profissional de enfermagem como uma ferramenta capaz de desenvolver a empatia durante o processo assistencial (LIMA; SANTOS, 2015).

Com base nessa perspectiva, o vídeo lúdico “Davi X Dodói” foi desenvolvido em três fases: pré-produção, produção e pós-produção do vídeo (MUANIS, 2014), que foram detalhadas nos resultados deste estudo. O processo de desenvolvimento contou com a participação de uma equipe multidisciplinar composta por uma enfermeira pesquisadora com experiência em pré-operatório pediátrico, que forneceu os argumentos textuais e imagéticos iniciais, de suma importância

para nortear a criação do roteiro. Por meio desses argumentos, foi possível repassar a ideia para um profissional do curso de Publicidade e Propaganda, para elaboração do roteiro textual e de ambientação primária das cenas a serem ilustradas para a narração da história.

Após a definição do texto do roteiro, o mesmo foi disponibilizado para uma jornalista, para criar a voz caricata do personagem Davi. Juntamente com o áudio de voz, a jornalista forneceu também três sugestões de trilhas sonoras a serem utilizadas na animação. Concomitante ao trabalho da jornalista, o roteiro foi repassado para a aluna do curso de design para a criação do personagem principal, dos coadjuvantes e dos cenários onde eles iriam atuar.

Concluída a etapa de ilustração dos personagens, das cenas e da locução da voz do Davi, e sendo aprovados pela enfermeira pesquisadora, os elementos foram repassados para a edição do vídeo para a finalização do trabalho. Essa equipe multidisciplinar foi coordenada pelo professor do curso de design e foi executada, coincidentemente, num espaço de tempo de nove meses. Na parte do trabalho que envolve o uso das TICs, foi solicitada a contribuição de profissionais e/ou acadêmicos que atuam no Laboratório de Informática da UFN.

Resultados

Fase de pré-produção

A primeira etapa da pré-produção do vídeo lúdico incluiu a descrição detalhada do roteiro, desde a chegada da criança com sua família ao hospital, antecedendo a cirurgia. Também foi realizada uma descrição quanto ao ambiente cirúrgico, produzindo analogias à elementos da natureza, personagens e objetos do universo infantil e adequados à linguagem lúdica.

Essa descrição foi realizada por uma enfermeira experiente na área. Nota-se, contudo, que pode haver pequenas diferenças no roteiro em diferentes instituições hospitalares, mas, tendo em vista a similaridade entre os procedimentos realizados junto à criança e os ambientes cirúrgicos hospitalares, supõem-se que a descrição tenha extensa abrangência.

Quadro 1 - Descrição do roteiro e do ambiente cirúrgico.

1º.	A criança e família (pai ou mãe ou os dois) são recebidos pela enfermagem, que está vestida com uma roupa verde “tipo pijama”, touca e máscara em uma sala pequena com cadeiras e banheiro privado – sem nada de atrativo para essa criança.
2º.	Anestesista avalia a criança (ausculta pulmonar) e prescreve a medicação pré-anestésica (tem sabor de tutti-frutti e é cor de rosa).
3º.	Após receber a medicação, a criança é levada para a sala cirúrgica, pode ser no colo, cadeira de rodas, maca ou até mesmo caminhando, se for possível.
4º.	<p>Ao chegar na sala cirúrgica se depara com:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uma luz gigante no teto da sala, que falamos que são as estrelas brilhantes do céu; - Uma mesa que tem controle remoto, que falamos que é como um robô, pois se mexe a cada comando no controle; - O anestesista coloca os eletrodos no peito na criança para fazer a monitorização, que chamamos de eletrodos da coragem e que, dessa forma, também a criança pode ver seu coração batendo através do monitor cardíaco; - No seu dedo é colocado o oxímetro (tipo um prendedor de roupa), que tem uma luz dentro dele, que falamos que aquela luz tem o poder do homem aranha; - Máscara com a indução anestésica, é como se fosse a máscara do piloto do avião e nela tem um cheiro de chiclete que fará a criança dormir; - Após a finalizar a cirurgia, a criança irá para sala de recuperação em uma sala específica que tem uma TV e sua mãe ou pai já estará ali esperando por ela.

A segunda etapa da pré-produção incluiu a elaboração de um roteiro audiovisual pré-operatório para crianças. Esse

roteiro foi elaborado pela equipe composta por roteirista, locutora e *voice artist*, gestor do projeto, Laboratório de Projetos em Design (LPD), ilustrador, editor de vídeo, aluna mestranda e professora orientadora.

Quadro 2 - Roteiro: audiovisual pré-operatório para crianças.

Técnica: Animação	Referências: https://www.publico.pt/2014/07/28/video/anestesia-para-criancas-20140728-125432 https://www.youtube.com/watch?v=wTIVxwB1JC4&t=24s https://www.youtube.com/watch?v=5Q3hAVBOoME
Vídeo	Áudio
Abertura	Trilha e efeitos sonoros ao longo do vídeo, acompanhando a locução e as animações. Loc off: Davi – criança personagem que contou sua experiência para a criança que vai fazer a cirurgia.
Animações	<p>Oi, eu sou o Davi e tenho uma história muito incrível pra te contar...</p> <p>Um dia minha mãe e meu pai vieram conversar comigo e me disseram que eu estava um pouco doente, e eu fiquei foi um pouco assustado!</p> <p>Mas eles também disseram que me levariam num lugar mágico, aonde as pessoas chegavam tristes, com dor, só que lá dentro acontecia uma transformação e, com a ajuda de médicos e enfermeiros, elas saíam alegres e curadas.</p> <p>Comecei a ficar curioso pra saber que lugar era esse e eles me levaram lá, no hospital.</p> <p>Esse lugar é bem maluco, mas é bem legal!</p> <p>Quando a gente entra no hospital, tem um monte de gente. E chegamos na sala de espera, lá ficamos com nossos pais, e às vezes tem outras crianças e seus pais também. É onde a gente fica esperando a nossa vez.</p> <p>Finalmente, chamam teu nome. É uma mistura de ansiedade e curiosidade ao mesmo tempo.</p> <p>Então, quando a gente passar por aquela porta, tudo tem que estar bem limpinho e protegido. Primeiro, tem que colocar uma touca na cabeça porque não pode ter nenhum fio de cabelo no chão</p>

	<p>Ah, e tem uma touca pro pé também! No início, parece estranho, mas depois a gente entende que no pé sempre pode ter uma sujeirinha, então, é melhor colocar essa proteção no pé!</p> <p>A gente também precisa tirar a roupa que veio de casa e colocar uma espécie de capa branca, que protege o corpo. Depois que a gente já está com esse traje especial, tá tudo prontinho pra ir até a sala de operação, opa, de transformação....</p> <p>Lá é uma sala grande, onde tem coisas bem diferentes do que tem na nossa casa. Bem no meio tem uma cama que parece mesa, é ali que a gente deita pro médico conseguir ver tudo de pertinho.</p> <p>Tem um controle remoto, que o médico pode apertar nos botões e ela faz a posição que você quiser, deitado, sentado, de lado.</p> <p>E outra coisa que tem nessa sala que é bem diferente é uma luz de teto gigante, é forte bem brilhante e vai ficar bem em cima da tua cabeça iluminando ali onde o doutor tem que fazer a tua cirurgia.</p> <p>Também tem uns adesivos que o doutor vai colocar no teu peito, que são como medalhas de coragem e vão te dar toda coragem que tu precisas para tu poder fazer essa cirurgia.</p> <p>E tem mais uma coisinha que vai ajudar a ver como teu coração vai bater durante essa operação. Um clip/preendedor que vai segurar a ponta do teu dedo pra mostrar o desenho e o barulho das batidas do teu coração, na tela de uma TVezinha que se chama monitor cardíaco.</p> <p>Ah, e pra completar, a gente coloca uma máscara igual a de piloto de avião. Dela vai sair um cheirinho bom que vai te fazer dormir um pouquinho e sonhar com uma grande aventura.</p> <p>Viu só, tem tudo que precisa pra ficar bem tranquilo/seguro enquanto essas pessoas que estão em volta vão trabalhar para fazer tua grande transformação.</p> <p>Quando você acordar, eles já vão ter tirado o que tinha de dodói/doença/ruim e aí você vai pra um outro lugar esperar recuperar todas as forças.</p> <p>Nesse lugar, mamãe e papai vão estar te esperando, junto com enfermeiros, aqueles que se vestem com umas toucas, roupas e sapatos tudo da mesma cor. Eles vão te ajudar a melhorar rapidinho e voltar pra casa mais poderoso!</p> <p>Depois você vai poder contar pra todo mundo essa incrível aventura que passou, nesse lugar onde tem pessoas que te transformam em uma criança mais forte e poderosa!</p>
--	---

Créditos finais	Mestrado Profissional Saúde Materno-Infantil (Universidade Franciscana) Aluna: Leise Reis Flores Orientação: Cristina Saling Kruel Roteiro: Michele Kapp Trevisan Locutora e <i>voice artist</i> : Carla Simone Doyle Torres Gestão do projeto: Daniele Dickow Ellwanger e Roberto Gerhardt LPD - Laboratório de Projetos em Design Ilustrações: Alana Garlet Barbieri, Edição de Vídeo: Daniel Quartiero
------------------------	---

Fase de produção

Estando finalizado o roteiro, a fase de produção envolveu a definição do personagem principal, suas características físicas, trejeitos e tom de voz. Além disso, foram definidas as cores e os traços a serem utilizados para a representação gráfica da animação. Os personagens foram pensados de maneira bastante estilizada, fugindo de formas mais realistas e assumindo um caráter mais caricato, procurando conquistar o olhar da criança pelas formas e pelas cores. Com formas mais arredondadas e traços curvos, atribui-se mais movimento e dinamicidade aos personagens (MUANIS, 2014). Essas formas mais arredondadas são vistas com frequência em ilustrações voltadas para o público infantil, por isso seguiu-se esse caminho.

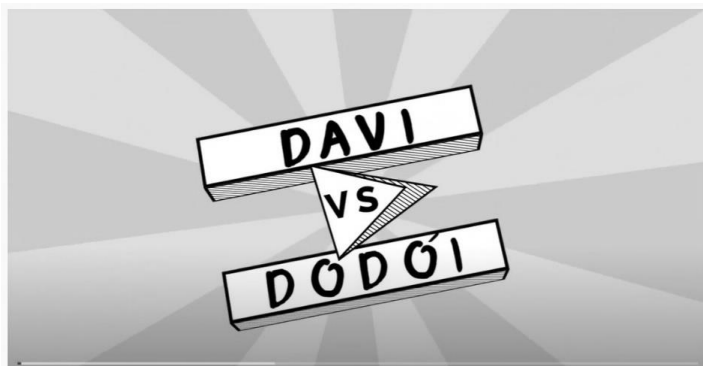
As cores foram pensadas para que prendessem a atenção da criança, tendo bastante contraste entre si. O cenário foi construído a partir de formas simples, mas igualmente coloridas e contrastantes, situando os elementos em um ambiente que equilibrasse a composição, sem tirar a atenção dos personagens principais. As ilustrações foram realizadas de maneira digital, no *software Adobe Photoshop* e, posteriormente, animadas pelo *Adobe After Effects*. A linguagem digital possibilitou mais agilidade no processo, podendo realizar diversas camadas de arquivo, facilitando a manipulação das imagens e a animação realizada posteriormente pelo editor.

É importante lembrar que entender sobre o repertório e o vocabulário médio da criança e colocá-lo em prática é o primeiro passo para que o vídeo possa estabelecer uma comunicação efetiva com o público-alvo. Sem isso, não há conexão, a informação não chega para quem precisa chegar. A mensagem que conecta é como um pacote dentro do qual está a informação que precisa chegar ao público-alvo. Para que esse pacote seja aberto, é preciso estratégias em forma (voz, aparência da personagem, cenários, trilha e efeitos sonoros e visuais) e conteúdo (o tema em si e como ele é desenvolvido).

A inserção da dublagem foi feita a partir da construção do personagem (personalidade, compleição física, traumas, histórias, alegrias, memórias e cotidiano). A criança existe? O repertório da personagem existe? Qual o vocabulário médio de uma criança de sete anos? A resposta a essas perguntas colaborou para o processo de construção das frases.

A partir do estudo de todas essas características, foi preciso dar vida ao personagem, trazer para o físico e esse foi o momento de iniciar as atividades de Laboratório e realização dos testes. Por fim, foi realizada a gravação. A versão final do vídeo tem exibição de quatro minutos (240 segundos), confirme o link: <https://www.youtube.com/watch?v=3J-sSEnw1y8>.

Figura 1 - Imagem retirada do Vídeo Davi Dodói.



Fase de pós-produção

A fase de pós-produção incluiu a definição do título do vídeo. A escolha se deu pela linguagem simples, presente no cotidiano infantil, e até mesmo familiar. O nome para o vídeo foi designado incluindo a sugestão dos envolvidos nessa criação e teve como público-alvo crianças de três a sete anos de idade, incompletos, que estejam vivenciando o período pré-operatório imediato. Nesta etapa do desenvolvimento, as crianças encontram-se com pensamento pré-conceitual, iniciando a passagem do plano de ação para o da representação, por meio da memória de imagens e palavras. A representação torna-se possível graças à memória da imagem. O pensamento característico desse momento é marcado pela atividade simbólica. Aos cinco anos, a criança demonstra uma notável memória para os acontecimentos passados. Apresenta timidez ao aproximar-se dos demais que não sejam do seu convívio diário (PIAGET, 2014).

Figura 2 - Imagem retirada do Vídeo Davi Dodói.



Por fim, o vídeo foi apresentado para seis enfermeiros, um médico e uma psicóloga. Trata-se de uma apresentação inicial,

que será sucedida por posterior validação do vídeo. A apresentação do vídeo para a comunidade acadêmica e sociedade em geral incluiu a divulgação do mesmo no programa televisivo Saúde em Foco, em novembro de 2021 (KRUEL; FLORES, 2021) e no podcast Me Pega no Colo, em dezembro de 2021 (KRUEL; BENEDETTI; FLORES, 2021).

Discussão

O avanço da tecnologia a partir da década de 1970 vem norteando a evolução do conhecimento, seja na informática, na saúde, nas engenharias e também na educação. Hoje em dia, praticamente todas as residências no país possuem equipamentos eletrônicos, tais como: televisores, rádios, computadores, notebooks e, principalmente, telefones celulares ou smartphone (PEREIRA; SILVA, 2020). Esse conjunto de equipamentos faz parte das tecnologias designadas TICs e podem ser entendidas como:

[...] um conjunto de recursos tecnológicos, utilizados de forma integrada, com um objetivo comum. As TICs são utilizadas das mais diversas formas, na indústria (no processo de automação), no comércio (no gerenciamento, nas diversas formas de publicidade), no setor e investimentos (informação simultânea, comunicação imediata) e na educação (no processo de ensino aprendizagem, na Educação a Distância). (PACIEVITCH, 2009, p. 32).

O termo Tecnologia da Informação e Comunicação surgiu na década de 1990 em substituição a expressão “informática”. O “objetivo da tecnologia de informação e comunicação, além de gerir informação, provocou uma nova ruptura, devido aos estudos relacionados à inteligência artificial ligados à cognição” (CASTILHO, 2014, p. 31). No fim da década de 1990, o poder

de comunicação da internet, aliado ao progresso em telecomunicações e computação, desencadeou uma significativa transformação tecnológica. As TICs propiciam qualidade de vida por intermédio da sua aplicação na educação e na saúde por meio da quantidade, da qualidade e da velocidade das informações (PEREIRA; SILVA, 2020).

Conforme já dito anteriormente, as tecnologias da informação e comunicação fazem parte do cotidiano das pessoas, em todos os lugares, de modo que a informação em “tempo real” é uma realidade no mundo atual. Castells (1999) denominou “sociedade em rede” esse movimento que reduz as distâncias geográficas, sendo a internet o principal veículo a viabilizar a circulação das informações.

O valor das tecnologias de informação e comunicação, por meio do desenvolvimento de recursos e ferramentas em prol da saúde, foi reafirmado na Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (APPMS). O trabalho de elaboração da Agenda iniciou em 2017 e permitiu a identificação de desafios de saúde e de pesquisa juntos às áreas técnicas e gestores do Ministério da Saúde. A partir de então, foram criadas linhas de pesquisa que atendem às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e, dentre essas, o eixo quatro destaca a necessidade do desenvolvimento de tecnologias e inovação em saúde (BRASIL, 2018).

O Relatório Técnico do primeiro semestre de 2019 informou uma mudança na sua estrutura organizacional realizada pelo Ministério da Saúde, e a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos passou a se chamar Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. O acréscimo da inovação foi acompanhado de plano de ação de pesquisa clínica no Brasil e incentivos para pesquisas de inovação em saúde. O desenvolvimento de um vídeo lúdico, em formato de animação,

integra características alinhadas às propostas mais recentes da APPMS ao aliar tecnologia, qualificação da assistência em enfermagem e aprimoramento de processos de trabalho, em uma proposta que favorece o acolhimento resolutivo às crianças e suas famílias.

Além disso, a Constituição Federal Brasileira destaca que é dever de todos – Estado, famílias e sociedade – assegurar os direitos e o melhor interesse de crianças e adolescentes com prioridade absoluta. O brincar é um direito da criança, amparado em lei por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8069), o qual apresenta o ato de brincar, ou seja, a atividade lúdica como prioridade e direito da criança, um dever do estado, da família e da sociedade. Exercer o direito de brincar, segundo a Lei nº 8069, é essencial para que o uso do lúdico nesse ambiente possa minimizar sentimentos, ações e atitudes difíceis durante o adoecimento (MARQUES *et al.*, 2016).

A atividade lúdica modifica o estado de humor do paciente, promove distração e a oportunidade de participação em grupo, entretenimento e lazer. No contexto hospitalar, o lúdico potencializa a vontade do ser humano de se sentir ativo, propicia a absorção de experiências dolorosas e facilita a convivência social. Durante a sessão de hemodiálise, os pacientes conversam com a equipe, dormem, lancham, assistem à televisão e leem, mas mesmo realizando essas atividades o tempo demora a passar. Logo, o lúdico possibilita alternativas criativas para minimizar a monotonia, proporcionando ao paciente momentos de diversão e entretenimento (CRUZ, 2016; PAULA *et al.*, 2017; MENDES *et al.*, 2017).

O lúdico é o meio necessário para o desenvolvimento da criança, diminuindo os impactos presentes nessa fase de hospitalização. Quando se utilizam jogos, brincadeiras e contação de histórias, a criança aceita mais facilmente as

eventualidades sobre o seu adoecimento. Essas atividades fazem com que as crianças interajam mais facilmente umas com as outras e com os profissionais, diminuindo os medos presentes (MARQUES *et al.*, 2016).

O principal objetivo com esse produto é promover um cuidado acolhedor, minimizando o estresse de crianças que vivenciarão procedimentos cirúrgicos. Quando o cuidado ocorre durante uma hospitalização, podendo envolver procedimentos invasivos, a equipe de saúde se vê diante de um desafio, sendo necessário o envolvimento do cliente no processo do cuidar. Portanto, os profissionais da saúde precisam utilizar de algumas habilidades, como o ouvir, o falar e, principalmente, o tocar, gestos que também são denominados técnicas lúdicas, para o restabelecimento da saúde (FERREIRA, 2006). Nesse sentido, a utilização de vídeo lúdico poderá favorecer no processo cirúrgico.

Considerações finais

Neste estudo, apresentou-se o processo de desenvolvimento de um vídeo lúdico, no formato animação, como ferramenta de apoio à equipe de enfermagem no acolhimento à criança no pré-operatório. Tal proposta foi desenvolvida com o intuito de colaborar para a superação de desafios descritos na literatura, atravessados pela equipe de enfermagem no acolhimento à criança no pré-cirúrgico pediátrico.

Os vídeos têm se mostrado como excelentes ferramentas de apoio aos profissionais da saúde. Trata-se de mídias que estão presentes em todos os lares brasileiros, ocupando um lugar de evidência como meio de transmissão de informações, como recurso educativo e de lazer. Para as crianças, em especial, os vídeos favorecem o acesso à experiência lúdica e, portanto, a

comunicação por meio de uma linguagem adequada ao seu processo de desenvolvimento.

A principal limitação para o desenvolvimento do vídeo lúdico foi a escassez de modelos de referência para a produção. Foi necessário conceber o roteiro, a linguagem, os diálogos e o design gráfico do vídeo, de forma inaugural, tomando como ponto de partida a literatura nacional recente sobre os desafios enfrentados por equipes de saúde no pré-operatório pediátrico e a experiência dos pesquisadores e equipe desenvolvedora. Por essa razão, sugere-se que o vídeo lúdico “Davi Dodói” seja submetido ao processo de validação por experts.

Referências

BRASIL. **Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm Acesso em: 15 jun. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm Acesso em: 15 jun. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.069/1990**. Estatuto da criança e do adolescente (ECA). Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2018. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/534718/eca_1ed.pdf Acesso em: 15 jun. 2022.

CARDOSO, N. R. *et al.* Vivenciando o processo cirúrgico: percepção e sentimentos da criança. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 3, e17648, 2017.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**: a era da informação: economia, sociedade e cultura. 8. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CASTILHO, L. B. **O uso da tecnologia da informação e comunicação no processo de ensino e aprendizagem no ensino superior brasileiro**. 2014. Dissertação (Mestrado) -Faculdade de Ciências Empresárias (FUMEC), Belo Horizonte, 2014. Disponível em: www.fumec.br/revistas/sigc/article/download/2523/1507. Acesso em: 19 ago. 2021.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica a saúde na perspectiva do acesso, acolhimento e do vínculo. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, set./out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a26v14s1.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2022.

CRUZ, D. D. A inserção do palhaço no ambiente hospitalar: experiências de um projeto de extensão. **Em Extensão**, v. 15, n. 1, p. 133-140, 2016.

DIAS, V. S. *et al.* tecnologias da informação e comunicação (TICs) e a inovação das políticas públicas educacionais. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 11, p. 90819-90837, nov. 2020.

FERRAZ, S. C. da S. **Tecnologias de enfermagem na assistência perioperatória pediátrica segura: percepção da equipe de enfermagem por meio de imagens**. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

FERREIRA, M. A. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n. 3, 2006.

FERREIRA, R. A. Atividades Lúdicas como estratégia durante as sessões de hemodiálise. **Atualiza Cursos**, 2015.

FRANZOI, M. A. H.; MARTINS, G. Ansiedade de crianças em situação cirúrgica e percepções emocionais reportadas por seus acompanhantes no pré-cirúrgico: um estudo exploratório. **REME. Rev Min Enferm.**, v. 20, e984, 2016.

KRUEL, C. S.; BENEDETTI, F. J.; FLORES, L. Podcast - Me Pega no Colo. **Rádio Web UFN**, dez. de 2021. 38'20s. Disponível em: https://open.spotify.com/episode/7ny3l7NBVETpZqlouSSZOO?si=I1_NwWaRR8ymehOTY1vyUA Acesso em: 15 jun. 2022.

KRUEL, C. S.; FLORES, L. Como preparar crianças e familiares para cirurgias pediátricas? **Programa Saúde em Foco**, 22 nov. 2021. Disponível em: <https://youtu.be/I1Fq5xIS-qg> Acesso em: 15 jun. 2022.

LANDIER, M. *et al.* The position of a written document in preoperative information for pediatric surgery: A randomized controlled trial on parental anxiety, knowledge, and satisfaction. **Journal of Pediatric Surgery**, v. 53, n. 3, p. 375-380, mar. 2018. DOI: 10.1016/j.jpedsurg.2017.04.009.

LIMA, K. Y. N. de; SANTOS, V. E. P. Play as a care strategy for children with cancer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 2, p.76-81, jun. 2015. DOI: 10.1590/1983-1447.2015.02.51514

MARQUES, P. E. *et al.* Lúdico na oncologia pediátrica. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 20, n. 3, p. e20160073, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160073.pdf> Acesso em: 15 jun. 2022.

MENDES, M. L. *et al.* Diálise peritoneal como primeira opção de tratamento dialítico de início não planejado. **J. Bras. Nefrol.**, v. 39, n. 4, p. 441-446, 2017.

MUANIS, F. **Audiovisual e mundialização**: televisão e cinema. São Paulo: Alameda, 2014.

PACIEVITCH, T. Tecnologia da comunicação e informação. **Infoescola**, 2009 Disponível em: <https://www.infoescola.com/educacao-matematica/modelagem-tics-e-o-ensino-da-matematica/>. Acesso em: 18 ago. 2021.

PAULA, T. B. *et al.* Potencialidade do Lúdico como Promoção de Bem-Estar Psicológico de Pacientes em Hemodiálise. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 1, p. 146-158, 2017.

PEREIRA, D. M.; SILVA, G. S. As Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) como aliadas para o desenvolvimento. *Cadernos de Ciências Sociais Aplicadas, [S. l.]*, v. 7, n. 8, 2020. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/ccsa/article/view/1935>. Acesso em: 21 ago. 2021.

PIAGET, J. **O nascimento da inteligência na criança**. Rio de Janeiro: LTC, 2014.

PSALTIKIDIS, E. M. Avaliação de tecnologias no Centro Cirúrgico, Recuperação Pós-anestésica e Centro de Material e Esterilização. **Revista Sobecc**, v. 21, n. 4, p. 223-228, 20 dez. 2016. DOI: 10.5327/z1414 4425201600040009.

REINIACK, S. *et al.* Notificação de queda do paciente cirúrgico antes e após treinamento em serviço. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 01-09, 13 mar. 2017. DOI: 10.5380/ce.v22i1.47656.

SALBEGO, C. *et al.* Care-educational technologies: an emerging concept of the praxis of nurses in a hospital context. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 6, p. 2666-2674, 2018. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0753.

SANTOS, R. M.; CASSAPULA, R. L.; HELLBERGER, T. M. S. Programa de orientação pré-operatória em cirurgia pediátrica – relato de experiência. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 5, n. esp., p. 61-65, jan./jun. 2000.

SILVA, E. M. *et al.* percepção da equipe de enfermagem na avaliação da dor em unidades pediátricas: revisão sistemática da literatura. **Id on Line Rev. Mult. Psic.**, v. 12, n. 42, Supl. 1, p. 777-789, 2018.

CARTILHA PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: PREVENÇÃO DE ACIDENTES DOMÉSTICOS NA INFÂNCIA

Maria Isabel Quadros da Silveira Flores

Rosiane Filipin Rangel

Andressa da Silveira

Silvana Cruz da Silva

Paola Piovenzano de Soliz

Keity Laís Siepmann Soccol

Introdução

Os acidentes domésticos são situações complexas, não intencionais e na sua maioria, evitáveis. Além de provocarem custos econômicos, sociais e emocionais, são também responsáveis por sequelas e eventos fatais que, a longo prazo, repercutem na sociedade e na família, penalizando crianças e adolescentes (SILVA *et al.*, 2020). Denomina-se acidente todo o evento não proposital e capaz de ser prevenido, resultante de lesões físicas e/ou emocionais que ocorrem no ambiente doméstico e em outros ambientes (AMARAL; PASCON; COSTA, 2018). Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, os acidentes domésticos são a principal causa de morte de, [crianças e adolescentes no Brasil, assim, é considerado como um importante problema de saúde pública no país (SBP, 2020).

Para aprofundar os estudos sobre acidentes na infância, é fundamental compreender os riscos em que as crianças estão expostas até os seis anos de vida. Considerando o processo de

crescimento e desenvolvimento, a aquisição de habilidades, a curiosidade e a necessidade de descobertas na infância, é possível que a demanda de explorar o mundo e fazer descobertas com base na curiosidade e em seu espírito aventureiro leve a experiências que podem colocar a saúde e o bem-estar em risco. Ademais, considerando que os acidentes domésticos são favorecidos pela inserção da criança no espaço domiciliar, a ausência de supervisão direta ou de vigilância adequada pode gerar um acidente doméstico (FERNÁNDEZ; TERTULIANO, 2021).

Os acidentes domésticos têm relação com a idade da criança, com a etapa de desenvolvimento psicomotor, fatores ambientais, educacionais, econômicos, sociais e culturais, os quais estão associados com o comportamento, nível de conscientização e de instrução dos pais ou familiares responsáveis pelo cuidado, proteção e segurança (RODRIGUES *et al.*, 2015). Entre os principais tipos de acidente que ocorrem em ambientes domésticos, salienta-se as quedas, seguido pelas queimaduras (FERNÁNDEZ; TERTULIANO, 2021).

As intervenções a favor do crescimento e do desenvolvimento saudável na primeira infância são relevantes pelos benefícios de longo alcance de desenvolvimento, saúde, aprendizado e autonomia (BICK; NELSON, 2016). Nesse processo, os cuidadores parentais necessitam apoio para construir ambientes domiciliares capazes de fornecer proteção e cuidados, especialmente na primeira infância (BRITO *et al.*, 2017).

Esforços a nível mundial têm sido empregados a fim de melhorar as condições de saúde dessa população, reduzindo a morbidade e mortalidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde infantil é a prioridade central do desenvolvimento humano, que requer esforços para a redução

da mortalidade na perspectiva do acesso e cobertura universal em saúde (SANTOS *et al.*, 2019).

Nesse contexto, destacam-se políticas públicas com foco na primeira infância que tenham como intervenção a visita domiciliar (VD). A abordagem com cuidadores parentais a partir de VD permite conhecer e intervir no ambiente familiar, na perspectiva de potencializar efeitos positivos no desenvolvimento infantil (ROCHA *et al.*, 2017). A aproximação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) com a comunidade favorece o estabelecimento de vínculos e a formação de um elo entre a população e a unidade de saúde. Essas relações sociais ocorrem devido ao território ser considerado como um espaço vivo, no qual as pessoas demonstram modos de conviver, suas singularidades e arranjos socioculturais e de enfrentarem a vulnerabilidade à que estão submetidas (BRASIL *et al.*, 2021).

Ao se pensar em intervenções em base territorial, o uso de estratégias que facilitem as intervenções e as orientações em saúde se tornam ainda mais relevantes. A exemplo disso, cita-se a produção de materiais, como as cartilhas, que auxiliam na divulgação e compartilhamento de informações. A produção e divulgação de cartilhas tem se mostrado promissoras quanto às tecnologias educativas, sendo a sua importância evidenciada em diversos estudos (AQUINO *et al.*, 2020; GOMES E SILVA *et al.*, 2020). Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo descrever como ocorreu a construção de uma cartilha para prevenção de acidentes domésticos na infância destinada para ACS.

Método

Este produto de material didático foi resultante de um estudo exploratório e descritivo, estruturado a partir de uma abordagem qualitativa, que integra a dissertação de mestrado

“Material instrutivo sobre acidentes domésticos na infância para Agentes Comunitários de Saúde”.

A cartilha foi construída a partir de encontros, por meio de oficinas grupais, com ACS. Os encontros ocorreram de modo virtual, por meio da plataforma *Google Meet*. Os critérios de inclusão dos participantes foram: ser ACS em pleno desempenho de suas atribuições e que realizasse visitas domiciliares em domicílios onde residem crianças na primeira infância. Diante dos critérios, participaram aproximadamente 40 ACS.

A cartilha foi elaborada por uma enfermeira mestranda e duas docentes do programa de Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana. A construção da cartilha foi descrita em dois momentos, que contemplaram o levantamento das experiências e necessidades e a produção da cartilha.

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade Franciscana (UFN), sob o número 4.364.999. Todos os participantes assinaram eletronicamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

A construção da cartilha foi desenvolvida em duas etapas: inicialmente, foi projetado na tela do computador um material sobre os acidentes domésticos na infância para os ACS. No primeiro momento, o material foi extraído da Caderneta da Criança, para evidenciar as fases do crescimento e desenvolvimento infantil e associá-los aos acidentes domésticos mais comuns em cada uma dessas. Nesse encontro foi discutido sobre a prevenção de acidentes domésticos com crianças de 0 a 6 meses.

A apresentação inicial sensibilizou os ACS para a importância da temática e teve a intenção de qualificá-los para a prevenção de ocorrências de acidentes domésticos na infância. Esse momento serviu para despertar interesse nos ACS acerca da temática. Ainda, eles tiveram a possibilidade de relatar os acidentes domésticos mais comuns observados na prática profissional e nos seus domicílios. Nesse encontro, eles verbalizaram sobre a necessidade de ter uma cartilha que os auxiliasse nas orientações durante as visitas domiciliares.

Faz-se necessário trabalhar em prol da qualificação dos ACS, visto que esses profissionais desempenham um importante trabalho, estabelecendo vínculo entre o serviço de saúde e a comunidade. Devido a sua inserção na comunidade, é fundamental que o ACS possa identificar e intervir quando observar situações de risco, de acordo com a necessidade da família (BEZERRA *et al.*, 2016). As ações preventivas relacionadas aos riscos com acidentes domésticos em crianças devem estar respaldadas pelo planejamento, implementação e monitorização de estratégias preventivas e observar a monitorização da extensão e natureza dos acidentes, identificação de fatores de risco, desenvolvimento de estratégias para abordar as causas e avaliar os efeitos dessas medidas e, por fim, colocar em prática, implementando programas de prevenção eficazes (MIRANDA *et al.*, 2015).

No segundo momento, foi abordado os acidentes domésticos com as crianças acima de seis meses. Nesse encontro, foi realizado um levantamento das experiências vivenciadas por eles durante o desenvolvimento do seu processo de trabalho e anotado as sugestões. Para Lucena e Figueiredo (2017), o conhecimento da incidência de acidentes na infância, de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança, é importante para a formulação de programas de prevenção dirigidos para cada faixa etária. Em diversos relatos, as quedas foram os acidentes

mais encontrados entre as crianças nos lares, seguidas dos cortes e queimaduras.

No Brasil, em 2019, 3.568 pessoas entre 0 e 14 anos de idade morreram em razão de acidentes. Crianças e adolescentes entre 0 e 14 anos costumam internar por acidente doméstico, tendo o lar como o principal cenário de ocorrência. Merecem destaque os acidentes domésticos, que são definidos como todo acontecimento causal independente da vontade humana que se dá no lar e também moradias ou instituições de longa permanência. Assim, observa-se que trabalhar a prevenção é fundamental para reduzir a exposição da criança (SANTOS *et al.*, 2022). Achados de estudo sobre acidentes na infância apontam índices superiores a 50% dos eventos no domicílio e associam estatisticamente o ambiente doméstico à ocorrência de acidentes com crianças (SILVA *et al.*, 2017).

A partir do levantamento das experiências relatadas pelos ACS, identificou-se a necessidade de elaborar uma cartilha que abordasse os principais acidentes domésticos na infância e as formas de prevenção pautadas no desenvolvimento da criança em consonância com o domicílio. Portanto, a cartilha foi elaborada com instruções de prevenção de acidentes domésticos na infância de acordo com os principais riscos presentes no domicílio. Essas recomendações de prevenção ocorreram por meio da busca de artigos científicos e de manuais do Ministério da Saúde.

Os ACS verbalizaram que os acidentes domésticos mais comuns envolvem quedas, queimaduras, afogamentos, entre outros. Para os menores de cinco anos, é comum a prevalência de quedas e queimaduras. Diversos são os fatores de risco presentes no ambiente doméstico, todavia, muitos desses fatores podem ser reduzidos e até eliminados, a partir da conscientização dos pais e cuidadores (PAIXÃO *et al.*, 2021).

O ambiente doméstico tem alta influência para a incidência de acidentes com crianças, com destaque para as quedas, incêndios e afogamentos ocorridos no interior do domicílio. No ambiente intradomiciliar, as crianças nessa faixa etária estão expostas a uma grande variedade de riscos à saúde e à vida diariamente, sendo tal fato justificado tanto pelo seu restrito desenvolvimento físico e psicológico quanto pela pouca habilidade de seus cuidadores em atenuar os riscos de acidentes (BRITO; ROCHA; 2015).

Os acidentes se configuram como problema de educação preventiva e de saúde pública de grande magnitude no Brasil. Existem em maior ou menor incidência em todos os países, constituindo, assim, a primeira causa de morte a partir do terceiro ano de vida até o adulto jovem, produzindo grande ônus para a sociedade e causando forte impacto na morbimortalidade da população brasileira. No entanto, há uma grande necessidade de ampliação dos estudos. O profissional deve buscar resgatar as práticas de cuidado das mães e diferenciá-las das práticas de descuido, buscar os conceitos que essas trazem consigo, além de discutir o processo de construção da consciência inerente à situação do acidente, sendo esse considerado causador de danos e até mesmo de morte (BRITO; ROCHA, 2015).

A cartilha foi intitulada “Criança segura no ambiente doméstico”. Com a intenção de ser educativa e de prevenir acidentes domésticos na infância, elaborou-se um material de fácil acesso, sucinto, claro, atrativo e de fácil compreensão pelos ACS. Aliada a essas informações, utilizou-se algumas imagens para deixar a cartilha de modo mais lúdica.

O design e a diagramação das imagens foram planejadas e organizadas pela mestrandia, por meio do aplicativo *Canva*®, que é uma ferramenta gratuita para criar e editar designs na internet. As imagens utilizadas foram disponibilizadas pelo

próprio aplicativo. A cartilha, que será validada com os ACS, será impressa e também disponibilizada de modo virtual, para que possa ser compartilhada com todos os profissionais da rede de atenção à saúde do município onde o estudo foi desenvolvido e para ampla divulgação na internet, a fim de abranger outros cenários.

Quanto à versão final da cartilha, ela está constituída por 14 páginas. A primeira é a capa (Figura 1); a segunda dá as boas-vindas ao leitor (Figura 2); a terceira é a apresentação da autora principal (Figura 3); seguida pelas páginas com informações referentes a prevenção de acidentes domésticos (Figura 4); referências bibliográficas (Figura 5); e contracapa (Figura 6).

Figura 1 - Capa.



Figura 2 - Apresentação da cartilha.

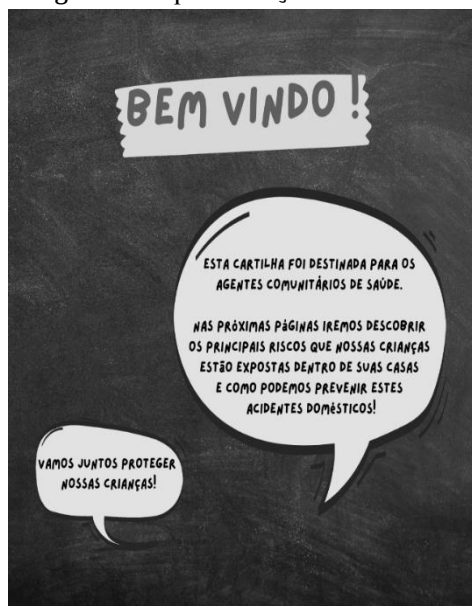


Figura 3 - Apresentação da autora principal.



Figura 4 - Páginas da cartilha.



Figura 5 - Referências.



Figura 6 - Contracapa.



Considerações finais

A cartilha é uma ferramenta de fácil acesso aos ACS, que pode auxiliar com o processo de trabalho nas visitas domiciliares. Durante as visitas, esses profissionais estão atentos as diversas demandas que são expressas pelas famílias e, por vezes, não focam na importância das orientações que são necessárias para prevenir acidentes domésticos na primeira infância. É essencial que os ACS forneçam informações acerca da prevenção de acidentes domésticos, já que eles têm entre as suas atribuições a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos como ações prioritárias.

O ACS, em posse de uma cartilha, seja ela impressa ou virtual, tem uma importante estratégia de cuidado que subsidia a sua práxis. Assim, essa modalidade de tecnologia é propulsora para a prevenção de acidentes e de agravos à saúde e potencializa a atuação dos ACS, e foi elaborada a partir de uma construção social das suas próprias vivências e pautadas na cientificidade.

Essa cartilha, construída coletivamente a partir do cotidiano dos ACS, mostra-se fundamental para as orientações que serão fornecidas pelos ACS durante as VD. Ainda, poderá ser distribuída aos familiares e cuidadores de crianças que estão na fase da primeira infância. Nesse sentido, reforça-se a importância da elaboração de materiais que complementem as informações e orientações fornecidas pelos profissionais de saúde.

Referências

AMARAL, A. C. da S.; PASCON, D. M.; COSTA, J. A. Acidentes domésticos infantis: percepção e ações dos profissionais de saúde da urgência e emergência. **Serviço Social e Saúde**, v. 16, n. 2, p. 171-188, 2018.

AQUINO, S. *et al.* Construção de cartilha virtual para o cuidado em saúde mental em tempos de COVID-19: relato de experiência.

Enfermagem em Foco, v. 11, n. 1, p. 174-178, 2020.

BEZERRA, M. A. R. *et al.* Conhecimentos dos agentes comunitários de saúde sobre acidentes domésticos em crianças. **Revista de**

Enfermagem UFPE, v. 11, n. 10, p.3859-3868, 2016.

BICK, J.; NELSON, C. A. Early adverse experiences and the developing brain. **Neuropsychopharmacology**, v. 41, n. 1, p. 177-96, 2016.

BRASIL, C. C. P. *et al.* Community health workers caring for dependent elderly people. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 109-118, 2021.

BRITO, M. A.; ROCHA, S. S. A criança vítima de acidentes domésticos sob o olhar das teorias de enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 4, p. 3351-3365, 2015.

BRITTO, P. R. *et al.* Early childhood development interventions review group, for the lancet early childhood development series steering committee. nurturing care: promoting early childhood development. **Lancet**, v. 389, n. 10064, p. 91-102, 2017.

FERNÁNDEZ, Y. A.; TERTULIANO, G. C. Acidentes domésticos recorrentes ao longo da primeira infância: uma análise documental. *In: MOSTRA CIENTÍFICA DO CESUCA*, 15. **Anais...** 2021.

Disponível em:

<https://ojs.cesuca.edu.br/index.php/mostrac/article/view/2196> Acesso em: 15 jun. 2022.

FIGUEIREDO, S. V.; SOUSA, A. C. C. de; GOMES, I. .V. Menores com necessidades especiais de saúde e familiares: implicações para a Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 1, p.88-95, 2020.

GOMES E SILVA, C. S. *et al.* Validação de cartilha sobre cateterização intravenosa periférica para famílias. **Avances em Enfermería**, v. 38, n. 1, p. 28-36, 2020.

LUCENA, E. V. O. B.; FIGUEIREDO, T. P. de. Queimadura na infância: uma abordagem acerca das implicações para a saúde e qualidade de vida. **Temas em Saúde**, v. 17, n. 1, p. 245-261, 2017.

MIRANDA, I. F. A. *et al.* Conhecimento dos responsáveis sobre a prevenção de acidentes domésticos envolvendo crianças. **Revista de Pediatria SOPERJ**, v. 15, n. 1, p. 1-6, 2015.

PAIXÃO, W. H. P. *et al.* Acidentes domésticos na infância: Identificando potencialidades para um cuidado integral. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, e.48110918027, 2021.

ROCHA, K. B. *et al.* A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 18, n. 1, p. 170-185, 2017.

RODRIGUES, L. M. de. *et al.* Atualização sobre a ocorrência de acidentes envolvendo crianças. **Revista de enfermagem UFPE**, v.9, n. Supl. 9, p. 1028-34, 2015.

SANTOS, R. A. *et al.* Perfil epidemiológico e assistência à saúde de crianças e adolescentes com paralisia cerebral em um município do ES. **Resid Pediatr**, v. 9, n. 3, p. 252-260, 2019. DOI: 10.25060/residpediatr-2019.v9n3-10.

SANTOS, R. R. *et al.* Prevenção de acidentes domésticos na infância: conhecimento de cuidadores em uma unidade de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 2, e.20210006, 2022.

SILVA, M. F. *et al.* Fatores determinantes para a ocorrência de acidentes domésticos na primeira infância. **Journal of Human Growth and Development**, v. 27, n. 1, p. 10-18, 2017.

SILVA, C. V. F. *et al.* Isolamento social devido a COVID-19 - Epidemiologia dos acidentes na Infância e Adolescência. **Residência Pediátrica**, v. 10, n. 3, p. 1-6, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA – SBP. **Acidentes domésticos**. Rio de Janeiro: SBP, 2020.

CONSTRUÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA EM SAÚDE: ÊNFASE NA TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

**Roselaine Camargo da Silva
Andreza Cossettin de Souza
Hadelândia Milon de Oliveira
Cristina Saling Kruel
Dirce Stein Backes
Cláudia Zamberlan**

Introdução

O processo de trabalho em saúde é complexo em sua essência e, para tanto, exige dos profissionais, em especial do enfermeiro, aprendizado contínuo com permanente reconstrução intelectual em todas as dimensões, a fim de consolidar novos conhecimentos e fomentar a resolutividade das ações em saúde. A imersão profissional em cenários de saúde possibilita a vivência e a prática, contribuindo para a solidificação do conhecimento, interação com o usuário e família, articulação com a gestão dos diferentes espaços e o fomento de metodologias e tecnologias em saúde que possam contribuir para a tomada de decisão em saúde.

Nessa acepção, destaca-se o processo de educação em saúde, o qual subsidia um novo modo de pensar e de inter-relacionar conhecimentos. Assim, a educação deve promover a reflexão dos aspectos complexos de um determinado cenário, ao contexto, de modo multidimensional e dentro da concepção global (MORIN, 2011). A educação em saúde, como processo político pedagógico, requer o desenvolvimento de um

pensamento crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social (FALKENBERG *et al.*, 2014). Nesse contexto, a educação em saúde é um processo sistemático, contínuo e permanente, que objetiva a formação e o desenvolvimento da consciência crítica do cidadão, estimulando a busca de soluções coletivas para os problemas vivenciados e a sua “participação real” no exercício do controle social (BRASIL, 2007).

Enquanto tecnologia educativa, que corrobora com o arcabouço metodológico para auxiliar na construção do conhecimento nos cenários de saúde, destaca-se que o desenvolvimento de um produto tecnológico, a exemplo de uma cartilha educativa, surge em detrimento de uma necessidade social e humana. Construída por meio de princípios filosóficos de ensino e educação, uma cartilha educativa em saúde representa a disseminação do saber complexo em saúde.

A produção de tecnologia implica num empreendimento alicerçado sobre a necessidade, visto como um problema a ser resolvido sobre o conhecimento, que é o saber que orienta uma nova alternativa para resolver esse problema, e, ainda, sobre a criatividade, que é a capacidade de encontrar alternativas para resolver um problema existente (KOERICH *et al.*, 2006). Além disso, impacta positivamente na educação das pessoas e, assim, enquanto uma tecnologia de cuidado, auxilia com orientações pertinentes a algum tema, quando o profissional estiver ausente.

Contudo, a educação em saúde mediada por tecnologias educativas permite que o indivíduo adquira mais autonomia no próprio cuidado, o que o torna protagonista e sujeito da própria condição de saúde e das pessoas de seu convívio social, impactando positivamente a saúde coletiva (FALKENBERG *et al.*, 2014) e, para o profissional, permite a articulação do conhecimento com a prática vivenciada.

Nesse enfoque, e diante dos inúmeros temas que se trabalha cotidianamente nos cenários de saúde, têm-se a toxoplasmose congênita enquanto sério problema de saúde pública. O processo infeccioso por toxoplasmose, durante a gravidez, pode causar infecção congênita e, nos conceitos afetados pode apresentar um amplo espectro de manifestações clínicas, como a tríade clássica (hidrocefalia, coriorretinite e calcificações intracranianas), aborto, morte fetal, baixo peso ao nascer, cegueira, perda auditiva, deficiências cognitivas graves e hidropsia (ALVES *et al.*, 2021).

Estudos demonstram que a prevenção da toxoplasmose é baseada em programas envolvendo promoção de saúde e ações relacionadas à educação e saúde pública (OPSTEEGH *et al.*, 2014; PAQUET; YUDIN, 2018; SEPULVEDA-ARIAS *et al.*, 2014). Assim, fomentando a educação como processo de construção permanente, o enfoque educativo na área da saúde é elemento fundamental para qualificar a atenção prestada aos casos de toxoplasmose e, em especial, nas condutas instituídas no pré-natal, a fim de prevenir a toxoplasmose congênita.

A partir desse enfoque, a proposta da construção de uma cartilha educativa para a Atenção Primária em Saúde, referenciando a temática da toxoplasmose congênita, dimensiona as políticas nacionais de saúde como prioridade e contempla a construção de uma tecnologia educativa em saúde, que poderá otimizar as ações de promoção à saúde no pré-natal e auxiliar na prevenção da toxoplasmose congênita.

Considerando esses aspectos inter-relacionados, tem-se como objetivo relatar o processo de construção da cartilha educativa em saúde, com ênfase na toxoplasmose congênita.

Metodologia

Trata-se da abordagem do processo de construção de uma cartilha educativa em saúde, com enfoque na toxoplasmose congênita, para a Atenção Primária em Saúde (APS), nos aspectos metodológicos e científicos para a sua construção. A descrição metodológica envolvida na produção da tecnologia educativa está dividida nas seguintes etapas: diagnóstico situacional, revisão da literatura para a seleção, criação e organização cronológica do conteúdo.

O processo de desenvolvimento e planejamento desse material correspondente à essa tecnologia educativa na modalidade digital foi dividido em etapas, assim definidas e descritas: elaboração de uma revisão narrativa da literatura; elaboração e qualificação do projeto de pesquisa; apresentação do projeto de pesquisa ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES), para fins de pactuação da proposta; submissão do projeto de pesquisa de campo para o NEPES e para a Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição de Ensino e Pesquisa de vinculação da autora principal; aprovação do projeto de pesquisa pelas Comissões; pesquisa de campo a fim de verificar o conhecimento dos enfermeiros da APS sobre toxoplasmose congênita, seleção, na literatura atual, de conhecimentos existentes a respeito do tema; e utilização de buscas nas bases de dados, legislações e documentos envolvidos com a temática.

A escolha do tema surgiu a partir da inserção da autora principal no Programa de Pós-Graduação por meio de leituras acerca da temática e realização de trabalhos nas disciplinas em que havia consonância com o tema. Assim, em 2019, em uma disciplina optativa, a mestranda inseriu-se em processo de discussão e pactuação com o NEPES, onde emergiu a necessidade da criação dessa cartilha. Além disso, em 2020

foram criados banners para todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF), inerentes a uma proposta de trabalho final de disciplina e, com isso, essas ações prévias contribuíram para a consolidação desse produto junto aos gestores municipais.

Um pré-projeto de qualificação foi realizado com o objetivo de verificar o conhecimento dos enfermeiros da APS acerca da toxoplasmose congênita. Ainda, uma revisão, configurando-se como uma revisão narrativa da literatura, buscou conhecer o tema em suas diferentes dimensões. A partir disso, foi desenvolvido um projeto de pesquisa de campo e apresentado ao NEPES. O projeto foi analisado e deferido/pactuado pelos membros desse núcleo, para que fosse possível prosseguir com a pesquisa e produção da cartilha educativa.

Entre as partes estruturais da pesquisa diagnóstica, o referencial teórico foi a fonte das informações, fundamental para a sistematização e composição do conteúdo e a escolha das ilustrações. Foram utilizadas bases de dados científicos para a seleção do referencial bibliográfico e o conhecimento teórico, levando em consideração os assuntos envolvidos com toxoplasmose congênita e a construção de cartilhas educativas. As bibliotecas virtuais elencadas para buscas de evidências acerca do tema foram: *Scientifican Eletronic Lybrary Online* (SciELO), Sistema Online de busca e Análise de Literatura Médica (Medline) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). Ainda, para a construção teórica também foram utilizadas as legislações e documentos ministeriais relacionados à temática.

Resultados

A construção da cartilha educativa em saúde, com ênfase na toxoplasmose congênita para a aplicabilidade na APS, teve sua concepção por meio da participação da mestranda nas reuniões de pactuação e discussão do tema no NEPES. Essas discussões emergiram em detrimento a um surto ocorrido no ano de 2018, no município de Santa Maria-RS, *locus* da implantação dessa cartilha.

Após o término de uma revisão narrativa da literatura, foi elaborado um projeto de pesquisa que possibilitasse verificar o conhecimento dos enfermeiros da APS, do município supracitado, acerca da temática. O projeto foi pré-qualificado e qualificado, sendo apresentado, após os ajustes finais, ao NEPES, com a proposta para a pesquisa de campo. Nesse momento, participaram das pactuações os três membros desse núcleo, assim como a enfermeira da Vigilância Epidemiológica do município, que pactuaram positivamente com a metodologia do estudo e com a construção da cartilha educativa para a APS municipal.

Para o seguimento do processo de elaboração desse produto técnico, o projeto foi submetido e analisado pelas Comissões. A aprovação e o início da coleta de dados foram imediatos após essas pactuações. Destaca-se que a aprovação para o estudo ocorreu por meio da submissão à Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição de vinculação da mestrandia.

O conhecimento dos enfermeiros acerca da toxoplasmose congênita foi identificado por meio da análise dos dados, de uma pesquisa de campo. Sendo assim, essa pesquisa possibilitou focar nos aspectos envolvidos no processo e construção da cartilha com aspectos inerentes a dados, orientações e fluxos

importantes para a consolidação da proposta tecnológica na prática profissional dos enfermeiros.

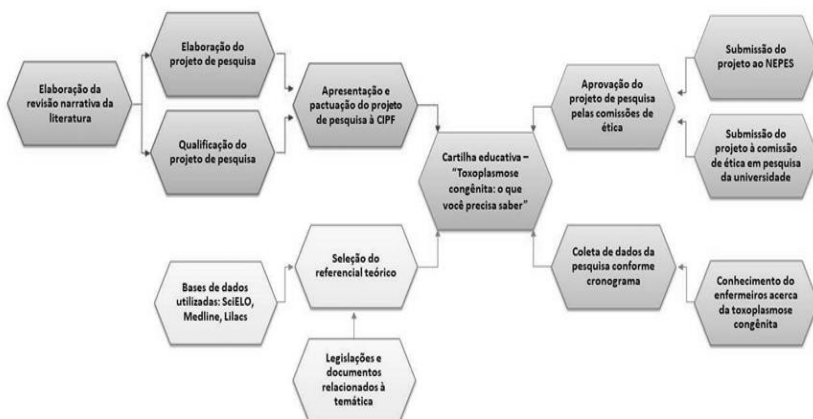
A seleção das evidências científicas na literatura atual possibilitou subsídios teóricos para os capítulos da cartilha educativa. Assim, os conteúdos que fazem parte da cartilha são descritos em capítulos, quais sejam: 1) O que é toxoplasmose congênita; 2) Sinais e sintomas da toxoplasmose congênita; 3) Como prevenir a toxoplasmose congênita; 4) O que a gestante deve saber sobre a toxoplasmose congênita; 5) Complicações da toxoplasmose congênita; 6) Tratamento da toxoplasmose congênita; e 7) Locais de referência no município para acompanhamento e tratamento da toxoplasmose congênita.

Salienta-se que os textos referentes aos temas foram escritos com base nas evidências científicas da literatura nacional e internacional. Isso porque a formulação de material educativo deve ser pautada em evidências científicas.

O diagnóstico situacional da pesquisa se deu por meio de três aspectos: surto ocorrido em 2018; pactuações com a Educação Permanente do município; e pesquisa com os enfermeiros da APS. A revisão da literatura para a seleção, criação e organização cronológica do conteúdo foi corroborada pelas buscas de evidências acerca do tema nas bases SciELO, Medline e Lilacs. Também, foram utilizadas, para a construção dessa etapa, as legislações e documentos ministeriais relacionados à temática.

Para tanto, com o intuito de esquematizar e organizar a construção da cartilha educativa em saúde sobre toxoplasmose congênita, de modo diferenciado, progressivo e integrado, foi elaborado um infográfico das etapas de sua produção, expressando o caminho metodológico percorrido (Figura 1). Ainda, na sequência, demonstra-se a produção técnica construída (Figura 2).

Figura 1 – Infográfico sobre as etapas para construção da cartilha educativa.



Fonte: elaborado pelos autores

Figura 2 - Cartilha educativa sobre Toxoplasmose Congênita.



Autoria	Sumário
Autora Roselaine Camargo da Silva	Apresentação 4
Orientadora Cláudia Zamberlan	Siglas 5
Colaboradora Andressa Fagundes	O que é toxoplasmose congênita? 6
Designer gráfica Camila Santarem	Quais são os sinais e sintomas da toxoplasmose congênita? 10
	Como prevenir a toxoplasmose congênita? 13
	O que a gestante deve saber? 15
	Quais as complicações da toxoplasmose congênita? 18
	Como ocorre o tratamento? 19
	Quais são os locais de referência no município para acompanhamento e tratamento? 21

2

3

Apresentação	Siglas
A Toxoplasmose Congênita é um problema de saúde pública, envolvendo riscos de lesões irreversíveis ao feto. Neste cenário, a Atenção Primária exerce papel fundamental, delineando medidas de prevenção e educação em saúde pública.	CDC: Centro de Controle e Prevenção de Doenças
Este material é dedicado a todos os enfermeiros da Atenção Primária como material de auxílio e orientação acerca da identificação, prevenção e fatores de risco envolvidos na gestação.	CID: Classificação Internacional de Doenças
	IgG: Imunoglobulina G
	IgM: Imunoglobulina M
	IgA: Imunoglobulina A
	SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

4

5

O que é	Agente etiológico: Toxoplasma Gondii
Toxoplasmose Congênita?	Em geral não há riscos para o feto quando a infecção ocorre mais de 6 meses antes da gestação. Mulheres com algum grau de imunodeficiência, podem desenvolver a doença mais de uma vez. O parasita da toxoplasmose é conhecido por atravessar a placenta. Em cerca de 40% dos casos nos quais a gestante tem toxoplasmose o bebê é infectado.
É uma infecção causada a partir da transmissão vertical, ou seja, entre mãe e filho, ainda intraútero. A toxoplasmose congênita ocorre apenas quando as mulheres apresentam a infecção ativa durante a gestação. Quando uma gestante adquire a infecção pelo parasito Toxoplasma gondii o mesmo se multiplica na placenta. Neste caso, o desenvolvimento fetal pode ser comprometido e o recém nascido (RN) pode nascer com manifestações variáveis dependendo da época em que ocorreu a infecção durante a gestação. As principais vias de transmissão são oral e congênita.	Na maioria dos casos a infecção por toxoplasma Gondii é assintomática; atinge pessoas de vários níveis socioeconômicos. Homens e animais mamíferos são considerados hospedeiros definitivos. O gato é apontado como hospedeiro intermediário.
	As maiores preocupações da infecção são voltadas às gestantes, devido a possibilidade de infecção congênita, que pode ser muitas vezes grave e até letal.

6

7

Importante saber

- Gestante suscetível ou de risco (não foi exposta ao T. gondii): **IgG não reagente e IgM não reagente**;
- Gestante com infecção antiga, exposição anterior ao parasita (provavelmente imune): **IgG reagente e IgM não reagente**;
- Gestante com possível infecção recente: **IgG reagente e IgM reagente**;
- Gestante possivelmente na fase inicial da infecção: **IgG não reagente e IgM reagente**; Deve ser confirmado com nova sorologia, em amostra coletada após 15 dias, para descartar resultado falso-positivo no teste de IgM.

8

Tipo de viragem sorológica: Características gestacionais

IgM: positiva 5 a 14 dias após a infecção e pode permanecer até 18 meses ou mais. Não deve ser usado como único marcador de infecção aguda. Em geral, não está presente na fase crônica, mas pode ser detectado com títulos baixos (IgM residual);

IgA: positiva após 14 dias da infecção e é detectável em cerca de 80% dos casos de toxoplasmose, e permanece reagente entre três e seis meses, apoiando o diagnóstico da infecção aguda. É útil para identificar infecções congênicas;

IgG: aparece entre 7 e 14 dias; seu pico máximo ocorre em aproximadamente dois meses após a infecção. Declina entre cinco e seis meses, podendo permanecer em títulos baixos por toda a vida. A presença da IgG indica que a infecção ocorreu congênita. Deve-se acompanhar a evolução dos títulos de IgG no primeiro ano de vida;

9

IgM ou IgA maternos: não atravessam a barreira placentária. A presença confirma o caso, mas a ausência não descarta;

IgG materno: atravessa a barreira placentária.

al., 2006). Nestes casos, deve-se continuar o monitoramento sorológico por até um ano de vida.

Na maioria das vezes, após o nascimento, as infecções congênicas são assintomáticas, porém, podem apresentar sequelas que se manifestam em algum momento da vida, principalmente complicações oculares e do sistema nervoso central.

Quais são os **sinais e sintomas** da Toxoplasmose Congênita?

O diagnóstico sorológico no recém-nascido é particularmente difícil devido à alta concentração de anticorpos IgG maternos que atravessam a barreira placentária e atingem o sangue dos recém-nascidos. A presença de anticorpos IgM e/ou IgA no sangue do recém-nascido revela infecção congênita, pois estas duas classes de imunoglobulinas não atravessam a barreira placentária, embora a ausência de IgM e IgA não exclua a infecção congênita (REMINGTON et

Principais alterações clínicas (exames físico e complementares)

Anemia, anormalidades líquóricas, calcificações cerebrais, catarata, crises convulsivas, erupções cutâneas, esplenomegalia, estrabismo, febre, glaucoma, hepatomegalia, hidrocefalia, dilatação ventricular, icterícia colestática, linfonodomegalia, macrocefalia, microcefalia, microftalmia, neurite óptica, plaquetopenia, nistagmo, prematuridade e retinocoroidite. Muitos casos

10

11

de retinocoroidite têm como causa a toxoplasmose congênita.

Entre os recém-nascidos infectados e assintomáticos, acima de 85% desenvolvem retinocoroidite durante a infância ou adolescência e 40% apresentam sequelas neurológicas. É clássica a tríade: retinocoroidite, hidrocefalia e calcificações intracranianas.



12

Como prevenir

a Toxoplasmose Congênita?



É importante que os testes sorológicos para pesquisa de anticorpos específicos anti-T.gondii sejam realizados na primeira consulta de pré-natal, além de repetir a sorologia no segundo e terceiro trimestre de gestação. Também deve-se orientar medidas de prevenção e controle para impedir a ocorrência de novos casos.

A profilaxia deve ser baseada em medidas que reduzam ao máximo o risco de infecção. (MITSUKA-BRE-GANÔ, et al. 2010)

13

Vigilância em saúde para a Toxoplasmose Congênita

A notificação, investigação e o diagnóstico oportuno dos casos agudos em gestantes viabilizarão a identificação de surtos, o bloqueio rápido da fonte de transmissão e a tomada de medidas de prevenção e controle em tempo oportuno, bem como a realização de intervenção terapêutica adequada, a fim de reduzir as complicações, sequelas e óbitos. Já a investigação em RN permitirá a intervenção precoce em casos em que a doença seja confirmada.

O Ministério da Saúde (MS) recomenda o monitoramento dos casos de toxoplasmose congênita (CID 10 P 37.1) e

toxoplasmose gestacional (CID 10 O98.6), com a notificação semanal para as esferas municipal, estadual e federal. O registro da Notificação deve ser registrado na conclusão, SINAN.

O que a gestante deve saber?

Ações preventivas

- Lavar as mãos e a superfície de preparação (tábua e facas) após manusear carne crua;
- Não experimentar carne crua;
- Alimentar gatos com ração ou carne bem cozida, não os alimentar com carnes cruas ou mal cozidas;
- Cuidado na manipulação de terra - usar luvas ou lavar

14

15

bem as mãos após manipular a terra;

- Lavar bem as frutas e vegetais com água corrente, esfregando mecanicamente;
- Limpar, diariamente, as caixas sanitárias dos gatos – gestantes não devem realizar esta tarefa;
- Controlar moscas e baratas;
- Ingerir apenas água tratada ou fervida;
- Ingerir carne bem cozida (67° C por 10 minutos);
- Ingerir embutidos frescos bem cozidos ou salgados (2,5% de sal por 48 horas);
- Os congelamentos dos produtos cárneos eliminam a maioria dos cistos teciduais (-18°C por 7 dias).



16



Aleitamento materno

O Ministério da Saúde não contra indica o aleitamento materno nos casos de toxoplasmose materna e o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), dos Estados Unidos da América, também recomenda a manutenção da amamentação em casos de toxoplasmose, tendo em vista que não foi comprovada a transmissão do T. gondii.

17

Quais são as complicações da Toxoplasmose Congênita?

A toxoplasmose congênita pode ter como consequência lesões em órgãos como coração, cérebro, olhos, baco e fígado; convulsões; retardo mental; paralisia cerebral; surdez e cegueira, bem como restrição do crescimento, prematuridade e morte fetal.

Quando não tratadas, contudo, a maioria dessas crianças apresentará tardiamente, na infância ou na vida adulta, atraso no desenvolvimento, déficit auditivo, calcificações cranianas, convulsões e, mais comumente, retinoroidite e déficit visual.



18

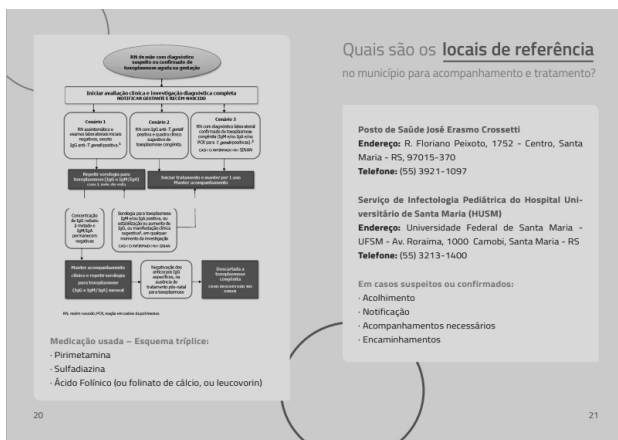
Em mais ou menos 40% dos casos, as consequências podem ser o nascimento prematuro e com baixo peso, sequelas de intensidade variáveis para a criança, inflamação do coração, pulmões ou olhos, erupções cutâneas, pressão elevada do líquido cefalorraquidiano ou aborto. Estas anomalias podem aparecer anos mais tarde nas crianças que pareciam saudáveis ao nascer.

Como ocorre o tratamento?

São fundamentais: o diagnóstico imediato e o início do tratamento específico para obtenção dos melhores resultados.

Lactentes diagnosticados com toxoplasmose congênita devem receber tratamento específico durante 12 meses, mesmo não apresentando sinais e sintomas. Segundo Protocolo elaborado pelo Grupo de estudos da Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS), são abordados três cenários decisórios:

19



Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_sau-de_recem_nascido_v2.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Toxoplasmose e Amamentação**. 2019. Disponível em: <https://fantigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/23/Nota-Technical-Amamentacao.pdf>

BRASIL. SES-RS Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Toxoplasmose Congênita. Protocolo elaborado pelo Grupo de Estudos em Toxoplasmose Congênita**. 2021. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202107/06113912-protocolo-toxoplasmose-congenita.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de Notificação e Investi-**

gação: Toxoplasmose gestacional e congênita. 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_notificacao_toxoplasmose_gestacional.pdf

KASPER, L. H. **Infecção por toxoplasma**. In: BRAUNWALD, E.; FAUCI, A. S.; KASPER, D. L.; HAUSER, S. L.; LOZMO, D. L.; JAMESON, J. L. Medicina interna. 15 ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2002. p. 1294-1298.

MITSUKA-BREGANÓ, R., LOPES-MORI, F. M. R., NAVARRO, I. T., orgs. **Toxoplasmose adquirida na gestação e congênita: vigilância em saúde, diagnóstico, tratamento e condutas** [online]. Londrina: EDUEL, 2010. 62 p.

Discussão

A escolha da temática da cartilha educativa surgiu pela necessidade emergente de uma produção tecnológica educativa sobre toxoplasmose congênita. Havia uma demanda reprimida inerente à temática, tendo em vista o surto ocorrido em 2018, com desfechos de toxoplasmose congênita em 2019. Entretanto, com a pandemia da Covid-19, a temática inerente a essa cartilha não foi mais trabalhada nos serviços de saúde, o que corroborou para a necessidade de construção e posterior implementação da proposta tecnológica.

A cartilha educativa como tecnologia caracteriza-se como uma estratégia de promoção da saúde, por ser um produto em que as informações possuem fácil visualização, de modo que melhora a absorção de conteúdo quando comparadas às instruções verbais isoladas (GOUVEIA; SILVA; BATISTA-NETO, 2020). Assim, o enfoque desta discussão está pautado nas características inerentes ao conteúdo da cartilha, construída no contributo de possibilitar orientações acerca de uma temática ainda pouco difundida, porém, necessária aos serviços de saúde, tanto no contexto da assistência/cuidado quanto da gestão.

A importância pela busca de respostas referentes a certas temáticas é uma noção sistêmica, em que as ciências começam a integrar, e é dotada de qualidades e propriedades. Essa noção sistêmica se forma, se constitui e se concretiza a partir da agregação organizadora de elementos não dotados dessas qualidades e propriedades (MORIN, 2020). A dimensão educativa é inerente aos processos de trabalho em saúde e deve ser vista como um meio para a mudança/transformação de determinada situação (GOUVEIA; SILVA; BATISTA-NETO, 2020).

Diante dessa perspectiva, a construção de uma cartilha, como tecnologia educativa em saúde, mostra-se necessária e relevante, pois fornece informações e orientações que fomentam o conhecimento e o enfrentamento da demanda, tornando o indivíduo capaz de entender como as próprias ações influenciam em seu padrão de saúde (MANIVA *et al.*, 2018).

Referente ao conteúdo da produção técnica, sabe-se que a toxoplasmose é, por vezes, doença negligenciada. Assim, ações e tecnologias que corroboram com a prevenção fazem-se relevantes, tendo em vista as complicações futuras da mesma. Nesse ínterim, em detrimento à gravidade dos danos causados em recém-nascidos que apresentam a toxoplasmose congênita, a prevenção primária deve ser frequentemente estimulada e

aprimorada para o controle da infecção causada por *Toxoplasma gondii* (*T. gondii*), sendo de suma importância programas de educação em saúde pública (BRASIL, 2018).

Esse enfoque corrobora com as evidências de que a variante congênita da toxoplasmose ocorre em razão da passagem transplacentária das formas taquizoítas do parasito durante a gestação, alcançando, assim, a circulação e os tecidos fetais, podendo causar lesões irreversíveis no feto. A frequência e a gravidade da doença dependem da idade gestacional (CHAUDHRY; GAD; KOREN, 2014; GOMEZ-CHAVES *et al.*, 2020). Portanto, aumentar a atenção em relação às medidas primárias de prevenção, mesmo em gestantes previamente expostas ao *T. gondii*, é fundamental, assim como a manutenção de um sistema imune eficiente ao longo da gestação, já que o fato de a gestante já ter passado pela fase aguda da infecção não é garantia de segurança (SAMPAIO *et al.*, 2020).

Embora o processo de atenção à saúde, no contexto da toxoplasmose congênita, se faz necessária, a pesquisa de Sampaio *et al.* (2020) apontou que a toxoplasmose gestacional e a congênita são condições extremamente negligenciadas no Brasil. Até o mês de maio de 2020 ainda não havia registros dessas doenças no Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018). Sendo assim, é importante ressaltar que a educação em saúde é a melhor estratégia de prevenção para, consequentemente, diminuir a infecção de gestantes, uma vez que o diagnóstico laboratorial e clínico da doença é complexo (OPSTEEGH *et al.*, 2014), e estudos apontaram que o tratamento não é totalmente eficaz, mas gera uma redução de até 60% dos casos (RAJAPAKSE *et al.*, 2017; SAMPAIO *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, assevera-se que a educação em saúde permite que a pessoa adquira mais autonomia no próprio cuidado, o que a torna protagonista e sujeito da própria

condição de saúde e das pessoas de seu convívio social, fato que impacta de modo positivo o coletivo (FALKENBERG *et al.*, 2014). Por conseguinte, materiais didáticos, a exemplo da cartilha, são produtos disparadores do processo de educação em saúde. Além disso, trazem benefícios para a implantação de ações, tendo em vista que permitem aos profissionais da saúde, em especial para os enfermeiros, estarem respaldados em evidências nas ações/processos/orientações cotidianas.

Considerações finais

A construção da cartilha teve como proposta principal subsidiar a educação em saúde no contexto da toxoplasmose congênita, enquanto produto técnico disparador para ações na APS. Assim, promover informação e orientações como pilar para construção do conhecimento voltado a essa temática representa inovação em saúde, em especial, porque o município não dispunha desse material didático. A abrangência dessa cartilha educativa é ampla, pois ficará disponível para toda a APS do município a fim de consolidar o conhecimento e permitir ao profissional enfermeiro elencar informações e orientações efetivas em relação à toxoplasmose congênita.

Nesse sentido, observou-se, durante o processo de estudo, pesquisa e construção da cartilha, a escassez de evidências atuais direcionadas ao assunto, sendo essa uma fragilidade, do ponto de vista sistemático e elaborativo do produto técnico. Contudo, diante das informações ofertadas pelas enfermeiras no decorrer do processo de pesquisa em relação à toxoplasmose congênita serem, muitas vezes, instigadoras de novos produtos e tecnologias, a cartilha educativa representa um importante recurso didático para o fortalecimento da relação profissional-usuário, tendo em vista a capacidade de essas tecnologias

promoverem a autonomia do sujeito e aumentar a abrangência do conhecimento em saúde.

Referências

ALVES, J. A. G. *et al.* Achados clínicos e sorológicos de crianças acompanhadas por risco de toxoplasmose congênita. **Rev Med UFC**, v. 61, n. 1, p. 1-5, 2021.

BRASIL. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde**: documento base. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2007.

BRASIL. **Protocolo de Notificação e Investigação**: Toxoplasmose gestacional e congênita. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CHAUDHRY, S. A.; GAD, N.; KOREN, G. Toxoplasmosis and pregnancy. **Can Fam Physician**, v. 60, n. 4, p. 334-336, 2014.
Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4046541>. Acesso em: 27 nov. 2021.

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

GÓMEZ-CHÁVEZ, F. *et al.* A Proinflammatory Immune Response Might Determine Toxoplasma gondii Vertical Transmission and Severity of Clinical Features in Congenitally Infected Newborns. **Front Immunol**, v. 11, p. 390, 2020.

GOUVEIA, A. O.; SILVA, H. R.; BATISTA NETO, J. B. S. Saúde mental em tempos da covid-19: construção de cartilha educativa com orientações para o período de pandemia. **Enferm Foco**, v. 11, n. 1, n. esp., p. 168-173, 2020.

KOERICH, M. S. *et al.* Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. esp., p. 178-185, 2006.

MANIVA, S. J. C. F. *et al.* Tecnologias educativas para educação em saúde no acidente vascular cerebral: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 4, p. 1824-1832, 2018.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: Unesco, 2011.

MORIN, E. **Conhecimento, ignorante, mistério**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2020.

OPSTEEGH, M. M. *et al.* Intervention strategies to reduce human *Toxoplasma gondii* disease burden. **Clin Infect Dis**, v. 60, n. 1, p. 101-107, 2014. DOI: 10.1093/cid/ciu721.

PAQUET, C.; YUDIN, M. H. Toxoplasmosis in Pregnancy: Prevention, Screening and Treatment. **J Obstet Gynaecol Can**, v. 40, n. 8, p. e687-e693, 2018. DOI: 10.1016/j.jogc.2018.05.036 11.

RAJAPAKSE, S. *et al.* Prophylaxis of human toxoplasmosis: a systematic review. **Pathog Glob Health**, v. 111, n. 7, p. 333-342, 2017.

SAMPAIO, G. L. *et al.* Toxoplasmose congênita na atenção primária a saúde: importância da prevenção no controle de uma doença negligenciada. **Journal of Epidemiology and Infection Control**, v. 10, n. 4, 2020.

SEPULVEDA-ARIAS, J. C. *et al.* Toxoplasmosis as a travel risk. **Travel Med Infect Dis**, v. 12, n. 6, p. 592-601, 2014.

GUIA DE ACOLHIMENTO PARA O RETORNO AO TRABALHO APÓS A LICENÇA-MATERNIDADE

Liana Nolibos Rodrigues
Marialda Moreira Christoffel
Luciane Najar Smeha
Franceliane Jobim Benedetti
Josiane Lieberknecht Wathier Abaid

Introdução

A amamentação natural é uma prática de promoção à saúde recomendada de forma exclusiva até os seis meses de vida da criança, trazendo inúmeros benefícios tanto para a criança quanto para as mulheres. A ampliação do aleitamento materno (AM) a níveis quase universais poderia prevenir mortes de crianças menores de cinco anos em um montante de 823.000 anuais e de mulheres em 20.000 mortes anuais por câncer de mama (PINTO *et al.*, 2021; VICTORA *et al.*, 2015).

No entanto, apenas o conhecimento e acesso à informação sobre sua importância não garantem a prática e a continuidade do aleitamento materno. Para que a mulher possa levar adiante essa opção, é necessário que ela esteja inserida em um ambiente favorável à amamentação, contar com uma rede de apoio e profissionais habilitados, quando necessário (FONSECA *et al.*, 2021). Ainda, sabe-se que a taxa de aleitamento materno exclusivo é até 2,5 vezes maior do que quando as mulheres não recebem informações e apoio após o nascimento (UNICEF, 2018).

No Brasil, apesar de muitas conquistas alcançadas em prol

do aleitamento materno, as políticas familiares apresentam-se insuficientes no que se refere ao trabalho feminino remunerado e o AM, além de todo o cuidado familiar (AMANDO *et al.*, 2016). As políticas do Ministério da Saúde visam promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, tanto no setor público quanto no privado, visando orientar a amamentação até os seis meses exclusivamente e apoiar as mães no retorno ao trabalho, mediante acolhimento pelo empregador e/ou gestor e colegas (KALIL; AGUIAR, 2016).

A Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) determina a licença maternidade de 120 dias, ou seja, o período legal de quatro meses de afastamento do trabalho, a partir do 8º mês de gestação. Em 2008, a Lei nº 11.770 ampliou a licença gestante para 180 dias para as servidoras públicas federais e por adesão as empresas privadas (MORAIS, 2011).

Apesar das mulheres já possuírem direitos, esses não estão garantidos de fato, conforme Peres (2015). Elas ainda lidam com situações como violência, trabalho informal e o marketing das indústrias lácteas, por questões sociais, políticas, econômicas ou culturais, para que o aleitamento materno não se efetive como prevê as recomendações nacionais e internacionais (PERES, 2015). A prática da amamentação deve ser assumida como uma responsabilidade compartilhada pela sociedade, sendo necessárias políticas públicas e estratégias que garantam o direito das mulheres, crianças e famílias (DAMIÃO; ROTENBERG, 2021).

Nesse sentido, a adoção de tecnologias assistenciais para o cuidado são estratégias importantes que possibilitam o suporte na organização e no gerenciamento do trabalho, assegurando um cuidado humanizado e integral às mulheres (BRASIL, 2014). Para um entendimento adequado dessas tecnologias assistenciais, pode-se defini-las como a fusão entre o conhecimento teórico e prático aplicado ao desenvolvimento de

ferramentas, materiais e processos que, uma vez utilizados, permitem a resolução de problemas pela incorporação, difusão, gerenciamento e utilização de tecnologias do sistema de saúde (BRASIL, 2010).

Dentre essas tecnologias destacam-se os guias assistenciais, os quais se configuram como instrumentos de gerenciamento em saúde, com a finalidade de favorecer a organização do serviço de urgência obstétrica e garantir acesso com qualidade às mulheres no período gravídico puerperal. Assim, tais instrumentos impactam positivamente nos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2017). A utilização de guias elaborados a partir de evidências científicas, segundo Rosenfeld, Shiffman e Robertson (2013), subsidia a promoção de uma assistência qualificada por reduzir a variabilidade de cuidados de saúde, auxiliar na integração das equipes de trabalho, dos processos interativos, éticos e na precisão de diagnósticos e promover maior eficácia terapêutica ao desencorajar intervenções nocivas e ineficazes.

Objetivo

Este relato de experiência objetiva discorrer sobre o processo de construção de uma tecnologia proposta na dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da primeira autora, denominado Guia de Acolhimento para o retorno ao trabalho, após a licença-maternidade.

Metodologia

Para subsidiar a construção dessa tecnologia de cuidado, cuja classificação junto à Capes é de Protocolo/Produto, T1=100 pontos, inicialmente, foi realizada uma consulta aos documentos existentes no Brasil e as orientações do Ministério da Saúde e

verificado como é realizado esse acolhimento atualmente em uma instituição Instituição Federal de Ensino Médio, Técnico e Superior do interior do Estado do Rio Grande do Sul. Posteriormente, foi realizado um estudo populacional de delineamento transversal, desenvolvido junto a referida instituição. A pesquisa foi realizada de forma on-line, devido ao estado declarado pela OMS de pandemia pelo vírus SARS-CoV-2. Participaram da pesquisa, anterior à construção do guia, 40 mulheres do total de 61 convites por conveniência a servidoras que tinham registros de licença gestante entre 2018 e 2019.

As participantes da pesquisa foram mulheres/mães, servidoras docentes e técnicas administrativas, após a licença-gestante de uma Instituição Federal de Ensino Médio, Técnico e Superior do interior do Estado do Rio Grande do Sul, que estiveram gestantes a partir de 2018 e retornaram ao trabalho a partir de 2019. Nos último cinco anos foram solicitados um total de 375 licenças-gestante pelas servidoras da Instituição. Os números de licenças aumentaram gradativamente durante esse período, 71 (18,9%) em 2015, 58 (15,4%) em 2016, 75 (20%) em 2018 e 91 no ano de 2019 (SIASS, 2020). É importante considerar que a instituição é recente, pois tem menos de 15 anos e atende como um serviço público federal na educação superior, básica e profissional, pluricurricular e multicampi, especializada na oferta de educação profissional e tecnológica nas diferentes modalidades de ensino. Atualmente, possui 11 campus em diferentes cidades do estado, além de polos de educação à distância, centros de referência e reitoria.

A Resolução do Conselho Superior (COSUP) da Instituição nº 73/2019 aprovou uma política de qualidade de vida no trabalho (QVT), visando a promoção de saúde e sua manutenção, bem como segurança e qualidade de vida. Nessa, há a responsabilização de todos os atores atuantes dentro da instituição e os incentiva a propor atividades que oportunizem a

qualidade de vida, sendo que a amamentação e seu apoio podem ser considerados fundamentais. Como o local desta pesquisa estava sob a abrangência dessa resolução, havia uma justificativa e favorecimento para a construção e posterior implementação pela Instituição do produto/guia.

Para a elaboração do guia, seguiu-se as etapas estruturais: diagnóstico situacional e revisão de literatura para a seleção, criação e organização cronológica do conteúdo. Após a formulação e diagramação foi encaminhado para pares da área para revisão e validação inicial.

O processo de desenvolvimento e planejamento correspondente a essa tecnologia educativa na modalidade digital foi dividido por subetapas, assim definidas e descritas: elaboração de uma revisão narrativa da literatura; elaboração e qualificação do projeto de pesquisa; submissão do projeto de pesquisa de campo pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição de Ensino e Pesquisa de vinculação da mestranda; aprovação do projeto de pesquisa pela CEP, sob parecer 4.489.453; identificação do perfil epidemiológico das mulheres após a licença gestante e realização da coleta dos dados prevista conforme período proposto no cronograma do projeto de pesquisa; seleção, na literatura atual, de conhecimentos existentes a respeito do tema; e utilização de buscas nas bases de dados e legislações de documentos envolvidos com o tema.

A partir da análise dos dados e da literatura científica, obteve-se os subsídios para a construção do guia. Entre as partes estruturais da pesquisa diagnóstica, o referencial teórico foi a fonte das informações, fundamental para a sistematização e composição do conteúdo e a escolha das ilustrações. Foram utilizadas bases de dados científicos para a seleção do referencial bibliográfico e o conhecimento teórico, levando em consideração os assuntos envolvidos em aleitamento materno e acolhimento e a construção do guia.

As bibliotecas virtuais elencadas para buscas de evidências acerca do tema foram: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Sistema Online de busca e Análise de Literatura Médica (Medline) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), com os seguintes descritores: amamentação, acolhimento, aleitamento materno, guia. Para a construção teórica, também foram utilizadas as legislações e documentos ministeriais relacionados à temática.

Resultados e discussão

A construção do guia de acolhimento surgiu pelo interesse pelo tema, assim como pela necessidade da produção tecnológica educativa sobre práticas restaurativas, como o acolhimento e qualidade de vida no ambiente institucional de ensino. Por ser de fácil acesso e visualização, o guia caracteriza-se como uma importante estratégia de promoção de saúde, elucidando as orientações e informações. Assim, com ênfase nas mulheres mães no retorno ao trabalho após a licença gestante, teve sua concepção construída no contributo de possibilitar orientações acerca de uma temática ainda pouco difundida, porém, necessária tanto no contexto educacional/cuidado quanto da gestão.

Realizou-se um projeto de pesquisa que possibilitasse identificar o diagnóstico situacional do acolhimento às mulheres no retorno ao trabalho após a licença gestante. Após, foi encaminhada a coleta dos dados realizada via on-line devido à pandemia do SARS-CoV-2. O diagnóstico situacional foi identificado e, assim, possibilitou a verificação dos perfis das mulheres e suas necessidades no retorno ao trabalho após a licença gestante.

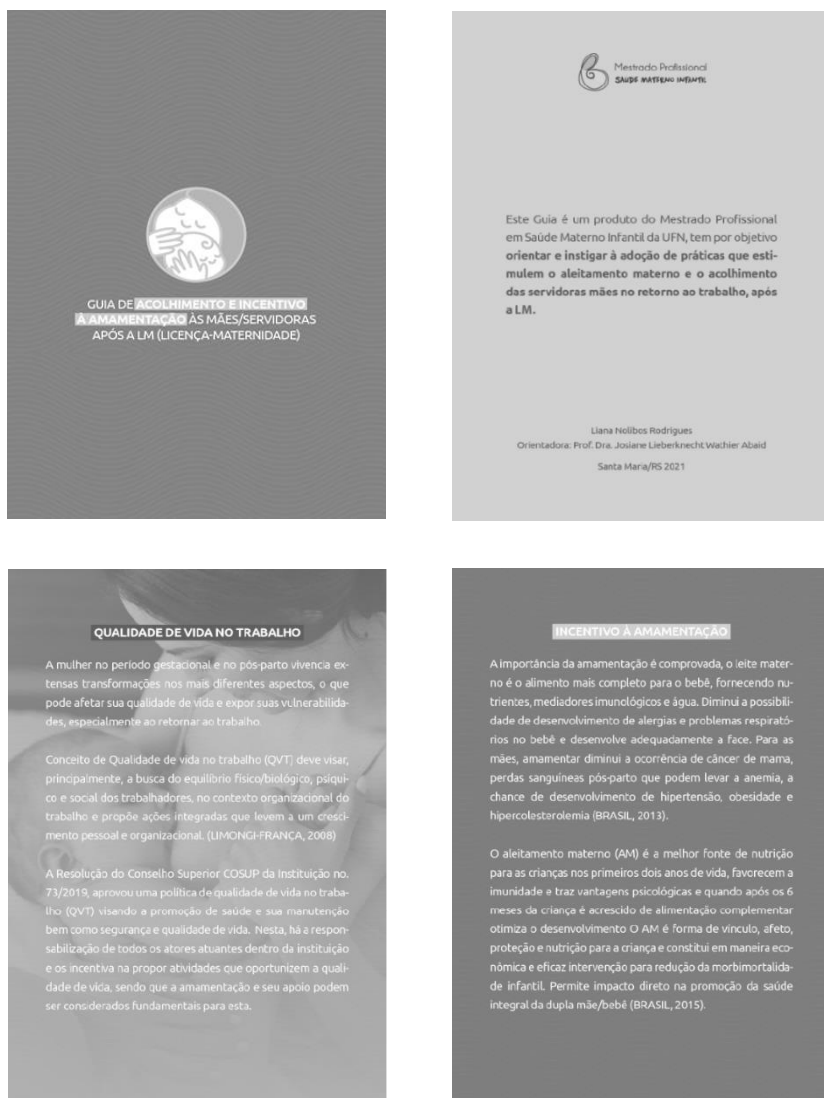
Pode-se observar, já no envio dos questionários às participantes, a aceitação e necessidade do estudo, de acordo

com as respostas recebidas como *feedback*. As servidoras demonstraram em suas falas a esperança de mais olhares voltados às suas inquietações, angústias e anseios durante o processo de retorno ao trabalho, quando ainda amamentavam. Entre os resultados do perfil das participantes, foi possível identificar cinco categorias: sentimentos no retorno ao trabalho; principais dificuldades encontradas diante do retorno e quanto à amamentação; considerações sobre a pandemia e o trabalho remoto; fragilidades percebidas e sugestões de melhorias; e reflexões quanto à sua saúde mental. É importante destacar que 42,5% relataram sentimentos difíceis ou ruins de alguma forma, 50% relataram dificuldade na organização dos horários e rotinas, 17,5% dificuldades em amamentar pela distância e 35% relataram pontos positivos quanto à amamentação exclusiva devido a estarem em trabalho remoto (RODRIGUES, 2021).

Planejamento para apresentação e divulgação

Inicialmente, foi realizada uma apresentação do projeto à administração geral da Instituição de Ensino, explicitando os objetivos, benefícios da elaboração do guia e solicitando a autorização para seu desenvolvimento. Após aprovado pela gestão geral e finalizado em todas as etapas de construção, foi realizado contato com cada Unidade da Instituição para o agendamento de reunião on-line com os grupos de gestores e com o Comitê de Saúde Mental e Qualidade de Vida da Instituição, a fim de apresentar o produto e colocá-lo à disposição para apreciação.

Figura 1 - Guia de acolhimento e incentivo à amamentação.



A prática do aleitamento materno é como uma das medidas essenciais para a saúde e desenvolvimento da criança no início da vida. Além de agregar um benefício calórico e proteico, o leite materno confere a proteção imunitária necessária para a criança no primeiro ano de vida e apresentam os indicadores gerais da saúde aumentados (BEZERRA et al., 2012).

O exercício de sucção feito pela criança para retirar o leite da mama é de extrema importância para o adequado desenvolvimento da sua cavidade oral, conformando melhor o palato duro, alinhando os dentes de forma correta e proporcionando uma boa oclusão dentária. O desmame precoce pode prejudicar a deglutição, a respiração, a mastigação e a articulação dos sons da fala, ocasionando má oclusão dentária, respiração bucal e alteração motora-oral (BRASIL, 2009).

ACOLHIMENTO

Dentre todas as fases da vida da mulher, o pós-parto é o período de maior vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos na saúde mental. Significa estar passando por uma imensa transição na sua vida: física, hormonal, social, psicológica, espiritual. No ambiente de trabalho é essencial que se tenha o olhar cuidadoso para essas mães. Atentar para a atenção acolhedora, um suporte estrutural e social, até mesmo indicar o apoio especializado, pode ser ações muito válidas na readaptação no trabalho.

A gestão deve garantir que o acolhimento esteja inserido no processo de trabalho. O acolhimento da servidora/mãe implica a responsabilização pela integralidade do cuidado, a partir da recepção e percepção coletiva de suas vulnerabilidades no momento do retorno ao trabalho, bem como com escuta qualificada. A flexibilização das demandas de trabalho, quando exaustivas no período em que a mãe está amamentando, pode diminuir significativamente o estresse referido, entre outros cuidados.

O LOCAL

Ressalta-se a importância de um local adequado para a mãe retirar e armazenar o leite, com uma poltrona/cadeira confortável com revestimento impermeável, frigobar ou geladeira. Se possível uma pia na mesma sala para a higienização.

O local/sala deve possuir iluminação e ventilação natural preferencialmente.

Criar um ambiente calmo proporciona condições adequadas ao aleitamento materno.

Obs: Higienização e rotulagem dos recipientes para o leite, deve ser de responsabilidade da mãe, para que a qualidade e segurança sejam garantidas.

Enquanto durar a Pandemia, a servidora/mãe deverá seguir os protocolos institucionais de segurança.

O MODELO DE LOCAL



ESCUTA DA MÃE

Realizar formações sobre acolhimento às mães no retorno da licença-gestante aos servidores, com objetivo de qualificar as relações de escuta, comunicação não violenta, práticas restaurativas.

IMPORTANTE IMPORTANTE IMPORTANTE

Para que as servidoras/mães possam seguir as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde de amamentar por 2 anos ou mais, sendo exclusivamente no peito nos 6 primeiros meses, é imprescindível que após a licença-gestante as instituições empregadoras possibilitem o apoio necessário.

Uma forma de ajudar, é instituir ações que potencializem o acolhimento no ambiente de trabalho, assim como, disponibilizar salas de apoio à amamentação, a fim de prover um ambiente agradável e mais adequado à coleta e ao armazenamento do leite, para que ele seja oferecido posteriormente, ou em uma breve visita, ao seu filho, com segurança e qualidade.

A duração do afastamento para a licença à gestante é de 120 dias consecutivos. A prorrogação da licença à gestante por mais 60 dias poderá ser concedida administrativamente, desde que requerida pela servidora até o trigésimo dia, a contar do dia do parto (§1º, do art. 2º, do Decreto 6.690 de 2008).

Licença paternidade;

Lei nº 8.112 de 11 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais.

Art. 208. Pelo nascimento ou adoção de filhos, o servidor terá direito à licença-paternidade de 5 (cinco) dias consecutivos. Ainda, poderá solicitar a sua prorrogação de acordo com o **DECRETO Nº 8.737, DE 3 DE MAIO DE 2016**

Art. 2º A prorrogação da licença-paternidade será concedida ao servidor público que requeira o benefício no prazo de dois dias úteis após o nascimento ou a adoção e terá duração de quinze dias, além dos cinco dias concedidos pelo art. 208 da Lei nº 8.112, de 1990.

SUORTE LEGAL

Como direitos que protegem o AM tem-se: a licença-gestante (Constituição brasileira, 1988, art. 7, Inc. XVIII); direito a garantia do emprego (Ato das disposições constitucionais transitórias – artigo 10, inciso II, letra b); direito a creche (Consolidação das Leis do Trabalho, artigo 389, parágrafos 1º e 2º); pausas para amamentar (Consolidação das Leis do Trabalho, artigo 396, parágrafo único); entre outras que visam a garantia à estudante-gestante e regem os produtos para lactantes e crianças na primeira infância até os 3 anos (Portaria MS/CM nº 2.051/2001 e duas Resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a RDC nº 221/2002 e a RDC nº 222/2002 e Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006).

De acordo com o Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal SIASS, a licença à gestante prevista nos (art. 207, §§ 2º, 3º e 4º, Lei nº 8.112, de 1990 e art. 71, Lei nº 9213, de 1991), destina-se à proteção da gravidez, à recuperação pós parto, à amamentação e ao desenvolvimento da relação do binômio mãe-filho, a partir do primeiro dia do nono mês de gestação (correspondente ao período entre 38 e 42 semanas), salvo antecipação do nascimento ou por prescrição médica.

Questões importantes a serem observadas para melhor acolher a mãe no retorno ao trabalho

PRERROGAÇÃO FORMACÕES PRERROGAÇÃO

Ergonomia
Ansiedade e estresse
Saúde mental
Comunicação não violenta
Benefícios da amamentação

APOIO AÇÕES APOIO

Rodas de conversa
Grupos de mães/troca de experiências
Proporcionar local, adequado para amamentação
Avaliar demandas excessivas de trabalho logo após o retorno
Considerar readaptação da mãe/servidora
Instituir horário especial de amamentação
Escuta qualificada
Propor uma rede de apoio à mãe/servidora

MATERIAIS INFORMATIVOS!

BENEFÍCIOS DO LEITE MATERNO

A PEGA CORRETA

CERTO

PERCEPÇÕES ACERCA DA PESQUISA
PERCEPÇÕES ACERCA DA PESQUISA
PERCEPÇÕES ACERCA DA PESQUISA

Excelente momento de se pensar em um guia de acolhimento.

Ótimo, isso é humanizar as relações de trabalho, valorizar a vida e a amamentação, mesclando o machucado que existe em muitos espaços de trabalho.

A flexibilização nos horários para que a mãe possa se sentir amparada para continuar a amamentação é fundamental. Além disso, a escuta para nos acolher neste momento é importante.

Importantíssimo. Eu não teria amamentado até 1 ano se voltasse para as atividades presenciais.

Extremamente importante. A mulher que retorna ao trabalho, após a maternidade, não é mais a mesma que saiu antes, existem outras preocupações que ocupam seu pensamento e cabeça, o distanciamento de meses da interação necessária se precisa para ser retomado, não pode ser tratado o período de afastamento apenas como um distanciamento de dias.

Ter acesso ao acolhimento no trabalho e políticas institucionais de incentivo à amamentação é um passo importante, mas não se trata de saúde das gerações futuras mas também para uma mulher, mais do que necessário na cultura de amamentação.

Fundamental. Ainda que voltei em regime de trabalho remoto, senti falta disso. Se fosse presencial, acho que iria "sufocar" mais.

Sim. Não só à amamentação, mas também oportunizar maior presença materna perto da(s) filha(s).

Absolutamente. A cultura do desmame é muito presente. É muito difícil manter a escolha de não dar bicos artificiais, oferecer o peito em livre demanda. Há privação de necessidades básicas como sono, alimentação. O rendimento no trabalho não é o mesmo.

Com certeza. Independente de ser peito ou mamadeira. O peito é insubstituível então é claro que só a mãe pode fornecer, mas, mesmo sendo mamadeira é importante a troca afetiva. O colo da mãe também é insubstituível e é um direito da criança.

Bem importante, considerando ser um período difícil, já que precisa deixar o bebê, organizar os horários, etc..

Com certeza! Iniciativa importantíssima, visto que uma das principais causas de desmame precoce é a falta de incentivo para a amamentação nas instituições públicas e privadas no retorno ao trabalho.

RODRIGUES, Liana Nóbilo. Guia de acolhimento às mulheres no retorno ao trabalho após a licença-gestante. Orientadora: Joiane Lieberknecht-Walther Abaid. 2021. Produto de Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil. Curso de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil, Universidade Franciscana, Santa Maria/RS, 2021. Linha de Pesquisa: Atenção Integral à Saúde Materna, Neonatal e Infantil.

REFERÊNCIAS

BEZERRA VLVA, NISIYAMA AL, JORGE AL, CARDOSO RM, SILVA EF, TRISTÃO RM. Aleitamento materno exclusivo e fatores associados a sua interrupção precoce: estudo comparativo entre 1999 e 2008. *Rev Paul Pediatr*. v. 30, n. 2, p.173-9. 2012.

BRASIL. Decreto-lei n 5.452, de 1 de maio de 1943. Aprova a consolidação das leis do trabalho. 1943.

BRASIL. **Constituição** (1988). **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei 8.112. Aprova Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília – DF: 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). .SIASS. Manual de Perícia Oficial do Servidor Público Federal. 2. ed. Brasília, 2014.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Agência da Vigilância Sanitária. RDC 221/2002. Brasília; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Agência da Vigilância Sanitária. RDC 222/2002. Brasília; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília; 2015

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). ACOlhIMENTO. In: GLOSSÁRIO: rede HumanizaSUS. Disponível em: <www.redehumanizasus.net/glossary/term/92> Acesso em: 24.nov.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

LIMONCI-FRANÇA, A. C. Qualidade de vida no trabalho – QVT: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial. 2. ed. 3. reimpr. São Paulo: Atlas. 2008.

Validação ecológica: percepção das entrevistadas¹ e dos gestores

Quando questionadas sobre a importância deste estudo propor a implementação de um guia de acolhimento e incentivo à amamentação, as servidoras entrevistadas demonstraram 100% de aceitação e incentivo à proposta. As respostas foram diversas e demonstraram a relevância de ações que promovam a humanização e o acolhimento. Podem-se destacar algumas, como:

Já era hora de pensar nisso. (E1).

[...] muito importante. Amamentar na nossa instituição é algo impensável hoje em termos de estrutura e motivação. Ainda mais considerando que temos apenas uma hora de almoço. (E5).

[...] bem importante, pois é um período difícil, já que precisa deixar o bebê, organizar horário etc. (E6).

[...] se puder adoraria participar como incentivadora. (E9).

[...] Ainda que voltei em trabalho remoto, senti falta disso. Se fosse presencial, acho que iria "sofrer" mais, não sei. Inclusive me coloco à disposição para auxiliar as novas mães, um círculo de mães, quem sabe. (E5).

Assim, todas as entrevistadas consideraram importante a proposta de haver um guia de acolhimento e incentivo à amamentação às mães após a licença-maternidade em sua instituição. Além da percepção das usuárias do produto, o Guia foi submetido aos gestores durante uma reunião, que fizeram sugestões quanto ao conteúdo informativo que seria veiculado.

¹ Visando preservar a identidade das entrevistadas, foi utilizado neste trabalho a inicial “E” (Entrevistada) e o número correspondente para fins de esclarecimento.

Por meio da tecnologia educativa, os gestores podem, além de colaborar com a orientação frente a promoção de saúde, propiciar um ambiente agradável nas instituições para receber as mães lactantes com orientações, possibilitando a viabilidade da continuidade de amamentação. Desse modo, ao utilizar o guia educativo, o gestor oferece à comunidade acadêmica a oportunidade de acessar conhecimentos práticos sobre determinados temas e ainda otimizar o ambiente de trabalho, tornando-o mais acolhedor e humanizado. A divulgação do Guia será on-line para servidoras que retornam da licença-gestante e o monitoramento será anual por meios digitais. O impacto de nível médio, ainda em fase de experimentação, se dará nas áreas da saúde, social e cultural.

Conclusão

A construção do guia teve como proposta principal elaborar uma sequência de orientações sobre acolhimento e ações que facilitem a amamentação, como estruturais, atitudinais e organizacionais às mulheres no retorno ao trabalho após a licença gestante. A orientação na escrita deste produto foi embasada na literatura atual sobre o tema, entretanto, sua riqueza está na pesquisa realizada para o diagnóstico situacional, na qual as mulheres trouxeram suas angústias, medos, temores, benefícios e alegrias do retorno ao trabalho.

A necessidade deste guia foi expressa por elas e enfatiza alguns conceitos teóricos básicos e fundamentais na fase do retorno as atividades laborais após a licença gestante. Além disso, o resgate histórico da legislação a respeito do assunto auxilia essas mulheres no conhecimento dos seus direitos adquiridos.

Dessa forma, foi possível relatar o processo de elaboração do Guia de acolhimento e incentivo à amamentação como uma importante medida de promoção de saúde e cuidado nos

ambientes institucionais, no sentido de melhor acolher e proporcionar suporte emocional e estrutural às servidoras que retornam ao trabalho e ainda têm uma gama de novas preocupações, inseguranças e necessidades, já que se tornaram mães ou estão experienciando novamente a maternidade.

Referências

AMANDO, A. R. *et al.*. Percepção de mães sobre o processo de amamentação de recém-nascidos prematuros na unidade neonatal.

Revista Baiana de Enfermagem, v. 30, n. 4, 2016. DOI: 10.18471/rbe.v30i4.17134.

BRASIL. **Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, 2010.

BRASIL. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**.

Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia.

Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

DAMIÃO, J. de J.; ROTENBERG, S. **Amamentação e trabalho feminino**: responsabilidade de toda a sociedade. Rio de Janeiro:

Fiocruz, 2021. Disponível em: <https://obha.fiocruz.br/?p=397> Acesso: 10 set. 2021.

FONSECA, R. M. S. *et al.* O papel do banco de leite humano na promoção da saúde materno infantil: uma revisão sistemática.

Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 1, p. 309-318, 2021.

KALIL, I. R.; AGUIAR, A. C. de. Trabalho feminino, políticas familiares e discursos pró- aleitamento materno: avanços e desafios à equidade de gênero. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 208-223, jul./set. 2016.

MORAIS, A. M. B. de. *et al.* Vivência da amamentação por trabalhadoras Vivência da amamentação por trabalhadoras de uma indústria têxtil do Estado do Ceará, Brasil. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 66-71, 2011.

PERES, P. L. P. **Amamentação como direito humano, prática feminina e direito social:** contribuição crítica à política pública sustentada no referencial de justiça social de Amartya Sen. 2015. Tese (Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2015.

PINTO, S. L. *et al.* Avaliação da autoeficácia para a amamentação e seus fatores associados em puérperas assistidas no sistema público de saúde no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 21, n. 1, p. 97-105, jan./mar. 2021.

RODRIGUES, L. N. **Guia de acolhimento às mulheres no retorno ao trabalho após a licença-maternidade.** 2021. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil) - Universidade Franciscana, Santa Maria, 2021.

ROSENFELD, R. M.; SHIFFMAN, R. N.; ROBERTSON, P. Clinical practice guideline development manual, third edition: a quality-driven approach for translating evidence into action. **Otolaryngol Head Neck Surg Rochester**, v. 148, n. 1, p. 1-55, 2013. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0194599812467004>. Acesso em: 10 out. 2021.

SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR – SIASS. **Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal.** Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2020.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND - UNICEF. Breastfeeding: a mother's gift, for every child. **The United Nations**, 2018. Disponível em: https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_reastfeeding_A_Mothers_Gift_for_Every_Child.pdf Acesso em: 10 set. 2021.

VICTORA, C. G. *et al.* Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 year of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **Lancet Glob Health**, v. 3, n 4, p. 199-205, 2015.

CONSTRUÇÃO INTERPROFISSIONAL DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA A PROMOÇÃO DE EXERCÍCIOS FÍSICOS POR GESTANTES

Lucas Rodrigues Ruas
Nadiesca Taisa Filippin
Silvana Cruz da Silva
Laís Antunes Wilhelm
Mara Regina Caino Teixeira Marchiori
Keity Laís Siepmann Soccol

Introdução

O período gestacional faz com que as mulheres sofram muitas alterações fisiológicas e funcionais, o que pode causar desconforto a elas devido a tais modificações. No entanto, a prática de exercícios físicos contribui para a melhoria de algumas alterações e traz inúmeros benefícios à saúde da gestante e do bebê (NOGUEIRA; SANTOS, 2018). Os benefícios da prática regular de exercícios físicos são a melhora da saúde mental, física e social, diante disso, justifica-se a sua importância em todos os ciclos da vida, dentre eles, na gravidez (SOARES *et al.*, 2017).

De acordo com o Guia de Atividade Física para a População Brasileira, a prática de atividade física reduz riscos de possíveis complicações relacionadas à gravidez e ao pós-parto, uma vez que proporciona bem-estar, desenvolvimento humano e melhora a qualidade de vida. Além disso, promove relaxamento, aumenta a disposição, diminui o risco de

depressão, contribui para o controle do peso corporal, evitando o ganho excessivo de peso, diminui riscos associados ao desenvolvimento de diabetes gestacional e pré-eclâmpsia, reduz a intensidade de dores lombares, evita o nascimento de bebê prematuro, entre outros (BRASIL, 2021). Ainda, melhora o condicionamento cardiovascular, edemas e dores articulares e lombares (SOARES *et al.*, 2017). Contudo, as evidências indicam que poucas mulheres têm o hábito de praticar atividade física regularmente, ainda mais quando estão grávidas (SILVA; BOING, 2021), ou seja, é comum gestantes não praticarem exercícios físicos (GODOY-MIRANDA *et al.*, 2019).

As gestantes podem praticar diversas modalidades de exercícios físicos, que vão de baixa a moderada intensidade, como caminhadas e exercícios aquáticos. O ideal é que o programa de exercício físico seja elaborado por um educador físico que tenha conhecimento sobre riscos associados à gestação, formação e experiência para atender as necessidades de saúde das gestantes (SOARES *et al.*, 2017). Em outras palavras, é fundamental que cada gestante tenha um programa de exercícios conforme a fase de gestação em que se encontra (NOGUEIRA; SANTOS, 2018).

No entanto, nem todas as gestantes têm acesso a educador físico e nem recebem informações sobre a importância da atividade física durante o período gestacional. Nesse sentido, reforça-se que todos os profissionais que prestam assistência pré-natal às gestantes podem orientar sobre essa prática (BATISTA; ALBUQUERQUE; FREITAS NETA, 2019). Tecnologias educativas, como as cartilhas, contribuem para a promoção da saúde, haja vista que podem ser consideradas como importantes estratégias de possibilidades de cuidado, pois interferem no comportamento das pessoas (AQUINO *et al.*, 2020).

A produção e a divulgação de cartilhas têm se mostrado promissoras como tecnologias educativas, sendo a sua

importância evidenciada em diversos estudos (AQUINO *et al.*, 2020; GOMES E SILVA *et al.*, 2020). Além disso, é imprescindível o desenvolvimento de estudos e materiais educativos sobre a prática de exercícios físicos durante a gestação, já que existem poucos materiais educativos que discorram sobre esse assunto (BATISTA; ALBUQUERQUE; FREITAS NETA, 2019).

Destaca-se, portanto, a importância do desenvolvimento de uma cartilha que incentive a prática de exercícios físicos. Nesse sentido, teve-se como objetivo relatar o desenvolvimento de uma tecnologia educativa para a promoção de exercício físico para gestantes que não têm o hábito de praticá-los.

Método

Este produto de material didático foi resultante de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, estruturado a partir da dissertação de mestrado intitulada “Elaboração de material educativo para a promoção de exercício físico durante a gestação”, aprovado pela Universidade Franciscana (UFN), em 2021.

A construção da cartilha foi realizada a partir da análise de um questionário on-line aplicado pelo Google Forms®, que foi respondido por 65 gestantes que não praticam atividades físicas, com 18 anos ou mais, e que residem em diferentes regiões do país. Para a aplicação do questionário foram respeitados todos os aspectos éticos em pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, nº 5.047.268 e CAAE 52447021.3.0000.5306. Todas as participantes assinaram eletronicamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados da pesquisa que

originaram a cartilha são provenientes de uma dissertação de Mestrado.

Participaram da produção da cartilha uma equipe interprofissional composta por um educador físico, uma enfermeira e uma fisioterapeuta. A construção da cartilha foi descrita em três momentos, que envolveram o planejamento, o levantamento dos conteúdos e das informações relevantes e a produção da cartilha.

Momentos de construção da cartilha

Para a construção da cartilha, seguiram-se três momentos: planejamento, levantamento de conteúdos relevantes e a produção da cartilha. Para o primeiro momento, que compreendeu o planejamento, foi realizado um questionário on-line pelo Google Forms®, direcionado às gestantes que não praticavam exercícios físicos durante o período gravídico.

O questionário continha questões que discorriam sobre os motivos de não realizarem exercícios físicos, quais exercícios acreditavam que as mulheres não poderiam praticar durante a gestação e quais os medos que possuíam ao realizá-los. Após a compilação dos dados, eles foram analisados pela aplicação da estatística descritiva simples.

A partir da análise dos dados, identificou-se a necessidade de elaborar uma cartilha que auxiliasse na prática de exercícios físicos para as gestantes. Portanto, a cartilha foi elaborada com instruções sobre o desenvolvimento de exercícios físicos que são considerados seguros para elas. As instruções de como desenvolver corretamente os exercícios e se eles causavam algum prejuízo à gestante ocorreu por meio da busca de artigos científicos.

Aliada a essas informações, utilizaram-se algumas imagens para demonstrar o modo correto de praticar os exercícios que

constituíram a cartilha. Com a intenção de a cartilha ser educativa e promover a prática de exercícios físicos, buscou-se elaborar um material de fácil acesso, sucinto, claro, atrativo e de fácil reprodução pelas gestantes. Desse modo, foram inseridas fotografias de uma gestante, a qual aceitou participar da elaboração do estudo e autorizou a divulgação de suas fotografias, demonstrando o modo correto de execução dos exercícios físicos.

No último momento, que foi a produção da cartilha, elaborou-se o layout dela, contendo 16 páginas, e foi intitulada de “Gestantes, vamos praticar exercícios físicos?”. Para tanto, foram usadas fotografias de uma gestante ensinando a prática de dez tipos de exercícios físicos, com o auxílio de um texto breve e explicativo acerca de cada um deles. A cartilha foi impressa e também será disponibilizada de modo virtual, para que possa ser compartilhada com diferentes serviços de saúde, a fim de facilitar a sua divulgação.

O layout da cartilha foi constituído por textos sucintos e com fotografias produzidas em cores, tendo o plano de fundo, como maioria, a cor branca, com escritas em preto e letras grandes. A ilustração da capa é o desenho de uma gestante. As fotografias utilizadas são de autoria dos autores do artigo e remetem à prática de exercício físico com o uso de poucos recursos e em ambiente domiciliar. A confecção das ilustrações, formatação, configuração e diagramação da cartilha foram realizadas por um professor e por estudantes do curso de Design de uma universidade privada.

O texto ao lado de cada fotografia correspondeu às posições de cada exercício, de modo a facilitar a compreensão pelas gestantes. O texto da cartilha foi construído com linguagem acessível, instruindo as gestantes sobre como realizar os exercícios.

Os conteúdos dividem-se em seis tópicos. Primeiro, a introdução da importância do exercício físico para a saúde da mãe e do bebê, embasada por estudos científicos que reafirmam a relevância dessa prática. Após, há citações de autores que corroboram a necessidade da prática de exercício físico, finalizando-se com um convite à gestante para praticá-lo.

O segundo, denominado “Entendendo o seu esforço”, orienta as gestantes quanto ao esforço físico utilizado para o desenvolvimento do exercício e explica a aplicabilidade da Escala de Borg, que expõe sobre o esforço percebido e demonstra até que momento a gestante pode ou não continuar a prática.

No terceiro tópico, tem-se as fotografias de cada tipo de exercício físico com os textos que descrevem o passo a passo de cada exercício, o que torna a gestante autônoma para o desenvolvimento da atividade. O primeiro exercício ensina como fortalecer a mobilidade de ombro, o segundo e o terceiro a mobilidade do quadril, o quarto é elevação pélvica, o quinto é a prancha inversa, o sexto panturrilha, o sétimo elevação lateral de braços, o oitavo levantamento de terra sumô, o nono abdução e adução horizontal de braços e o décimo é caminhada.

No quarto tópico, tem-se a finalização da cartilha, ensinando as gestantes a realizarem exercícios de respiração para o controle da frequência cardíaca e melhora na oxigenação do corpo. Por fim, na última parte constam as fontes, ou seja, as referências bibliográficas que constituíram o embasamento teórico do estudo, bem como a ficha técnica.

Figura 1 - Cartilha didática de exercícios físicos para gestantes.



ENTENDENDO O SEU ESFORÇO

Antes de você iniciar a prática dos exercícios aqui propostos, é importante que você entenda a Escala de Borg (Escala 1-10). Essa escala tem por objetivo avaliar o seu esforço e, portanto, sua taxa de carga durante a prática. É importante que você registre as séries recomendadas.

Após o término de cada exercício avalie seu cansaço. Se você está iniciando a prática de exercícios aqui, é importante que sua pontuação não passe de 5 na escala. Já se você praticar exercícios antes da pontuação e não apresentar nenhuma complicação, sua pontuação pode ir até, no máximo, 7.

PONTUAÇÃO	ESFORÇO PERCEBIDO
0,5 - 1,5	SEM ESFORÇO PERCIBIDO
2 - 3	MUITO FÁCIL
4 - 5	FÁCIL, MAS PERCIBÍVEL
6 - 7	ESFORÇO PERCIBÍVEL
8 - 9	ESFORÇO PERCIBÍVEL
10	MUITO FÁCIL

Fonte: Adaptado de Borg, 1982.

VAMOS COMEÇAR?

Após estes 5 minutos de aquecimento, você poderá iniciar a prática dos exercícios aqui propostos. É importante que você registre as séries recomendadas.

Após cada série de 10 segundos, você poderá fazer uma pausa de 30 segundos. É importante que você registre as séries recomendadas.

01.

MOBILIDADE DE OMBRO

A mobilidade articular é uma boa forma de preparar a articulação para os movimentos e prevenir lesões durante a prática dos exercícios físicos. Recomendamos fazer 3 séries de 10 segundos cada, com um intervalo de 30 segundos entre as séries. Lentamente de andar seu esforço para escala de Borg.

Feito um teste de mobilidade, em que se utiliza um objeto, conforme demonstrado na imagem.



02.

MOBILIDADE DE QUADRIL

Assim como os ombros, é importante preparar a articulação de quadril para os movimentos. Recomendamos fazer 3 séries de 10 segundos cada, com um intervalo de 30 segundos entre as séries. Lentamente de andar seu esforço para escala de Borg.



Com as duas pernas estendidas, movimente as pernas para a posição neutra da imagem.



Em seguida, abra as pernas até a posição neutra da imagem. Faça 3 séries de 10 segundos cada, com um intervalo de 30 segundos entre as séries. Lentamente de andar seu esforço para escala de Borg.



Em seguida, abra as pernas até a posição neutra da imagem. Faça 3 séries de 10 segundos cada, com um intervalo de 30 segundos entre as séries. Lentamente de andar seu esforço para escala de Borg.

03.

MOBILIDADE DE QUADRIL

Assim como os ombros, é importante preparar a articulação de quadril para os movimentos. Recomendamos fazer 3 séries de 10 segundos cada, com um intervalo de 30 segundos entre as séries. Lentamente de andar seu esforço para escala de Borg.



Além de mobilizar as articulações de quadril, é importante preparar a articulação de quadril para os movimentos. Recomendamos fazer 3 séries de 10 segundos cada, com um intervalo de 30 segundos entre as séries. Lentamente de andar seu esforço para escala de Borg.



Com as pernas no chão, levante os braços até a posição neutra da imagem. Faça 3 séries de 10 segundos cada, com um intervalo de 30 segundos entre as séries. Lentamente de andar seu esforço para escala de Borg.

04.

ELEVACÃO PÉLVICA

Este exercício serve para fortalecer os músculos da região pélvica, que são importantes para a sustentação dos órgãos dessa região e para a postura. Recomendamos fazer 3 séries de 10 segundos cada, com um intervalo de 30 segundos entre as séries. Lentamente de andar seu esforço para escala de Borg.

IMPORTANTE: Se você está no último trimestre de gestação, não pratique este exercício, pois pode causar complicações. Consulte seu médico antes de iniciar a prática.



Movimente as costas para a posição neutra da imagem.



Deitado no chão, com as pernas flexionadas e os pés no chão, levante a pelve até a posição neutra da imagem. Faça 3 séries de 10 segundos cada, com um intervalo de 30 segundos entre as séries. Lentamente de andar seu esforço para escala de Borg.

05.

PIRANHA INVERSA

Este é um exercício de fortalecimento do core (abdômen e região lombar). Recomendamos fazer 3 séries de 10 segundos cada, com um intervalo de 30 segundos entre as séries. Lentamente de andar seu esforço para escala de Borg.

IMPORTANTE: Se você está no último trimestre de gestação, não pratique este exercício, pois pode causar complicações. Consulte seu médico antes de iniciar a prática.



No posição piranha, com as pernas flexionadas e os pés no chão, levante a pelve até a posição neutra da imagem. Faça 3 séries de 10 segundos cada, com um intervalo de 30 segundos entre as séries. Lentamente de andar seu esforço para escala de Borg.

06

PANTURILHA

Esse é um excelente exercício que ajuda muito no retorno venoso (sangue que retorna para o coração). Realize 3 séries locais de 10 repetições cada e descanse por 60 segundos entre as séries. Lentamente vá subindo ao estrado para acabar de Borg.

Com as mãos apoiadas em uma parede, para garantir mais segurança, mantenha os cotovelos retos, com os pulsos apoiados no chão.



Lentamente vá subindo ao estrado até ficar no ponto dos pulsos e mantenha esta posição inicial (da primeira imagem).

07

ELEVACÃO LATERAL DE BRAÇOS

Esse exercício serve para fortalecer os músculos dos ombros e melhorar a circulação. Realize 3 séries locais de 10 repetições cada e descanse por 60 segundos entre as séries. Lentamente vá subindo ao estrado de Borg.

Com as pernas levemente afastadas e os braços ao lado do corpo, segure pesos iguais nas mãos. Ex.: pesos de 1kg de água.



Esse movimento se faz sempre ao mesmo tempo.



Até que os dois pulsos se encontrem no ponto mais alto acima da cabeça. Depois retorne para a posição inicial.

09

ABDUÇÃO E ADUÇÃO HORIZONTAL DE BRAÇOS

Esse exercício serve para fortalecer a cintura escapular (a parte superior dos ombros). Realize 3 séries locais de 10 repetições cada e descanse por 60 segundos entre as séries. Ex.: 2 pesos iguais em 1kg de água. Lentamente vá subindo ao estrado para acabar de Borg.



Aperte até onde conseguir manter a coluna reta e sem ter os calcantões do chão.



Quanto mais descer com a posição correta, melhor serão os benefícios de fortalecimento.



08

LEVANTAMENTO TERRA SUMO

Esse é um dos exercícios essenciais para fortalecer a coxa como um todo. Realize 3 séries locais de 10 repetições cada e descanse por 60 segundos entre as séries. Lentamente vá subindo ao estrado de Borg.

IMPORTANTE: Se você está no último trimestre de gestação deve cuidar para agachar com as pernas afastadas para fora (como nas imagens) para que não haja aumento do pressão abdominal.



Posicione-se com os pés afastados para fora, ombros para trás e peito para frente, mantendo uma postura ereta.



Nessa posição, segure um peso com as duas mãos à frente do corpo (1kg de água). Ex.: 1kg de água.

10

CAMINHADA

A caminhada é um excelente exercício, mas durante a gestação é recomendado que tenha duração máxima de 25 minutos, com intensidade moderada (permanência 5 no escala de Borg).

IMPORTANTE: Se você apresenta hipertensão, consulte antes com o médico.

PARA FINALIZAR

Após realizar os exercícios é importante que você relaxe. Então, sugere-se que você faça um intervalo de respiração, três minutos de 4 respirações profundas (inspiração e expiração) e realizar a relaxação do corpo. Realize 3 séries locais de 10 repetições cada e descanse por 60 segundos entre as séries.



Respire (puxe o ar profundamente para dentro e expire) e relaxe o corpo e a mente.

Posicione-se com as pernas levemente afastadas e os braços estendidos à frente do corpo, como se fosse um triângulo, apoiando-se nos pulsos em cada mão (1kg em cada mão).



Até os braços totalmente estendidos, deixando os pulsos ao mesmo tempo e mantendo a posição dos ombros.



Até os braços à mesma que corrigir e relaxar para a posição inicial.

FONTES

BORG, E.; BORG, G. Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period: ACOG Committee Opinion, Number 804. *Obstetrics and gynecology*, v. 135, n. 4, p. e178–e188, 1 abr. 2020.

EDINA MARIA DE CAMARGO; ÁÑEZ, C. R. R. *Diretrizes da OMS para atividade física e comportamento sedentário: num piscar de olhos* Group Psychotherapy for Students and Teachers (RLE: Group Therapy). [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337001/9789240104886-por.pdf?>>. Acesso em: 23 dez. 2021.

MEHER, S.; DULEY, L. Exercise or other physical activity for preventing preeclampsia and its complications. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 19 abr. 2006.

PIPER, T. J. et al. *Core training exercise selection during pregnancy* Strength and Conditioning Journal, fev. 2012. Disponível em: <https://journals.lww.com/hscascj/Fulltext/2012/02000/Core_Training_Exercise_Selection_During_Pregnancy.9.aspx>. Acesso em: 21 fev. 2022

Cartilha Didática de Exercícios Físicos para Gestantes **Gestante, vamos praticar exercícios físicos?**

Lucas Rodrigues Ruas

Orientadora - Profa. Dra. Kelly Laís Siepmann Soccol
Coorientadora – Profa. Dra. Nadiesca Taisa Filippin

Universidade Franciscana - UFN
Programa de Pós-graduação
Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil

Principais resultados alcançados e discussão

A escolha das informações e dos exercícios para a constituição da cartilha surgiu a partir das respostas das gestantes que foram extraídas do questionário. Os dados evidenciaram que as gestantes não têm o hábito da prática de exercícios físicos, não têm tempo para ir à academia, possuem medo de ter aborto durante a prática e não os praticam devido a sintomas como enjoo, sono e fadiga.

Além da importância de informar sobre os benefícios da prática de exercícios físicos regularmente, é necessário identificar os motivos que levam as gestantes a não praticarem, pois isso permite conhecer os motivos e intervir sobre eles (BATISTA; ALBUQUERQUE; FREITAS NETA, 2019). Nesse sentido, o questionário apontou que um dos motivos de as gestantes não praticarem exercícios físicos é o medo de aborto. Diante disso, a cartilha teve como um de seus objetivos mostrar que a prática de exercícios físicos é segura durante a gestação. O

exercício físico não provoca ruptura da bolsa, nem induz ao trabalho de parto, bem como não aumenta o risco de aborto e de mortalidade ao bebê (BRASIL, 2021).

Outro motivo é a falta de tempo para atividade física, por isso a cartilha ensina alguns exercícios físicos que podem ser realizados em casa, o que fornece a possibilidade de as gestantes despertarem interesse em praticá-los. As gestantes devem ser encorajadas a realizar exercícios físicos (SOARES *et al.*, 2017) por todos os profissionais que as assistem, inclusive durante a consulta de pré-natal realizada por médicos e enfermeiros e demais profissionais da saúde.

De acordo com um estudo, as gestantes deveriam ter um programa de exercício adaptado por um educador físico qualificado, que tenha conhecimento, formação e experiência para entender as necessidades fisiológicas e o risco associado à gestante praticante do exercício (SOARES *et al.*, 2017). Contudo, as disparidades sociais não contribuem para que todas as gestantes sejam assistidas por um educador físico.

Na maioria das vezes, os profissionais da saúde, devido ao contato mais próximo durante o pré-natal, são aqueles que fazem as orientações e que desenvolvem ações de promoção da saúde para incentivar essa prática. É importante destacar que a cartilha não tem a finalidade de substituir as orientações que são realizadas pelos profissionais, mas sim de servir como um dispositivo que auxilia e ajuda no processo de educação em saúde (SILVA; REIS, 2021).

Diante da necessidade de um cuidado integral às gestantes, a cartilha foi elaborada a partir da perspectiva da interprofissionalidade, que contou com o olhar de um educador físico, de uma fisioterapeuta e de uma enfermeira. Trabalhar de modo interprofissional fornece segurança ao paciente, qualifica a atenção e favorece a resolutividade das práticas. Ademais,

contribui de modo significativo para a gestão do trabalho e da educação na saúde (CECCIM, 2018).

Desse modo, a cartilha foi construída pensando na possibilidade de ser divulgada pelos profissionais das áreas de educação e saúde. As tecnologias educativas precisam fazer parte da prática dos profissionais, pois são ferramentas que contribuem favoravelmente para o desenvolvimento de estratégias de educação em saúde (MENDES *et al.*, 2021).

No que se refere aos exercícios físicos, as gestantes têm a percepção de que não podem ser realizados os seguintes exercícios: corrida, levantamento de peso, musculação, hidroginástica, bem como não podem pular corda, saltar, fazer abdominal, subir e descer escadas. Percebe-se que muitas gestantes não têm conhecimento sobre quais exercícios podem praticar, o que aponta para a necessidade de desmistificar que a prática desses exercícios cause prejuízos à gestação. Diante desse resultado, a cartilha promove a prática de alguns exercícios de intensidade leve, que não gerem medo às gestantes e que podem ser praticados sem receio.

A cartilha demonstra, por meio de fotografias e textos, os exercícios que fortalecem ombros, braços, quadril, assoalho pélvico, pernas e panturrilha, nos quais podem ser utilizados objetos que as pessoas normalmente possuem em casa, como toalhas, embalagens com alimentos com peso de um quilograma, bolas, cabo de vassoura, tapetes, entre outros. Assim, a cartilha leva em consideração as diferenças sociais e possibilita às gestantes praticar em casa, principalmente aquelas que não possuem tempo para ir à academia, têm dificuldade de acesso ao fisioterapeuta ou dificuldades frente às restrições sociais decorrentes da pandemia da Covid-19. É, portanto, uma possibilidade de cuidado diante da necessidade de restrição social (AQUINO *et al.*, 2020).

O uso de tecnologias educativas precisa estar direcionado para atender às necessidades do público-alvo e estimular o interesse dos leitores. É imprescindível que as cartilhas educativas tenham um design inovador, pois isso desperta a atenção e enaltece o conhecimento e a promoção do autocuidado (MOURA *et al.*, 2017).

Considerações finais

A construção da cartilha pautada sob a ótica da interprofissionalidade é uma estratégia para a promoção de exercícios físicos pelas gestantes que poderá ser aplicada de acordo com o cotidiano delas. Espera-se, portanto, que a cartilha desenvolvida seja utilizada pelos profissionais da educação e da saúde, a fim de impulsionar essa prática e assegurar os efeitos benéficos para o binômio mãe-bebê.

A cartilha possibilita acessar de modo indireto as gestantes, estimulando a promoção do exercício físico, com poucos recursos para a prática, podendo ser realizado em qualquer momento do dia, o que favorece aquelas gestantes que não possuem tempo de praticar em outros espaços e horários. Esse produto tecnológico educativo de fácil acesso e compreensão impulsiona a promoção da saúde, sem ter um profissional presente no momento da prática, e ainda estimula o autocuidado das gestantes. Diante disso, é uma possibilidade de estratégia para adoção de exercícios físicos pelas gestantes.

Ademais, a cartilha fornece orientações de profissionais de saúde aptos a desenvolver esse cuidado, assim minimizam-se os riscos à saúde do binômio mãe-bebê devido ao esforço intenso e à má prática decorrente da falta de orientações. Ainda, por se tratar de um produto de fácil compreensão e por ter sido elaborado por uma equipe interprofissional, pode ser utilizado pelos diferentes profissionais que assistem às gestantes nos mais

variados serviços de educação e saúde. Desse modo, é um instrumento de cuidado e de promoção da saúde elaborado a partir do compartilhamento de diferentes saberes e em prol de possibilidades e de benefícios para as gestantes e para o bebê.

Referências

AQUINO, A. M. C. *et al.* Construção de cartilha virtual para o cuidado em saúde mental em tempos de COVID-19: relato de experiência. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1 esp, 2020.

BATISTA SANTOS, A. L.; ALBUQUERQUE GURGEL, L.; FREITAS NETA, A. M. de. Exercícios físicos durante a gestação: motivos da não adesão. **Educación Física y Ciencia**, v. 21, n. 3, e096, 2019.

BRASIL. **Guia de atividade física para a população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021 Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf Acesso em: 22 jul. 2022.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. supl. 2, p. 1739-1749, 2018.

GODOY-MIRANDA, A.C. *et al.* O desafio de adquirir hábitos saudáveis durante a gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 41, n. 08, p. 469-475, 2019.

GOMES E SILVA, C. S. *et al.* Validação de cartilha sobre cateterização intravenosa periférica para famílias. **Avances em Enfermería**, v. 38, n. 1, p. 28-36, 2020.

MENDES, E. R. R. *et al.* Tecnologias para a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil: ensaio clínico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, eAPE03232, 2021.

MOURA, D. J. M.; MOURA, N. S.; MENEZES, L. C. G.; BARROS, A. A.; GUEDES, M. V. V. Construção de cartilha sobre insulino terapia para crianças com diabetes mellitus tipo 1. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 1 p. 7-14, 2017.

NOGUEIRA, L. F.; SANTOS, F. P dos. Benefícios do exercício físico para gestantes nos aspectos fisiológicos e funcionais. **Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa**, v. 28, n. 54, p. 11-20, 2018.

SILVA, E. M.; REIS, D. A. Construção de uma cartilha educativa para familiares cuidadores sobre cuidado domiciliar ao idoso dependente Amazônico. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 4, p. 718-26, 2021.

SILVA, V. R.; BOING, A. F. Prevalence of physical activity and associated factors among pregnant women: a cross-sectional population-based study in outhern Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, n. 03, p. 925-934, 2021.

SOARES, D. S. C. *et al.* Atividade física na gestação: uma revisão integrativa. **Revista Científica Perspectiva: Ciência e Saúde**, v. 2, n. 2, p. 71-84, 2017.

FLUXOGRAMA ANALISADOR DO ATENDIMENTO EM REDE DE GESTANTES USUÁRIAS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Bethânia Kraemer Haag

Helena Moro Stochero

Keity Laís Siepmann Soccol

Sandra Cristina Pillon

Leila Mariza Hildebrandt

Mara Regina Caino Teixeira Marchiori

Introdução

A complexidade do processo de gestar desencadeia na mulher um misto de sentimentos responsável por mudanças significativas na sua vida. As mudanças abrangem transformações físicas, psicológicas, comportamentais, além de reorganizarem conceitos, ambientes, modo de visualização da vida, reconhecimento do novo, entre tantas outras transformações, como fatores psicossociais e vulnerabilidade social. Um indicador de saúde que vem se destacando na última década é o aumento do consumo de substâncias psicoativas no sexo feminino durante a gestação (FERREIRA, ELIAS; CORRÊA, 2018; SILVEIRA; FLECK, 2017).

As substâncias psicoativas, dentre outras tantas consequências negativas ao organismo humano, podem atravessar a barreira transplacentária e atingir o bebê antes mesmo de serem metabolizadas pelo organismo da mãe, fazendo com que realizem sua ação diretamente na vascularização fetal. São consequências do uso de substâncias psicoativas: deslocamento prematuro de placenta; baixo peso ao nascer; má-

formações congênitas; sangramentos; problemas de cunho respiratório, circulação e neurológico; aborto espontâneo; e infecções no geral (PETERS *et al.*, 2020).

Nesse sentido, as tecnologias sociais compreendem a utilização de procedimentos que são desenvolvidos através da interação com a comunidade e que geram efetivas soluções de inclusão e transformação social. Considera-se como tecnologia social todo e qualquer produto, método, processo e/ou técnica criada para solucionar problemas e demandas sociais. Se faz necessário que esses processos sejam de baixo custo, fácil acessibilidade, aplicabilidade e que tenham impacto social (SILVA *et al.*, 2020).

Um exemplo de tecnologia social é uma ferramenta proposta por Merhy (1997), denominada fluxograma analisador. Essa ferramenta se refere à produção de significados que implicam em outros significados, gerando um olhar de processos dinâmicos e complexos do cotidiano, que podem ser descritos em forma de relato. O fluxograma tem a finalidade de mapear fluxos, processos de trabalho e reorganizar sistemas, sendo exposto por meio de uma representação gráfica.

Conforme relatam Barboza e Fracoli, (2005), o fluxograma analisador faz perguntas do tipo “para que?”, “que” e “como” dos processos de trabalho. Algumas atribuições dessa ferramenta são: revelar os processos de trabalho; identificar as fragilidades e potencialidades; contribuir com o planejamento e reorganização dos serviços; analisar o modelo de trabalho exercido por equipes e serviços; e servir como informações e orientação. Possui, também, o objetivo de disparar ações coletivas dos membros da equipe sobre gestão, fazendo com que os integrantes realizem intervenções (assistenciais ou administrativas) necessárias para novas organizações.

Para sua apresentação, é possível a utilização de símbolos (retângulos, triângulos, círculos...) sistematizados em forma de

diagrama, sendo para cada símbolo atribuído um significado específico. O disparador inicial e determinante de um fluxograma é o usuário para o qual esse produto está sendo realizado, exemplifica-se com um problema de rede de cuidado e encaminhamentos de gestantes usuárias de substâncias psicoativas: o usuário constata-se como a gestante e os problemas visualizados formam o fluxo em símbolos (REIS; SCHERLOWSKI, 2010).

O trabalho em rede das instituições de saúde assemelha-se com o propósito do fluxograma: incentivar o trabalho em equipe e não só transformar o problema em solução, mas atribuir responsabilidades e construir um compromisso coletivo dos profissionais. Potencialidades, fragilidades e estratégias necessitam ser observadas cotidianamente e recriadas para constantes modificações de qualidade nos serviços de saúde. Nesse âmbito, os Mestrados Profissionais favorecem estas práticas que, por vezes, não são prioridade dos setores (VARELA *et al.*, 2016).

Sendo assim, objetiva-se com este trabalho a elaboração de uma tecnologia social em forma de fluxograma analisador para a organização do atendimento em rede de gestantes usuárias de substâncias psicoativas.

Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, exploratória e de caráter descritivo, integrando a dissertação de mestrado, aprovado pela Universidade Franciscana (UFN) no de ano de 2021. A pesquisa exploratória pode proporcionar maior familiaridade com o problema em sua forma de abordagem. Envolve levantamentos bibliográficos e entrevistas com pessoas mais próximas e experientes à problemática. Já o estudo descritivo caracteriza-se como uma busca das

particularidades de um determinado problema/população (GIL, 2010). A pesquisa qualitativa, por sua vez, observa e relata a complexidade das atividades humanas sobre determinado fenômeno (MINAYO, 2014).

O estudo aborda o processo de elaboração de uma tecnologia social em forma de fluxograma. Essa tecnologia foi desenvolvida em forma de folder explicativo acerca do cuidado com gestantes usuárias de substâncias psicoativas, com a finalidade de fornecer informações aos profissionais de saúde sobre o atendimento em rede dessas usuárias.

A população do estudo foi constituída por dez enfermeiros, dois psicólogos, dois assistentes sociais e um agente comunitário, todos atuantes de instituições de saúde do município, totalizando 15 contribuintes da pesquisa. O acompanhamento com esses profissionais ocorreu nos meses de abril a outubro de 2020, em um município de pequeno porte do interior do Rio Grande do Sul.

Para construção do fluxograma e folder explicativo, a coleta de dados foi realizada por meio de duas distintas formas de abordagem. A primeira, por meio de um formulário eletrônico/online construído pela autora da pesquisa com embasamentos em questões problemáticas. E a segunda, por meio de entrevistas semiestruturadas com a participação profissional para a construção do produto tecnológico.

Posteriormente, após a coleta de dados, houve uma avaliação do material coletado e explanação com as participantes da pesquisa acerca das variáveis encontradas. Com o propósito de construção em grupo/rede, foram realizadas duas reuniões on-line, através de uma plataforma que oferta recursos de áudio e vídeo, justificadas pela pandemia do novo coronavírus (Covid-19), que impossibilitou encontros presenciais.

Através dos encontros mediados pela autora da pesquisa, foi elaborado, em rede, um fluxograma analisador do

atendimento em rede de gestantes usuárias de substâncias psicoativas. Essa tecnologia social foi distribuída posteriormente nas unidades de saúde de um município de pequeno porte do interior do Rio Grande do Sul (RS), nos meses de dezembro de 2020 a março de 2021. O município em questão fica localizado no estado do RS e, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018), apresenta uma população estimada de 23.690 habitantes.

As unidades de saúde que compõem esse município são: CAPS AD; Hospital de Baixa/Média complexidade; Estratégia e Saúde da Família; Unidade Básica de Saúde; Ambulatório; Posto de Saúde; Unidade de Assistência Social Feminina; APAE; e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Para subsidiar a construção dessa tecnologia social, foi realizada uma pesquisa de campo com sete profissionais atuantes na assistência às gestantes usuárias de substâncias psicoativas, são eles: Enfermeiras; Assistente Sociais; Conselheiros Tutelares, Psicólogos; e Agente Comunitário de Saúde.

O produto foi elaborado com base em livros, artigos científicos sobre a temática disponibilizados on-line na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e na opinião dos profissionais participantes da pesquisa. Para a distribuição dessa tecnologia, foi solicitado autorização do dirigente da Secretária de Saúde do município, respeitando os preceitos éticos.

Resultados e discussão

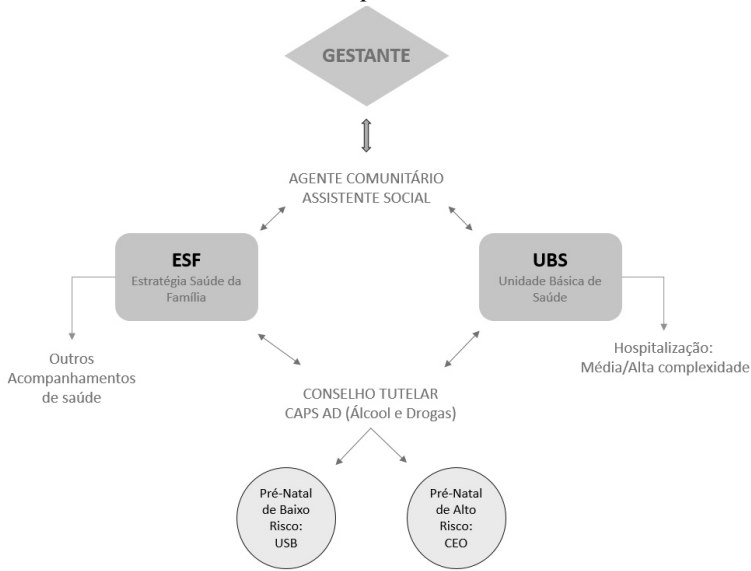
Atualmente, nos serviços de saúde do município abordado no estudo, os registros das gestantes usuárias de substâncias psicoativas são realizados através de uma plataforma virtual de comunicação, mas que não permite que seus registros sejam gravados, como: tempo de acompanhamento; gestação; pré-natal; morbidades, entre outros. Portanto, nota-se a inexistência

de um documento/espço que contribua no entendimento de acolhimento e encaminhamento dessas usuárias (FRANÇA; RABELLO; MAGNAGO, 2019).

Diante dessa problemática e com buscas em melhorias aos serviços de saúde, pensou-se inicialmente em um processo de compreensão e sensibilização das demandas desses profissionais. Essa compreensão dos serviços deu-se por meio de entrevistas presenciais e on-line previamente acordadas com a pesquisadora e o profissional de saúde. Através de seus relatos, contribuições, solicitações, criou-se, juntamente com os mesmos, um fluxograma de atendimento às gestantes usuárias de substâncias psicoativas (SILVA *et al.*, 2020).

Abaixo, representado como Figura 1, demonstra-se o fluxograma realizado:

Figura 1 - Fluxograma de atendimento a gestantes usuárias de substâncias psicoativas.



Um fluxograma é visto como uma representação gráfica de um procedimento, problema ou sistema cujas etapas dessa problemática são módulos ilustrados por meio de símbolos geométricos interconectados. Pode ser representado, também, através de um gráfico que ilustra informações entre os elementos que compõem. O seguimento operacional do desenvolvimento de processo pode ser demonstrado em fluxograma através de: trabalho que está sendo realizado; interligação entre os elementos; explicação dos elementos; desenvolvimento; e orientações de fluxo (SALVI *et al.*, 2020).

Desse modo, o fluxograma acima demonstra o caminho percorrido por uma gestante usuária de substâncias psicoativas. As setas, com orientações de ir e vir, demonstram que esse caminho pode ser percorrido tanto em fluxo contínuo quanto repetitivo. Ou seja, uma gestante que for captada por um agente comunitário, sendo encaminhada para uma UBS e reencaminhada para o CAPS AD, pode necessitar, posterior ao cuidado realizado, retornar à UBS para prosseguir cuidado. Além disso, uma gestante usuária de substâncias psicoativas pode ser encontrada em qualquer unidade de saúde que prefira ir como primeira referência. O fluxograma contempla todos os ambientes encontrados no município do estudo com a finalidade de informar ao profissional de saúde as possibilidades de encaminhamento onde estiver atuando (SANTOS, 2019).

Os agentes comunitários de saúde (ACS) são responsáveis por atuarem com promoção e prevenção de saúde, uma de suas atribuições é o mapeamento de comunidades para desenvolver estratégias intervencionistas voltadas à população local que faça parte de seu regimento. Esses profissionais atuam juntamente com as unidades básicas de saúde, encaminhando as necessidades e obtendo apoio dos profissionais de saúde. Necessitam estarem capacitados e aptos para o conhecimento da população local, principais demandas da comunidade e, por

isso, se fazem de extrema importância no encontro de gestantes usuárias de substâncias psicoativas que ainda não procuraram atendimento de saúde (MACHADO; RODACOSKI; CALDARELLI, 2019).

Já os assistentes sociais trabalham diretamente com a população, atuando com situações de vulnerabilidades sociais, problemas sociais, situações de rua, uso de substâncias, situações de abandono, violação de direitos humanos, entre outras situações. Também se fazem importante no trabalho de captação dessas usuárias, uma vez que estão mais próximos de situações com população vulnerável (SOUZA; ARAÚJO, 2019).

As Estratégias e Saúde da Família (ESF) visam o cuidado da atenção básica no país, segundo o Ministério da Saúde. Esses ambientes de saúde atuam diretamente com a prevenção, promoção e assistência à população, sendo de fundamental importância a presença de uma equipe multiprofissional, são eles: médico generalista ou especialista em saúde da família, médico da família e comunidade; enfermeiros generalistas ou especialistas em saúde da família; técnicos de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Pode-se acrescentar os profissionais de saúde bucal, como cirurgiões-dentistas ou técnicos em saúde bucal (BRASIL, 2012).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS), por sua vez, possuem o objetivo de promover, evitar agravos de forma preventiva, fornecendo tratamento, reabilitação e redução de danos. As UBS são o contato preferencial dos usuários, vistas como porta de entrada para a Rede de Atenção à Saúde. Essas unidades de saúde são instaladas de formas estratégicas, sendo localizadas em locais acessíveis à população (seja ela urbana ou rural). Os principais serviços ofertados e gratuitos são os serviços de pediatria, ginecologia, clínica geral, enfermagem e odontologia. Outros procedimentos também são realizados por esse grupo de profissionais, como: consultas médicas; inalações;

administração de medicamentos; curativos; vacina; pré-natal; coleta de exames laboratoriais; tratamento odontológico e encaminhamentos para outras especialidades (BRASIL, 2012).

Não menos importante, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), mais especificamente o CAPS AD (álcool e drogas), são um serviço especializado em saúde mental que atende pessoas com problemas decorrentes do uso ao abuso de álcool e outras drogas, abrangendo diferentes níveis de cuidados. O CAPS, por sua vez, exerce uma função fundamental ao acolhimento a esse grupo, sendo realizados planos terapêuticos individuais, acolhimento em grupo, fornecimento de atividades para estímulo de vínculo e melhora de convívio, entre outras atividades. Entretanto, muitas vezes, esse setor é visto como órgão resolutivo e não órgão apoiador de outras instituições de saúde, o que gera uma sobrecarga de demanda para os profissionais (FARIA; SCHNEIDER, 2019).

Os conselheiros tutelares, por fim, possuem a atribuição de garantir os direitos da população de até 17 anos, o que é essencial na conduta de acompanhamento às gestantes, uma vez que esse problema social atinge grande parcela de mulheres jovens em fase pré-adolescente e adolescente (MENANDRO; GARCIA; ULIANA, 2019).

O fluxograma também demonstra que esse cuidado deve ser exercido em rede, todos os componentes atuantes nessa demanda precisam estar cientes de suas atribuições e limitações. É essencial que exista uma comunicação entre os profissionais que estão à frente das instituições de saúde mencionadas para que exista um trabalho íntegro e eficaz. Como já relatado anteriormente, as direções duplas das setas indicam que a usuária poderá ir e vir aos setores de saúde conforme sua demanda/necessidade, mas para que isso ocorra necessita-se que as instituições estejam interligadas com cuidado em rede (NASCIMENTO; MARQUES, 2019).

É importante ressaltar que para a elaboração deste material foi apresentado em um folder explicativo, no qual foi inserido o fluxograma previamente construído. Para se chegar em consenso, deve-se respeitar as normas e rotinas já estabelecidas nas instituições de saúde do município, compreender as demandas sociais e profissionais, visualizar em forma de diagnóstico as particularidades dos setores e tomar de comum as intervenções e resultados obtidos.

Figura 2 - Tecnologia Social: Fluxograma analisador da rede de cuidado de gestantes usuárias de substâncias psicoativas.



Considerações finais

Conclui-se que as tecnologias sociais são metodologias transformadoras que são desenvolvidas e/ou aplicadas na interação da população ou grupo atribuído. As tecnologias sociais implicam em melhoria na qualidade dos serviços prestados e qualidade de vida dos usuários com transformações sociais, sustentabilidade socioeconômica e socioambiental, inovação, organização, acessibilidade, sistematização entre outros. Além disso, o processo participativo de planejamentos, acompanhamentos e avaliações dessas tecnologias contribuem positivamente para a união e trabalho da equipe multidisciplinar.

Não se pretende com este trabalho sanar todas as possibilidades de encaminhamentos que devem ser realizados pelas instituições de saúde do município, mas contribuir com a organização do fluxo de atendimento em rede com dados informativos e ilustrativos. Propõe-se novos estudos acerca de produtos tecnológicos de cunho social para que se prossiga no investimento da rede como coordenadora do cuidado e de melhoria de qualidade de vida das gestantes usuárias de substâncias psicoativas.

Referências

BARBOZA, T. A. V; FRACOLLI, L. A. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1036-1044, jul./ago. 2005.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

FARIA, G. J.; SCHNEIDER, R. D. Relações entre racionalidade conservadora e pauperização do cuidado em CAPSad: um estudo de caso. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 11, n. 28, p. 1-25, 2019.

FERREIRA, M. R.; ELIAS, M. J. F.; CORRÊA, M. A. A. Das representações mentais na gestação as frustrações pós-parto: um campo para a psicanálise. **Revista Saúde e Meio Ambiente**, v. 7, n. 2, p. 10-18, 2018.

FRANÇA, T.; RABELLO, T. E.; MAGNAGO, C. As mídias e as plataformas digitais no campo da Educação Permanente em Saúde: debates e propostas. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 106-115, 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo demográfico**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

MACHADO, F. L. de; RODACOSKI, C. G.; CALDARELLI, G. Capacitação de agentes comunitários de saúde para abordagem de pacientes usuários de drogas na perspectiva da redução de danos. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 2, p. 100-112, 2019.

MENANDRO, T. M.; GARCIA, T. M. L.; ULIANA, S. S. R. A perda da guarda de filhos: a voz das mulheres, mães e usuárias de drogas. **Psicologia & Sociedade**, v. 31, 2019.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. T. (orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MINAYO, S. C. M. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1103-1112, 2014.

NASCIMENTO, Z. D.; MARQUES, M. Saúde mental e as práticas multidisciplinares: avanços, desafios, e novas perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 3597-3597, 2019.

PETERS, A. A. *et al.* Gestantes em uso de substâncias psicoativas atendidas por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde. **SMAD Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 16, n. 2, p. 66-74, 2020.

REIS, V. M.; SCHERLOWSKI, M. H. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 118-125, jan./mar. 2010.

SALVI, F. S. E. *et al.* Superlotação na aps: Elaboração e implantação de um fluxograma. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc Xanxerê**, v. 5, p. e24152-e24152, 2020.

SANTOS, S. L. **Uma vivência de atenção a gestantes usuárias de álcool e outras drogas: relato de experiência.** 2019. 33f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção a Usuários de Drogas no SUS) – Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

SILVA, S. B. V. *et al.* Construção coletiva de um fluxograma para acompanhamento das gestantes com sífilis no município de São José-SC. **Cogitare enferm**, p. e65361-e65361, 2020.

SILVEIRA, J. C.; FLECK, C. F. **Forte como... uma mulher:** uma análise dos desafios enfrentados pelas mulheres no mercado de trabalho. 2017. 19f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração) - Unipampa, Santana do Livramento, 2017.

SOUSA, P. C. M.; ARAÚJO, C. M. O trabalho do/a assistente social com usuários de álcool e drogas no CAPS AD. *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS*, 2019. **Anais...**

VARELA, S. S. D. *et al.* Rede de saúde no atendimento ao usuário de álcool, crack e outras drogas. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 296-302, 2016.

PROTOCOLO CLÍNICO PARA MANEJO DAS EXACERBAÇÕES DE ASMA EM PRONTO ATENDIMENTO PEDIÁTRICO APÓS O INÍCIO DA PANDEMIA DA COVID-19

**Letícia Hadlich Corrêa de Barros
Patrícia Pasquali Dotto**

Introdução

A asma é uma doença heterogênea caracterizada pela inflamação crônica das vias aéreas. Pode ser definida pela presença de sibilância, dispneia, tosse e/ou opressão torácica recorrentes e associadas à limitação variável do fluxo aéreo, espontaneamente ou após uso de broncodilatador. Os sintomas geralmente pioram a noite ou de manhã cedo, variam em frequência e intensidade e podem ser desencadeados por fatores como: infecções virais, exercícios, exposição a alérgenos ou irritantes, mudança climática, entre outros.

Na infância, a presença de história pessoal (rinite alérgica e/ou eczema) ou familiar (pai ou mãe asmáticos) de atopia aumenta a probabilidade de que os sintomas respiratórios descritos acima sejam causados por asma, porém, a história de atopia não é somente característica da asma e não está presente em todos os fenótipos da doença.

As exacerbações são caracterizadas por uma piora aguda ou subaguda dos sintomas e da função pulmonar em relação ao estado basal do paciente. A exacerbação pode ocorrer num paciente com diagnóstico prévio de asma ou ser a primeira manifestação da doença. Pode ocorrer em resposta a um agente

externo (por exemplo, fumaça ou infecções virais) ou ocorrer devido à baixa aderência ao tratamento de manutenção com corticoides inalatórios (GINA, 2021).

São fatores de risco para morte por asma, segundo o *Global Initiative for Asthma* (GINA): história de episódio prévio de asma quase fatal requerendo intubação traqueal e ventilação mecânica; história de internação ou visita ao departamento de emergência por exacerbação de asma no último ano; uso recente de corticoides orais; uso de mais de 200 doses (1 frasco) de salbutamol (ou equivalente) por mês; má adesão ao tratamento com corticoides inalatórios; problemas psicossociais ou psiquiátricos; falta de/não aderência a um plano de ação por escrito para exacerbações; e alergia alimentar em paciente asmático (GINA, 2021).

Após o início da pandemia causada pela Covid-19 em 2020, os órgãos responsáveis e as principais diretrizes sobre manejo da doença atualizaram algumas orientações, principalmente no que diz respeito ao uso do nebulizador a jato como forma de administração de medicações inalatórias. Devido ao potencial risco de dispersão de partículas virais através de aerossóis durante a nebulização, a orientação atual é dar preferência o uso do inalador pressurizado dosimetrado (IPD) acoplado ao espaçador, inclusive para administração de broncodilatadores no tratamento de exacerbações de asma (GINA, 2021; SBP, 2020; ABRAMS; SZEFLER, 2020).

Enfatiza-se o fato de que, em pediatria, a técnica adequada de uso do IPD é fundamental para que ocorra melhor deposição pulmonar da medicação inalatória e, com isso, maior eficácia no tratamento. De acordo com a idade do paciente, a técnica pode variar. Com base nas considerações acima, evidencia-se a importância de orientar profissionais de saúde, pais e pacientes a respeito do uso correto dos dispositivos inalatórios.

A partir da realização da pesquisa para identificar o conhecimento dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento de exacerbações de asma na população pediátrica, assim como avaliar o impacto da pandemia na modificação da forma de administração das medicações inalatórias, considerou-se pertinente a elaboração de um protocolo sobre exacerbações de asma em pediatria após o início da pandemia da Covid-19, a ser implementado em pronto-atendimento pediátrico de um município no interior do Rio Grande do Sul (RS).

Objetivo

Descrever um protocolo que visa orientar os profissionais de saúde quanto às condutas nas exacerbações de asma em pediatria após o início da pandemia da Covid-19.

Metodologia

O protocolo desenvolvido visa orientar os profissionais de saúde quanto às condutas nas exacerbações de asma em pediatria. As questões norteadoras para a elaboração do protocolo foram: 1) as condutas para tratamento de exacerbações de asma, principalmente quando a técnica de aplicação das medicações inalatórias em pediatria, são distintas conforme o local de atendimento dos pacientes?; e 2) existe necessidade de padronização de condutas clínicas para melhor atendimento e benefício do paciente?

O conteúdo do protocolo foi criado após ampla revisão da literatura, incluindo artigos publicados e os principais consensos e diretrizes sobre o assunto. O pesquisador responsável pela escrita é especialista na área em questão e o texto foi desenvolvido baseando-se em protocolo prévio, construído para

outra instituição pública, aprovado e validado por ela, da mesma autoria (BELUCIK; BARROS; PRETTO, 2020).

Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica incluindo busca em inglês no Medline por artigos relevantes ao tema, usando as palavras-chave em inglês: “asthma”, “Covid-19”, “metered dose inhalers”, “nebulizers”, “emergency treatment” e “children”. Além disso, foram revisadas as publicações dos últimos dois anos sobre asma e Covid-19 da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia (ASBAI), da última atualização do documento da “*Global Initiative for Asthma*” (GINA) e do “*British Guideline on the Management of Asthma*” da “*British Thoracic Society*”.

O diagnóstico, classificação, diagnóstico diferencial e tratamento foram escritos com base no documento do GINA e em livro texto de pneumologia pediátrica (MUCHÃO; FILHO, 2018). Os critérios de inclusão foram definidos com base na idade máxima para atendimento pediátrico nos pronto-atendimentos aos quais o protocolo é direcionado. Foram excluídos os pacientes com idade inferior a um ano e, também, aqueles menores de dois anos de idade apresentando o primeiro episódio de sibilância associado a febre e/ou outros sintomas sugestivos de infecção viral, por ser a sibilância desencadeada por vírus um diagnóstico diferencial frequente nesses casos.

Resultados e discussão

Descreve-se, a seguir, o conteúdo do protocolo elaborado no presente estudo.

Classificação por CID10

Nesse item, estão apresentadas a classificação por CID. Consideramos importante por tratar-se de um protocolo clínico sobre manejo de determinada patologia.

- J45 – Asma;
- J45.0 – Asma predominantemente alérgica;
- J45.8 – Asma mista;
- J45.9 – Asma não especificada;
- J46 – Estado de mal asmático;
- J96.0 – Insuficiência respiratória aguda.

Critérios de inclusão

A importância de inserir este item se justifica porque crianças com idade inferior a um ano e, também, aqueles menores de dois anos apresentando o primeiro episódio de sibilância associado a febre e/ou outros sintomas sugestivos de infecção viral, apresentam com frequência sibilância desencadeada por vírus, podendo ser um fator de confusão diagnóstica.

- Crianças entre um e 13 anos incompletos, com quadro clínico sugestivo de exacerbação de asma, com ou sem diagnóstico prévio da doença.

Critérios de exclusão

Foram excluídos adolescentes maiores de 12 anos, 11 meses e 29 dias pois, em geral, não são mais atendidos em pronto-atendimento pediátrico de acordo com o regulamento do local.

- Crianças menores de um ano ou maiores de 12 anos, 11 meses e 29 dias;
- Crianças menores de dois anos de idade apresentando o primeiro episódio de sibilância associado a febre e/ou outros sintomas sugestivos de infecção viral.

Diagnóstico

Consideramos que a avaliação inicial do paciente deve incluir uma breve anamnese e exame físico. O objetivo é classificar o paciente de acordo com a gravidade da crise de asma (Quadro 1).

Na anamnese é importante identificar: início dos sintomas e causa provável da piora clínica, incluindo sintomas sugestivos de infecção viral associada, presença de fatores de risco para morte por asma, medicações em uso, aderência ao tratamento de manutenção (se prescrito), alergia (medicações, alérgenos alimentares, entre outros), patologias associadas. Já no exame físico, deve-se avaliar o nível de consciência, utilização de musculatura acessória, fala entrecortada, sibilância, presença de cianose. Crepitações podem estar presentes na ausculta respiratória no momento da crise e não significar, necessariamente, a presença de infecção respiratória associada. Nos casos graves, pode-se observar a diminuição global do murmúrio vesicular (tórax silencioso). É de fundamental importância a monitorização da oximetria de pulso (GINA, 2021; BRITISH THORACIC SOCIETY, 2019).

Quadro 1 - Classificação das exacerbações de asma quanto a gravidade.

Exacerbação Leve	<ul style="list-style-type: none">✓ Fala normalmente;✓ Alerta, responsivo, não agitado;✓ Dispneia quando anda, prefere a posição sentada;✓ FR normal ou pouco aumentada;✓ FC normal ou pouco aumentada;✓ SatO2 > 94% em AA;✓ Não utiliza musculatura acessória;✓ Sibilância moderada, no final da expiração;✓ PFE / VEF1 > 50% do valor previsto.
Exacerbação Moderada	<ul style="list-style-type: none">✓ Fala frases;✓ Alerta, responsivo, não agitado;✓ Dispneia em repouso;✓ FR aumentada;✓ FC aumentada;✓ Sat O2 92-94% em AA;✓ Utiliza musculatura acessória;✓ Sibilância intensa, expiratória;✓ PEF / VEF1 > 50% do valor previsto.
Exacerbação grave	<ul style="list-style-type: none">✓ Fala palavras;✓ Agitado;✓ Dispneia para falar;✓ FR aumentada;✓ FC aumentada;✓ Sat O2 < 92% em AA;✓ Uso intenso da musculatura acessória;✓ Sibilância intensa, expiratória e inspiratória;✓ PFE / VEF1 ≤ 50% do valor previsto.
Falência Respiratória Iminente	<ul style="list-style-type: none">✓ Fadiga, confusão mental, torpor;✓ Esforço respiratório débil;✓ Cianose;✓ Tórax silencioso;✓ Bradicardia;✓ Sat O2 < 90%.

* Adaptada de Barbisan, Toro e Almeida (2018).

Quanto aos exames laboratoriais, a realização de gasometria arterial está indicada naqueles pacientes sem resposta ou que evoluem com deterioração clínica após tratamento inicial e naqueles com sinais de falência respiratória iminente. O RX de tórax não deve ser realizado rotineiramente. Está indicado naqueles casos em que existe suspeita de

complicações (atelectasias, pneumotórax, doença parenquimatosa, entre outros), naqueles que necessitam internação hospitalar, que não evoluem adequadamente após tratamento inicial ou com falência respiratória iminente (GINA, 2021; BRITISH THORACIC SOCIETY, 2019).

Provas de função pulmonar, quando disponíveis, incluem a medida do VEF1 ou PFE e auxiliam na classificação da gravidade da exacerbação, porém, não devem atrasar o início do tratamento da crise e devem ser evitadas em casos suspeitos de infecção pela Covid-19. Crianças menores de cinco anos não conseguem, em geral, realizar as manobras para medida da função pulmonar adequadamente. Além disso, com relação ao PFE, é necessário conhecimento prévio dos valores de variabilidade individual de cada paciente (GINA, 2021; MUCHÃO; FILHO, 2018).

Considera-se que a orientação quanto aos principais exames a serem realizados e quando fazê-lo, novamente, torna mais ágil o atendimento, poupando o paciente da realização de exames desnecessários e reduzindo, também, o custo do sistema de saúde com os mesmos.

Ressalta-se, ainda, que o reconhecimento da exacerbação de asma em pediatria e classificação da sua gravidade pelos profissionais de saúde impacta diretamente no tempo de ação para o início do tratamento dos pacientes.

Diagnóstico diferencial

As principais patologias que devem ser lembradas como diagnóstico diferencial de sibilância recorrente na infância estão no Quadro 2.

Quadro 2 - Diagnóstico diferencial de sibilância recorrente na infância.

Lactentes menores de 3 meses
<ul style="list-style-type: none">✓ Displasia broncopulmonar;✓ Malformações congênitas da região laríngea, traqueia e grandes vias aéreas (laringomalácea, tumores, angiomas laríngeos, cistos laríngeos, traqueomalácea, broncomalácea, estenose brônquica, fístula traqueo-esofágica, entre outros);✓ Anéis vasculares.
Lactentes entre 3 e 12 meses de idade
<ul style="list-style-type: none">✓ Crupe;✓ Doença do refluxo gastroesofágico;✓ Síndromes aspirativas;✓ Fibrose Cística;✓ Doenças cardíacas.
Crianças maiores de 1 ano
<ul style="list-style-type: none">✓ Aspiração de corpo estranho;✓ Discinesia ciliar primária;✓ Bronquiolite obliterante;✓ Malformações congênitas dos pulmões e vias aéreas.

* Adaptado de Barbisan, Toro e Almeida (2018).

Salienta-se a importância do conhecimento a respeito do diagnóstico diferencial nas diferentes faixas etárias por existirem outras patologias que cursam com sibilância na infância, podendo mimetizar uma exacerbação de asma e causar confusão diagnóstica.

Tratamento

A primeira linha de tratamento para exacerbações de asma consiste na suplementação de oxigênio quando necessário, broncodilatadores de curta ação inalados e corticoides sistêmicos, preferencialmente por via oral, além da associação de brometo de ipratrópio inalatório nos casos mais severos (GINA, 2021; BRITISH THORACIC SOCIETY, 2019).

A suplementação de oxigênio está indicada para manter Sat O₂ entre 94-98% em crianças de seis a 11 anos e 93-95% em

adolescentes. Pode ser ofertado através de cânula nasal ou máscara (GINA, 2021; BRITISH THORACIC SOCIETY, 2019).

Broncodilatadores de curta ação inalatórios (salbutamol, fenoterol) devem ser usados como medicamentos de primeira linha durante exacerbações de asma, preferencialmente através de IPD acoplado a espaçador, já que o uso de nebulizadores aumenta o risco de contaminação dos profissionais de saúde por vírus respiratórios (GINA, 2021). O uso do IPD é recomendado como preferencial nos principais “guidelines” para crises leves a moderadas, isso porque nas exacerbações severas, devido a hipoxemia, existe a necessidade do uso de oxigênio contínuo através do nebulizador. Entretanto, se for utilizada cânula de oxigênio durante a aplicação da medicação inalatória através do IPD, esse pode ser uma opção mesmo para tratamento de exacerbações graves (IRAMAIN *et al.*, 2019).

O uso de doses frequentes de broncodilatadores de curta ação (a cada 20-30 minutos) são seguras e eficazes (BRITISH THORACIC SOCIETY, 2019; MUCHÃO *et al.*, 2016).

Quando o uso do nebulizador for necessário, os profissionais de saúde devem estar utilizando equipamentos de proteção individual (máscara N95, touca, “face shield”, luvas, avental e propés) e sempre que possível a nebulização deve ser realizada em uma sala de isolamento com pressão negativa (LEVIN *et al.*, 2020).

As etapas a serem seguidas para a técnica de uso do IPD acoplado ao espaçador para tratamento de exacerbações de asma estão descritas abaixo:

1. Retirar a tampa do dispositivo;
2. Agitar o dispositivo e acoplá-lo ao espaçador;
3. Manter o dispositivo na posição vertical;
4. No caso de crianças menores de quatro anos, deve ser utilizado espaçador com máscara. A máscara deve ser adequada ao tamanho da face, cobrindo nariz e boca, e

deverá estar bem ajustada à face da criança (para evitar vazamentos). Logo após a aplicação do jato, o paciente deve respirar seis a 10 vezes, preferencialmente pela boca;

5. No caso de crianças maiores de quatro anos, deve ser utilizado o espaçador com peça bucal. O paciente deve, logo após a aplicação do jato no espaçador, respirar seis a 10 vezes em volume corrente na peça bucal. Crianças maiores de seis anos e adolescentes, logo após a aplicação do jato no espaçador, podem realizar uma inspiração lenta e profunda seguida de apnéia durante seis a 10 segundos (a técnica da apnéia pode estar prejudicada em pacientes com desconforto respiratório);

6. Deve-se aguardar de 30 a 60 segundos entre a aplicação de um jato e outro.

O uso de corticoides sistêmicos está indicado (mesmo nos casos com diagnóstico de infecção pela Covid-19), exceto naquelas exacerbações muito leves e que respondem bem ao tratamento inicial com broncodilatadores inalatórios de curta duração, pois acelera a resolução dos sintomas, além de prevenir a recorrência dos mesmos. A via oral é tão efetiva quanto a via endovenosa para a administração de corticoides sistêmicos durante exacerbações de asma. Contraindicações para a via oral são vômitos persistentes e dispneia intensa dificultando a deglutição (GINA, 2021).

O brometo de ipratrópio, quando associado aos broncodilatadores de curta ação, resulta em maior efeito broncodilatador. Em crianças com exacerbação moderada a severa, a associação de broncodilatador de curta duração com brometo de ipratrópio no departamento de emergência demonstrou redução do número de internações e melhora mais significativa nos índices VEF1 e PFE (GRIFFITHS; DUCHARME, 2013). O uso de doses frequentes de brometo de ipratrópio associadas a broncodilatador de curta duração nas

primeiras uma ou duas horas (a cada 20-30 minutos) são seguras no tratamento de exacerbações de asma. Após, as doses devem ser espaçadas a cada quatro a seis horas (BRITISH THORACIC SOCIETY, 2019).

Naqueles casos de exacerbações severas ou não responsivos a primeira linha de tratamento, algumas outras opções terapêuticas estão disponíveis.

O sulfato de magnésio endovenoso pode reduzir taxas de internação em pacientes com exacerbação grave ou que não respondem adequadamente ao tratamento inicial (primeira hora) e continuam apresentando quadro de obstrução importante (GINA, 2021; BRITISH THORACIC SOCIETY, 2019; MUCHÃO; FILHO, 2018). A medicação deve ser infundida lentamente (em 20 a 30 minutos) e com monitorização cardíaca contínua e da pressão arterial durante a infusão (GINA, 2021).

Os broncodilatadores endovenosos ficam reservados para uso em pacientes graves, com obstrução brônquica severa que comprometa a inalação de broncodilatadores. Deve-se considerar uma dose de ataque de salbutamol endovenoso (15 mcg/Kg infundido em 10 minutos), seguido de infusão contínua. Não se deve suspender o uso dos broncodilatadores inalatórios durante o uso do broncodilatador endovenoso. A infusão endovenosa contínua deve ser feita em ambiente de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com monitorização cardíaca contínua e controle sérico dos níveis de glicose e eletrólitos (GINA, 2021; BRITISH THORACIC SOCIETY, 2019).

Aminofilina não é recomendada em exacerbações leves a moderadas. Pode ser tentado o uso em pacientes graves, que não respondem a altas doses de broncodilatador e corticoide, preferencialmente em ambiente de UTI, com monitorização cardíaca contínua e controle rigoroso dos níveis séricos

(proximidade entre os níveis terapêuticos e tóxicos) (BRITISH THORACIC SOCIETY, 2019).

As evidências a respeito da ventilação não-invasiva na asma são fracas e não suportam a recomendação de uso. Caso opte-se por um teste terapêutico com VNI, visando principalmente evitar a ventilação mecânica invasiva, é fundamental a monitorização de sinais de ausência de resposta ou piora clínica, devendo-se não atrasar a indicação de intubação traqueal. Para uso da VNI é preciso que o paciente seja colaborativo, com nível de consciência preservado e equipe treinada, preferencialmente em ambiente de UTI (GINA, 2021; BRITISH THORACIC SOCIETY, 2019; MUCHÃO; FILHO, 2018; PIVA; GARCIA; AMANTÉA, 2014).

Piora progressiva do quadro respiratório, sinais de fadiga respiratória, alterações no sensório e comprometimento hemodinâmico associado são indicadores de necessidade de intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Valores de gasometria arterial não devem ser interpretados isoladamente para indicação de intubação orotraqueal, devendo-se analisar conjuntamente os parâmetros clínicos e gasométricos (PIVA; GARCIA; AMANTÉA, 2014).

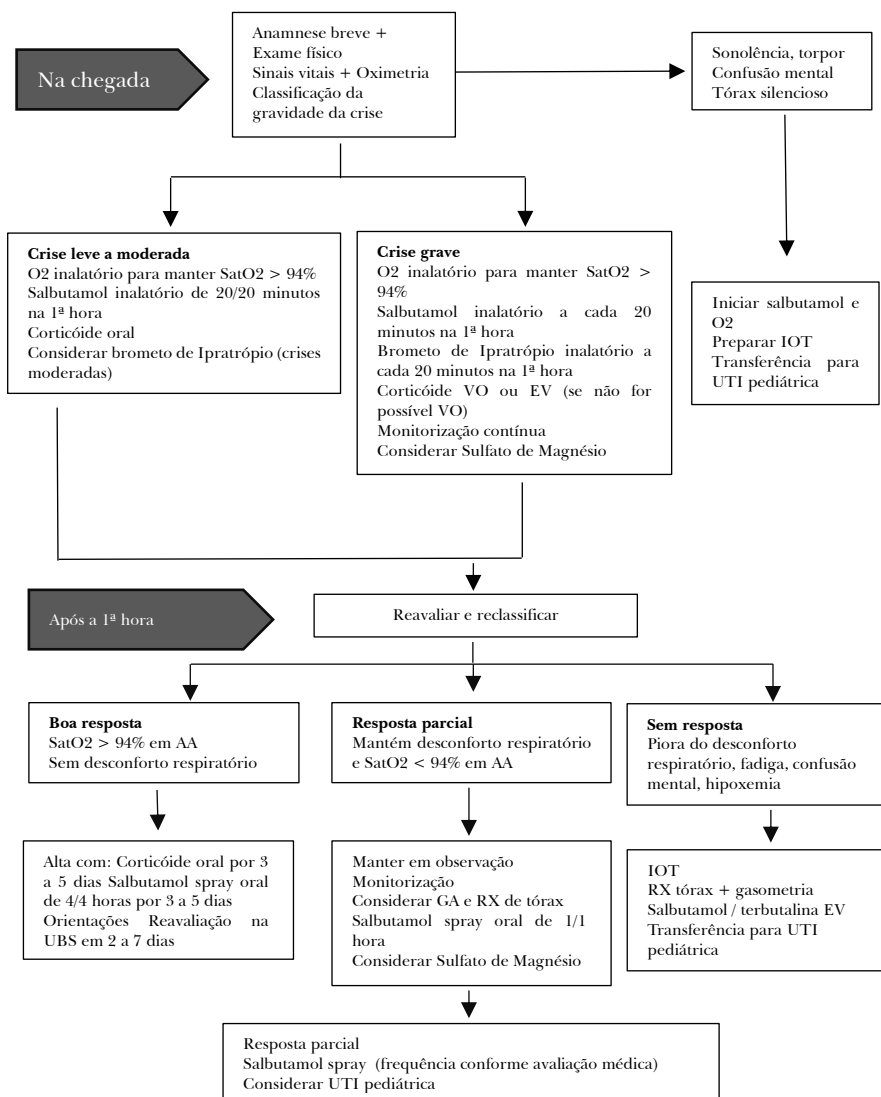
Abaixo apresenta-se um quadro com as principais medicações utilizadas no tratamento das exacerbações, facilitando a conduta do profissional quanto às doses e à forma de uso.

Quadro 3 - Medicamentos usados no manejo de exacerbações de asma em pronto-atendimento pediátrico.

Medicamento	Dose	Comentários
Salbutamol (inalador pressurizado dosimetrado) 100mcg/jato	2 a 6 jatos a cada 20 minutos na 1ª hora em menores de 6 anos 4 a 8 jatos a cada 20 minutos na 1ª hora em maiores de 6 anos Após, a cada 1-4 horas conforme necessário Dose máxima: 10 jatos/dose	A técnica de uso com espaçador varia conforme a idade do paciente.
Salbutamol solução para nebulização (5mg/ml)	0,15 mg/kg/dose (1 gota a cada 2 kg) a cada 20 minutos na 1ª hora, após a cada 1-4 horas conforme necessário (dose máxima 5mg)	Diluir em 3 a 5 ml de SF e usar fluxo de O2 ou ar comprimido 6-8 L/min
Brometo de Ipratrópio (inalador pressurizado dosimetrado) 20 mcg/dose	2 a 4 jatos a cada 20 minutos na 1ª hora em menores de 6 anos 4 a 8 jatos* a cada 20 minutos na 1ª hora em maiores de 6 anos *8 jatos preferencialmente em maiores de 12 anos	A técnica de uso com espaçador varia conforme a idade do paciente.
Brometo de Ipratrópio solução para nebulização (250mcg/ml)	Menores de 6 anos: 250mcg a cada 20 minutos na 1ª hora Maiores de 6 anos ou > 20 kg: 500mcg/dose a cada 20 minutos na 1ª hora	
Prednisolona (via oral) Prednisona (via oral)	1 a 2 mg/kg/dia dividido em 2 doses diárias durante 3 a 5 dias Dose máxima: 40 mg/dia	
Metilprednisolona (endovenoso)	Ataque: 1 a 2 mg/Kg Manutenção: 0,5-1 mg/Kg/dia Dose máxima: 40 mg/dia	
Hidrocortisona (endovenoso)	2 a 4 mg/Kg/dose de 6/6h Dose máxima: 250 mg/dose	
Sulfato de Magnésio (endovenoso)	50 mg/Kg/dose (25-75 mg/Kg/dose) Dose máxima: 2g (dose única)	Infundir em 20 a 30 minutos com monitorização cardíaca e respiratória contínua e da pressão arterial. Efeito clínico observado após 1 a 2 horas de infusão.
Terbutalina (endovenoso)	Dose de ataque: 2 a 10 mcg/Kg em 10 minutos. Dose para uso contínuo em bomba de infusão: 0,1 a 0,4 mcg/Kg/minuto.	Monitorização cardíaca contínua. Monitorização do potássio e glicose séricos.
Salbutamol (endovenoso)	Dose de ataque: 15 mcg/Kg em 10 minutos. Dose para uso contínuo em bomba de infusão: 0,2 a 5 mcg/Kg/minuto.	Monitorização cardíaca contínua. Monitorização do potássio e glicose séricos.

Ainda propomos o fluxograma abaixo, visando o acesso rápido pelos profissionais quanto ao direcionamento das condutas de acordo com a apresentação e evolução do quadro clínico.

Figura 1 - Fluxograma de tratamento de exacerbações de asma na emergência pediátrica.



CrITÉRIOS para internação hospitalar

Não existem critérios absolutos para indicação de admissão hospitalar. Devem ser consideradas a gravidade da exacerbação e a resposta ao tratamento, a existência de fatores psicossociais que impeçam o adequado manejo da crise em domicílio, além da presença de fatores de risco para morte por asma (BRITISH THORACIC SOCIETY, 2019; CHONG NETO *et al.*, 2018).

CrITÉRIOS de alta domiciliar

Para receber alta domiciliar, o paciente deve permanecer estável (melhora clínica sustentada) por no mínimo uma hora após a última dose de broncodilatador inalado, manter saturação $> 94\%$ e sem sinais de desconforto respiratório, ter condições de receber as medicações (broncodilatador e corticosteroide) em domicílio e demonstrar técnica inalatória adequada, apresentar VEF1 $> 70\%$ do predito (desde que disponível a medida da função pulmonar antes da alta) e condições de acessibilidade a um serviço de emergência pediátrica caso necessite (MUCHÃO; FILHO, 2018).

Orientações na alta domiciliar

O paciente e seus responsáveis devem ser orientados quanto a identificação de possíveis desencadeantes de exacerbação, programar estratégias para reduzir os fatores de risco modificáveis e quanto ao plano de seguimento pós-alta. Entre eles: evitar exposição à alérgenos/irritantes conhecidos; evitar tabagismo passivo; orientar técnica inalatória adequada; orientar sobre a importância do uso regular do tratamento inalatório de manutenção; fornecer ao paciente um plano de

ação por escrito para caso de piora clínica ou recorrência de crise encaminhar para reavaliação na Unidade Básica de Saúde (UBS), num período de dois a sete dias; encaminhar, caso ainda não realize acompanhamento especializado, ao ambulatório de pneumologia pediátrica via formulário de referência e contrarreferência da Secretaria Municipal de Saúde (GINA, 2021).

Segue abaixo uma sugestão de plano de ação por escrito para exacerbações de asma a ser entregue para o paciente na alta:

1. Quando devo usar a medicação de resgate?

Quando apresentar tosse, sibilância (chiado fino no peito), dificuldade para respirar e sensação de aperto no peito devo usar salbutamol spray oral 100 mcg (Aerolin) _____ jatos com espaçador de 4/4 horas até melhora dos sintomas.

Caso os sintomas persistirem após 24 horas, manter uso do salbutamol spray oral _____ jatos de 4/4 horas com espaçador e tomar prednisolona solução oral (3 mg/ml) _____ ml de 12/12 horas por via oral durante 3 dias.

Caso os sintomas sejam mais intensos ou não apresentem melhora após o uso do salbutamol spray oral, procurar imediatamente atendimento médico.

2. Mantenha sempre sua medicação de resgate e seu espaçador com você. Você poderá precisar deles se sua asma piorar.

3. Caso esteja sozinho, chame por ajuda.

4. Para pacientes que já possuem prescrição de tratamento intercrise:

Minha medicação inalatória de uso contínuo é _____, cujo frasco é da cor _____. Eu uso _____ jatos dessa medicação de ____/____ horas todos os dias.

Outras medicações que eu uso diariamente:

_____.

Conclusão

Sobre o protocolo proposto, considera-se que:

- Atende aos profissionais de saúde, auxiliando no atendimento de exacerbações de asma na população pediátrica, facilitando a padronização de condutas clínicas;
- Apresenta orientações quanto aos critérios para internação hospitalar e alta, além de orientações a serem realizadas para alta domiciliar. Apresenta, também, um quadro sobre as medicações usadas no tratamento das exacerbações, o que facilita ao profissional a consulta às doses e forma de uso;
- Descreve a técnica de uso do IPD acoplado ao espaçador, conteúdo essencial para a adequada administração e deposição pulmonar das medicações inalatórias, o que está diretamente relacionado à resposta do paciente ao tratamento;
- Espera-se que este protocolo instrumentalize os profissionais de saúde para fins de atendimento direcionado e otimizado no tratamento dos pacientes pediátricos com exacerbações de asma.

Referências

ABRAMS, E. M.; SZEFLER, S. J. Managing Asthma during Coronavirus Disease-2019: An Example for Other Chronic Conditions in Children and Adolescents. **J Pediatr**, v. 222, p. 221-226, abr. 2020.

BARBISAN, B. N.; TORO, E. A. D. C.; ALMEIDA, M. B. **Pneumologia pediátrica**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018.

BELUCIK, D. N.; BARROS, L. H. C.; PRETTO, C. B. **Protocolo Clínico**: Manejo da crise de asma no Pronto Socorro Pediátrico do Hospital Universitário de Santa Maria. Santa Maria: EBSE RH, 2020. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/> Acesso em: 221 jun. 2022.

BRITISH THORACIC SOCIETY. **British Guideline on the Management of Asthma**. Inglaterra: BTS, 2019. Disponível em: <https://www.brit-thoracic.org.uk/> Acesso em: 10 jun. 2021.

CHONG NETO, H. J. *et al.* Diretrizes da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e da Sociedade Brasileira de Pediatria para sibilância e asma no pré-escolar. **Arq Asma Alerg Imunol.**, v. 2, n. 2, p. 163-208, 2018.

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA – GINA. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Fontana: GINA, 2021. Disponível em: www.ginasthma.org Acesso em: 3 jan. 2021.

GRIFFITHS, B.; DUCHARME, F. M. Combined inhaled anticholinergics and short-acting beta2-agonists for initial treatment of acute asthma in children. **Paediatr Respir Rev.**, v. 14, n. 4, p. 234-235, 2013.

IRAMAIN, R. *et al.* Salbutamol and Ipratropium by Inhaler is Superior to Nebulizer in Children with Severe Acute Asthma Exacerbation: Randomized Clinical Trial. **Pediatric Pulmonology**, v. 54, n. 4, p. 372-377, 2019.

LEVIN, M. *et al.* Acute asthma management during SARS-CoV2-pandemic 2020. **World Allergy Organization Journal**, v. 13, n. 5, maio 2020.

MUCHÃO, F. P.; FILHO, L. V. R. Asma: manejo na crise. *In:* BARBISAN, B. N.; TORO, E. A. D. C.; ALMEIDA, M. B. (orgs.). **Pneumologia pediátrica**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018. p. 271.

MUCHÃO, F. P. *et al.* Albuterol Via Metered-Dose Inhaler in Children: Lower Doses are Effective, and Higher Doses are Safe. **Pediatr Pulmonol.**, v. 51, n. 11, p. 1122-1130, 2016.

PIVA, J. P.; GARCIA, P. C. R.; AMANTÉA, S. L. Asma Aguda Grave. *In:* PIVA, J. P.; GARCIA, P. C. (orgs.). **Medicina Intensiva em Pediatria**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA - SBP. COVID-19 em crianças: envolvimento respiratório. Documentos Científicos - Nota de Alerta. **SBP**, 2020. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22430d-NA_-_COVID-19_em_crianças-_envolvimento_respiratorio.pdf Acesso em: 10 abr. 2020.

PROTOCOLO DE SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO

Jucimara Montagner Michelon

Valéria Lerch Lunardi

Silomar Ilha

Dirce Stein Backes

Cláudia Zamberlan

Introdução

No cenário atual, em que as demandas sociais são crescentes, possibilitar visibilidade à saúde do recém-nascido (RN) é um grande passo para a redução das taxas de mortalidade infantil no Brasil. Ainda, na ocasião do nascimento e nas horas após o mesmo, além da preocupação com redução de riscos, é fundamental recepcionar o RN de modo humanizado, reconhecê-lo como um ser com potencialidades e ao mesmo tempo dependente, considerando-o com direitos e que necessita de proteção, cuidados e segurança. Outrossim, o cuidado ao RN envolve ações que promovam a saúde mental e física do mesmo, além de desenvolver seu elevado potencial psicomotor e social, a fim de que no futuro possa alcançar uma realização plena como ser humano (BRASIL, 2014).

Vale ressaltar que, de acordo com o Ministério da Saúde, a avaliação do recém-nascido inicia antes mesmo do nascimento, com a anamnese materna, no intuito de investigar possíveis intercorrências durante o período gestacional (BRASIL, 2011). Embora essa avaliação deva ocorrer continuamente, destaca-se o período neonatal como o mais complexo, o qual exige a

realização de exame físico minucioso e sistemático no RN, objetivando assegurar de forma adequada o processo de adaptação para vida extrauterina. Logo, mediante a singularidade de cada faixa etária da criança, o exame físico demanda da equipe de enfermagem vasto conhecimento na área, a fim de interpretar os sinais encontrados e delinear o processo de enfermagem de modo efetivo contribuindo para possíveis intervenções (ROSSO *et al.*, 2014).

No intuito de qualificar o cuidado ao RN e reduzir as taxas de morbimortalidade no Brasil, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 371 de 7 de maio, instituiu diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao RN no Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as citações dessa portaria, está a de possuir um profissional capacitado, optando por pediatra ou neonatologista ou profissional de enfermagem, visando um ambiente propício com recursos humanos capacitados, além de tecnologias necessárias para a excelência do cuidado (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, a enfermagem tem relevante atuação, visto que se configura como a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente dessa assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado, de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais. Assim, a enfermagem, para ser eficiente e eficaz nas ações de cuidado, necessita atuar dentro de um método científico de trabalho, denominado processo de enfermagem (PE) (HORTA, 2011).

Nessa conjuntura, o PE é considerado uma importante ferramenta para a segurança do paciente no que se refere ao planejamento, execução e avaliação das ações de enfermagem. Possibilita o empoderamento e a autonomia do enfermeiro para o desenvolvimento de suas atividades cotidianas, fundamentando-se como importante estratégia na

organização, planejamento e execução das práticas de enfermagem, de modo sistematizado. Ainda, propõe a aplicação de tecnologias e de conhecimento científico nos espaços de cuidado (RODRIGUES *et al.*, 2019).

Diante desse contexto, visando qualificar a assistência ao recém-nascido, objetivou-se socializar a criação de um protocolo para o processo de enfermagem ao recém-nascido.

Método

Trata-se de um relato de experiência que versa sobre a criação de um Protocolo de Enfermagem com roteiro de exame físico para o recém-nascido, para uma maternidade de risco habitual, na região Sul do Brasil.

Sua elaboração ocorreu por meio de discussões em grupos focais com a participação de enfermeiras obstetras e residentes do segundo ano de um Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica, atuantes em uma maternidade de risco habitual, e após realizada uma busca nas bases científicas acerca dos cuidados que são prestados ao recém-nascido.

O Protocolo construído e validado pela gestão do serviço emerge como produto da dissertação intitulada “Sistematização da Assistência de Enfermagem: criação de Protocolo de Processo de Enfermagem ao Recém-Nascido” desenvolvido no Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana de Santa Maria e viabilizada pelo acordo Capes/Cofen entre o segundo semestre de 2020 e primeiro semestre de 2022.

Ainda, destaca-se que para a criação desse produto tecnológico metodologicamente foram seguidos os passos estruturais recomendados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), tais como: finalidade, justificativa,

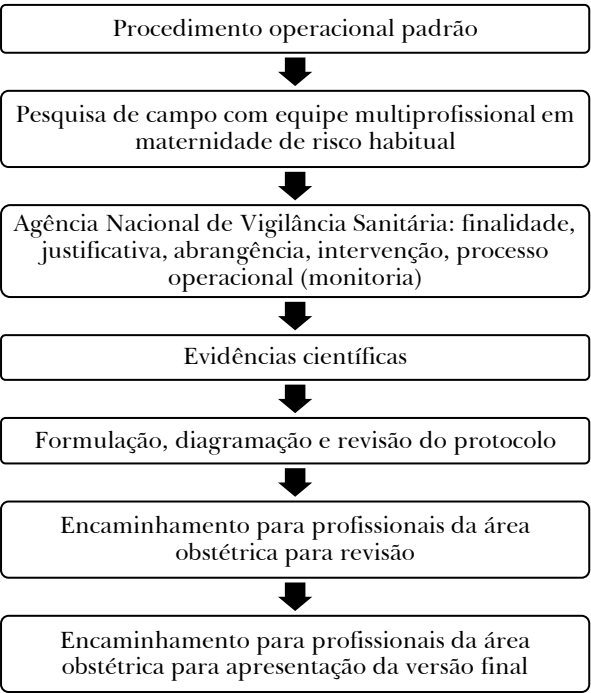
abrangência, intervenção, processo operacional e indicadores (monitoramento).

A segunda etapa para a elaboração do produto considerou as evidências científicas disponíveis na literatura acerca dos cuidados ao RN, para uma maternidade de risco habitual, por meio de uma revisão integrativa da literatura que considerou o conhecimento teórico dos itens que contemplam essa tecnologia.

Após a formulação, diagramação e revisão do protocolo pela pesquisadora, o mesmo foi encaminhado para uma profissional expertise da área neonatal para revisão.

Os passos inerentes à descrição e criação do produto elencado estão contemplados na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma dos passos inerentes à descrição e criação do produto.



Fonte: as autoras.

Resultados e discussões

Para o desenvolvimento do protocolo foram considerados, como subsídios disparadores à sua construção, as respostas inerentes ao processo de pesquisa do projeto de dissertação da autora principal deste estudo.

Assim, no intuito de garantir segurança e qualidade no desenvolvimento da assistência/cuidado de enfermagem, faz-se necessária a construção de protocolos que orientem e normatizam essas ações (ROSSO *et al.*, 2014). O protocolo é considerado uma tecnologia/produto técnico em saúde que possibilita a tomada de decisão e fomenta a autonomia profissional, de modo a contemplar etapas processuais e inter-relacionadas (BELLAGUARDA; REBELLO, 2013).

Esse produto tecnológico apresenta as etapas do Processo de Enfermagem, ancorado no referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, referencial de escolha para o cuidado aos RNs de uma maternidade referência para gestação de risco habitual, de uma instituição hospitalar que atende uma demanda de 100% ao SUS e está situada na região central do Estado do Rio Grande do Sul.

A consolidação do mesmo foi subsidiado pela contribuição dos enfermeiros com atuação em uma maternidade de risco habitual, o que possibilitou que eles participassem do processo e promovessem o compromisso com as mudanças das práticas de cuidado. Além disso, o protocolo poderá contribuir nas estratégias e metodologias de trabalho dos enfermeiros, podendo ser utilizado em outras maternidades com características semelhantes à esta.

Nesse propósito, Bellaguarda e Rebello (2013) apontam que os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), subprodutos do protocolo, são conceituados como a


padronização das tarefas dentro do serviço e demonstram o passo a passo para a realização das atividades. Assim, os POPs podem subsidiar o início da elaboração de um protocolo.

Na construção desse protocolo, os POPs, com as ações inerentes ao cuidado do RN, foram construídos previamente e validados pelos enfermeiros da maternidade, como pré-requisito para a sua criação. O POP tem como objetivo promover e direcionar o cuidado ao RN com base nas etapas do PE, quais sejam: coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação de enfermagem e avaliação de enfermagem.

A Resolução nº 358/2009 do Cofen, em seu Art. 3º, explicita que o PE deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem, e, além disso, forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados (COFEN, 2009; CAVALCANTE *et al.*, 2011). Assim, optou-se, para a criação desse protocolo, pelo referencial teórico da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta.

Ainda, destaca-se que o principal objetivo desse produto técnico é promover a gestão do processo de trabalho dos enfermeiros com a efetiva implementação das etapas do PE no cuidado ao RN, possibilitando aos enfermeiros da unidade uma interlocução mais efetiva com o cuidado ao RN e suas mães. A seguir, apresenta-se o produto desenvolvido:

Figura 2 - Protocolo Assistencial de exame físico ao recém-nascido.

	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	DATA DE EMIÇÃO: 25/05/2022
PROCEDIMENTO: Avaliação física do recém-nascido (RN) a fim de identificar anormalidades e proporcionar uma adaptação favorável em sua vida extrauterina.		
SETOR: Unidade Santa Isabel/Maternidade e Centro Obstétrico		
EXECUTANTE: Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Residentes em Enfermagem Obstétrica.		
OBJETIVOS: <ol style="list-style-type: none"> 1. Instituir os primeiros cuidados prestados ao recém-nascido (RN) com boa vitalidade, com vistas à qualidade, à segurança e à humanização do atendimento; 2. Assegurar o contato pele a pele imediato e contínuo do binômio mãe-bebê e o aleitamento materno na primeira hora de vida (<i>golden hour</i>), sempre que as condições da mãe e do RN permitirem; 3. Realizar o boletim de Apgar no 1º e 5º minuto de vida extrauterina; 4. Orientar sobre exame físico minucioso do RN; 5. Detectar precocemente os problemas que podem acometer a saúde do RN a fim de que se possa intervir o quanto antes e da melhor forma possível; 6. Garantir imunização vacinal e medidas profiláticas para oftalmia e para hemorragia no RN; 7. Prevenir desmame precoce; 8. Regulamentar as responsabilidades da equipe multiprofissional sobre os primeiros cuidados ao RN; 9. Orientar os pais sobre os sinais encontrados e reconhecer sinais de alerta essenciais à sobrevivência do RN; 10. Dar suporte teórico e operacional às capacitações em educação permanente; 11. Registrar nos prontuários, livro de registro e Caderneta de Saúde da Criança, data e hora de nascimento, via de parto, apgar, peso, estatura, profissional que assistiu o parto e recebeu RN, o momento/tempo do primeiro contato pele a pele do RN com a mãe; 		

horário da primeira mamada; todos os procedimentos realizados, intercorrências, condutas tomadas, evolução clínica e demais informações inerentes ao cuidado.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS:

1. Berço aquecido;
2. Luva de procedimento;
3. Álcool 70%;
4. Monitor cardíaco;
5. Termômetro;
6. Estetoscópio;
7. Fita métrica;
8. Antropômetro;
9. Balança.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Lavar as mãos antes e depois da realização do exame físico POP - Higienização das mãos;
2. Ambiente adequado e fechado com temperatura em 26°C;
3. RN despido;
4. Checar identificação do RN e da mãe por meio de pulseiras contendo:
 - RN de: “nome da mãe completo sem abreviaturas”;
 - Data e hora exata do nascimento;
 - Número do registro geral hospitalar da mãe;
 - Sexo e peso do RN ao nascer.
5. *Observar estado geral de RN:* fâcies, atitude espontânea, postura e choro;
6. *Verificar sinais vitais:* verificação da temperatura axilar, verificação da frequência respiratória, aferição do pulso apical no recém-nascido;
7. *Avaliar polo cefálico:* identificar hidrocefalia, microcefalia, macrocefalia, anencefalia. Observar suturas (craniossinostose), céfalo-hematoma, bossa serosanguínea, fontanelas anterior e posterior, crâneo-tabes (consistência reduzida dos ossos do crâneo), capu succedaneum (grande bossa + edema absorvível), encefalocele (exteriorização de tecido nervosos por deficiência nos ossos do crâneo) e medição do perímetro cefálico (colocar a fita métrica graduada acima das sobrancelhas e posicionada sobre o ponto máximo da protuberância do crânio (região occipital).

Fontanela posterior: mede cerca de 0,5 cm ao nascimento, fechando pouco tempo depois;

Fontanela anterior: tem 1 a 5 cm no nascimento e normalmente não fecha antes de 18 meses de idade;

8. *Avaliar aspecto da pele:* textura, hidratação, turgor, coloração, descamação, nevus pigmentosos, hemangiomas, petéquias e púrpuras, lanugem;

9. *Avaliar olhos:* observar simetria, tamanho das pupilas, fotorreatividade e presença de secreção;

10. *Avaliar orelhas:* observar forma, tamanho, simetria e implantação;

11. *Avaliar nariz:* observar forma, presença de secreção e sinais de esforço respiratório (batimento de asa de nariz), reflexo do espirro positivo;

12. *Avaliar boca:* observar presença de lesões, fenda palatina, aspecto da língua e presença de dentes. Atentar para sinais de monilíase oral;

13. *Avaliar pescoço:* explorar mobilidade e tônus. Palpar a procura de massas e traumatismos. Palpar clavículas a fim de detectar fraturas;

14. *Avaliar tórax:* observar simetria da caixa torácica e de mamilos, ingurgitamento mamário, presença de leite e glândulas supranumerárias, sinais de esforço respiratório (tiragem subcostal e retração intercostal). Realizar medição do perímetro torácico (colocar a fita métrica graduada passando pela linha mamilar);

15. *Exame cardiovascular - Inspeção:* cianose, padrão respiratório (taquipneia, dispneia, amplitude respiratória), abaulamento pré-cordial, turgência jugular, ictus (mais propulsivo em sobrecarga de volume e persistência do canal arterial - PCA). *Palpação* - pulso nos quatro membros, comparação dos superiores com os inferiores (sincronia, ritmo e intensidade). *Pressão artéria* - aferir no braço ou na perna. *Sopro cardíaco* - identificar como sendo sistólico, diastólico ou contínuo;

16. *Exame pulmonar: Inspeção:* avaliar o padrão respiratório quanto a frequência, amplitude dos movimentos, tiragem, retração xifoidiana, batimento de asa de nariz, estridor expiratório, gemidos. *Auscul*ta - bilateral e comparativa, avaliar presença de roncosp e murmúrios vesiculares;

17. *Abdômen: Inspeção* - observar a forma do abdome, escavado (hérnia diafragmática), presença de distensão, ondas peristálticas, abaulamento infraumbilical, coto umbilical e presença

de hérnia ou visceromegalias. *Ausculata*: ruídos hidroaéreos. Realizar medição do perímetro abdominal (Colocar a fita métrica graduada acima da cicatriz umbilical);

18. *Cordão umbilical*: gelatinoso - azulado, 2 artérias e 1 veia;

19. *Genitália masculina*: comprimento do pênis, orifício uretral (hipo ou epispádia), prepúcio, testículos (em bolsa escrotal ou canal inguinal), presença de hérnia e hidrocele e presença de fimose;

20. *Genitália feminina*: tamanho do clitóris, fusão dos grandes lábios, orifício vaginal e uretral, distância anovulvar e fístulas. A grande maioria dos RN tem excesso de tecido himenal que desaparece em semanas;

21. *Genitália ambígua*: anomalias anorretais;

22. Ânus: avaliar contração anal, permeabilidade anal, fístulas, anomalias anorretais;

23. *Coluna cervical*: colocar RN em decúbito ventral e correr os dedos na extensão da coluna para fins de detectar possíveis imperfeições;

24. *Membros*: em decúbito dorsal, avaliar simetria e proporções, examinar articulações, pé torto congênito, prega palmar única, paralisia, sindactília, perfusão periférica, luxação congênita de quadril, Manobra de Ortolani;

25. *Eliminações vesico-intestinais*: através de visualização em fralda ou questionamento à mãe quanto ao aspecto, coloração e frequência das fezes, frequência e quantidade urinária. Atentar para a efetividade da amamentação;

26. *Reflexos Neurológicos*:

Reflexo de sucção: vira a cabeça para o lado quando sua face for estimulada e suga qualquer objeto que for colocado em sua boca;

Reflexo de busca: tocar ou encostar na bochecha faz com que o RN vire a cabeça em busca de sucção;

Reflexo de marcha: neonato segurado de forma que a sola dos pés toque uma superfície rígida, ocorre flexão recíprocas das pernas simulando deambulação;

Reflexo de Preensão palmar: tocar a palma das mãos ou a região plantar dos pés próximo a base dos dedos;

Reflexo de extensão cutâneo plantar (Babinski): risca-se a parte externa da região plantar do pé para cima a partir do calcâneo, atrás do arco do pé, o primeiro pododáctilo exibe dorsiflexão e os outros dedos se hiperestendem;

Reflexo de Moro: mudança súbita no equilíbrio provoca extensão e abdução dos membros e abertura dos dedos em leque, podendo ocorrer presença de choro;

27. *Realizar pesagem de RN:* variável conforme idade gestacional (2,500 a 4000 gramas), sendo classificado como:

AIG: adequado para idade gestacional (entre percentis 10 e 90);

PIG: pequeno para idade gestacional (abaixo do percentil 10);

GIG: grande para idade gestacional (acima do percentil 90);

28. *Método de Capurro para cálculo da idade gestacional;*

29. *Realizar medição de estatura;*

30. *Aferir sinais vitais;*

31. *Profilaxia da síndrome hemorrágica neonatal deverá ser feita pela administração da vitamina K - fitomenadiona (Kanakion®) em todos os RN em até 3 horas após o nascimento, conforme prescrição médica;*

32. *Imunizações:* administrar anti-hepatite B no RN nas primeiras 12 horas de vida e BCG o mais precocemente possível, após o nascimento.

33. *Profilaxia da Oftalmia Neonatal:* realizada em até 4 horas após o nascimento;

34. Organizar o RN, vesti-lo e conduzi-lo ao colo materno, posicioná-lo no seio a fim de avaliar eficácia da amamentação – pega e posicionamento corretos e fortalecimento do vínculo;

35. Registrar o procedimento em impresso próprio e na caderneta da criança.

DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

POP Higienização das mãos;

POP de Amamentação na Primeira Hora de Vida;

POP de Profilaxia da Síndrome Hemorrágica Neonatal;

POP de Administração da Hepatite B;

POP de Administração da vacina BCG;

POP de Profilaxia da Oftalmia Neonatal;

POP Avaliação Antropométrica no Neonato;

POP Verificação da Temperatura Axilar em Recém-nascidos;

POP de Verificação da Frequência Respiratória;

POP de Verificação de Pulso Apical no Recém-nascido;

POP de Aferição de Glicemia capilar no Recém-nascido;

POP de Aspiração de Vias Aéreas Superiores em Recém-nascido;

POP de Curativo em Coto umbilical;
POP Teste do Coraçãozinho;
POP Teste do Olhinho - Reflexo Vermelho;
POP Teste da Linguinha - Frênulo Lingual;
POP Teste de Triagem Auditiva Neonatal;
POP Teste do Pezinho.

Referências

BRASIL. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde – cuidados gerais**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Disponível em:

https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2019/06/atencao_saude_recem_nascido_v11.pdf Acesso em: 30 mar. 2022.

EBSERH. Pesagem de recém-nascidos e crianças, Procedimento operacional padrão. **Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Divisão de Enfermagem, Serviço de Educação em Enfermagem**, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hcuftm/documentos/pops/pesagem-pacientes-neonatais-e-pediatricos-final.pdf> Acesso em: 30 mar. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Calendário de vacinação**. n. 8. Rio de Janeiro: SBP, 2020. Disponível em:

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22268g-DocCient-Calendario_Vacinacao_2020.pdf. Acesso em: 30 mar. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Profilaxia de oftalmia neonatal por transmissão vertical. Departamento científico de neonatologia (2019-2021). **SBP**, n. 9, 2020.

TAMEZ, R. N. **Enfermagem na UTI neonatal**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations on newborn health**: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259269?locale-attribute=pt&> Acesso em: 30 mar. 2022.

Figuras e anexos:

Anexo 1 - Cálculo do índice de Apgar do 1º ao 5º minuto de vida.

PONTOS	0	1	2
Frequência cardíaca	Ausente	< 100/minuto	> 100 / minuto
Respiração	ausente	Fraca, Regular	Forte, choro
Tônus muscular	Flácido	Flexão de pernas e braços	Movimento Ativo / Boa Flexão
Cor da pele	Cianótico/Pálido	Cianose de extremidades	Rosado
Irritabilidade reflexa	Ausente	Algum movimento	Espirros / Choro

Fonte: desenvolvido pela autora

Anexo 2 - Quadro de valores de referência para sinais vitais

SINAIS VITAIS	VALORES DE REFERÊNCIA
Frequência cardíaca	120 - 160 bpm
Frequência respiratória	40 - 60 irpm
Temperatura Axilar	36,5 – 37,5º










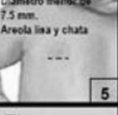
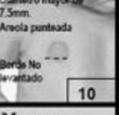
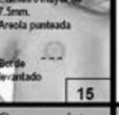
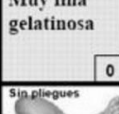
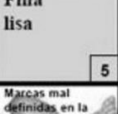
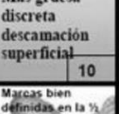
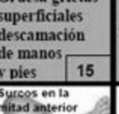
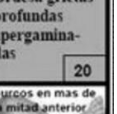



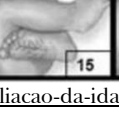
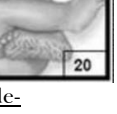
Fonte: Tamez (2009).

Anexo 3 – Quadro de valores de referência para mensuração de perímetros no RN

PERÍMETROS	VALORES DE REFERÊNCIA
Perímetro Cefálico	33 – 35 cm
Perímetro Torácico	30 – 33 cm
Perímetro Abdominal	28 – 31 cm

Fonte: Hockenberry (2011).

Anexo 4 - Método de Capurro para cálculo da Idade Gestacional

Forma das orelhas	 Aplanada, sin incurvación 0	 Borde superior parcialmente incurvado 8	 Todo el borde sup incurvado 16	 Pabellón totalmente incurvado 24	_____
Tamanho das glândulas mamárias	 No Palpable 0	 Palpable menor de 5 mm 5	 Palpable entre 5 y 10 mm 10	 Palpable mayor de 10 mm 15	_____
Formação dos Mamilos	 Apenas visível sin areola 0	 Diámetro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata 5	 Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola pontuada 10	 Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola pontuada 15	_____
Textura da Pele	 Muy fina gelatinosa 0	 Fina lisa 5	 Mas gruesa discreta descamación superficial 10	 Gruesa grietas superficiales descamación de manos y pies 15	 Gruesa grietas profundas apegaminadas 20
Sulcos Plantares	 Sin pliegues 0	 Marcas mal definidas en la mitad anterior 5	 Marcas bien definidas en la 1/2 anterior, Surcos en 1/2 anterior 10	 Surcos en la mitad anterior 15	 Surcos en mas de la mitad anterior 20

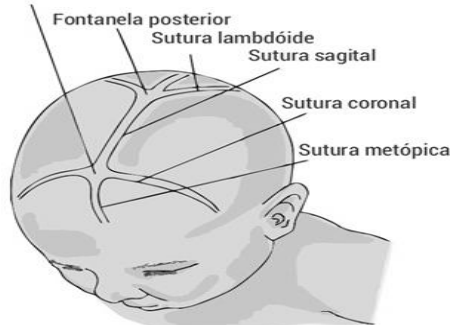
Fonte: <https://docplayer.com.br/22873064-Testes-de-avaliacao-da-idade-gestacional-em-neonatos-profa-tatianne-estrela.html>

Utiliza-se a fórmula:

TOTAL DE PONTOS / 7 (dias) + 204 = SEMANAS DE GESTAÇÃO

Anexo 5 - Fontanelas e Suturas

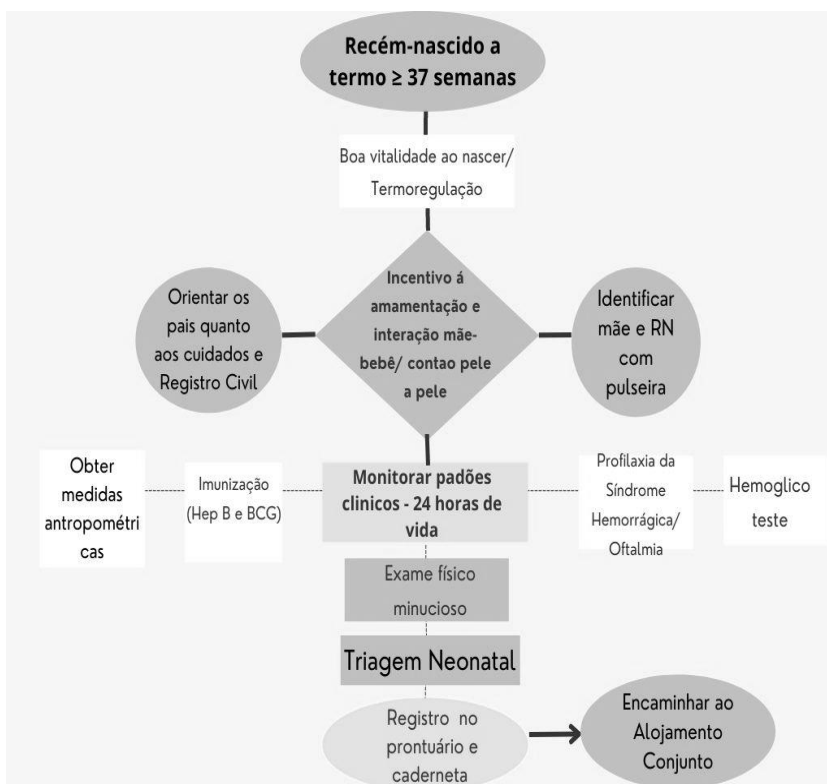
Fontanela anterior



Fonte: <https://www.portaiped.com.br/conteudo-especial/tecnologia/nova-tecnica-com-ultrassom-permite-acesso-inedito-ao-cerebro-de-bebes/attachment/fontanela-e-suturas-pediatria/>

Elaborado por: Enfª Jucimara Montagner Michelin	Revisado e aprovado por: Equipe Unidade Santa Isabel	Aprovado Por: Enfa Cristina de Freitas Rodrigues RT – HCS
Necessidade de Treinamento: (x) sim () não		

Figura 3 - Recém-nascido a termo.



Considerações finais

Ao final deste relato, evidencia-se que o objetivo proposto de socializar a criação de um Protocolo para o processo de enfermagem ao recém-nascido para uma maternidade de risco habitual foi alcançado.

A importância desse roteiro para a equipe de enfermagem parte do princípio de que a identificação precoce de sinais e sintomas na realização do exame físico no recém-nascido favorece o delineamento da assistência de enfermagem, com diagnósticos de enfermagem precisos, intervenções adequadas e resultados conforme a necessidade do neonato, de modo individualizado, independente e qualificado. Assim, o desenvolvimento deste produto com roteiro de exame físico no recém-nascido, revisado por expertise na área e validado pela gestão do serviço, surge como ferramenta tecnológica inovadora para a aplicabilidade do Processo de Enfermagem em uma maternidade de risco habitual.

Referências

BELLAGUARDA, M. L. R.; REBELLO, T. S. **Protocolos de Enfermagem na Atenção à Saúde**. Florianópolis: COREN SC, 2013.

BRASIL. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde, cuidados gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAVALCANTE, R. B. *et al.* Experiências de sistematização da assistência de enfermagem no Brasil: um estudo bibliográfico. **Rev Enferm UFSM**, v. 1, n. 3, p. 461-471, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Resolução nº 358**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. COFEN, 2009.

EBSERH. Pesagem de recém-nascidos e crianças. Procedimento operacional padrão. **Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Divisão de Enfermagem, Serviço de Educação em Enfermagem**, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hcuftm/documentos/pops/pesagem-pacientes-neonatais-e-pediatricos-final.pdf> Acesso em: 30 mar. 2022.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, [1979] 2011.

RODRIGUES, M. G. J. *et al.* Processo de enfermagem em pacientes submetidos à angioplastia transluminal percutânea coronária. **Rev Eletr Acervo Saúde**, n. 23, p. e284, 2019.

ROSSO, C. F. *et al.* (org.). **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás**. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Calendário de vacinação**. n. 8. Rio de Janeiro: SBP, 2020. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22268g-DocCient-Calendario_Vacinacao_2020.pdf. Acesso em: 30 mar. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Profilaxia de oftalmia neonatal por transmissão vertical. Departamento científico de neonatologia (2019-2021). **SBP**, n. 9, 2020.

TAMEZ, R. N. **Enfermagem na UTI neonatal**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations on newborn health**: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259269?locale-attribute=pt> Acesso em: 30 mar. 2022.

SISTEMATIZAÇÃO DA CONSTRUÇÃO DO E-BOOK DERMATOSES NUTRICIONAIS NA INFÂNCIA

**Luana Pizarro Meneghello
Franceliane Jobim Benedetti
Mateus Célio da Silva
Carine de Pelegrini Bissacot
Rosiane Filipin Rangel
Leris Salete Bonfanti Haeffner**

Introdução

Manifestações dermatológicas são achados comuns na prática clínica em pediatria, contudo, nem sempre são facilmente avaliadas, podendo levar a diagnósticos inapropriados e impactar significativamente na qualidade de vida das crianças (HEILSKOV *et al.*, 2015). Surgem em qualquer fase do crescimento e desenvolvimento infantil, apresentando-se com características clínicas diferentes da população adulta (SILVA; ABAGGE, 2019). Além disso, podem se diferenciar de acordo com a idade, situação econômica e região (FERREIRA; NASCIMENTO; CIRVIDIU, 2011).

Quando associadas a questões nutricionais (alimentares/nutritivas), podem ser caracterizadas como alterações cutâneas relacionadas à deficiência nutricional, refletindo um estado carencial; relacionadas à insuficiência, estado pré-carencial; e àquelas relacionadas ao excesso de macro ou micronutrientes (PEREIRA; GARCIA, 2018). Causam alterações na pele, cabelos, unhas e mucosas, no entanto, ainda não há dados estatísticos que demonstrem o percentual no

público infantil, embora sejam prevalentes as evidências relatadas pelos profissionais de saúde na prática clínica (HEILSKOV *et al.*, 2015).

Para Lee e Yan (2012), as crianças na sociedade moderna estão predispostas a complicações nutricionais graves, pois o desconhecimento dos profissionais a respeito do tema pode dificultar o reconhecimento da patologia e do diagnóstico precoce. Nessa direção, Silva e Abagge (2019) realizaram um estudo com o objetivo de traçar o perfil dos pacientes encaminhados aos centros especializados de Dermatologia Pediátrica e atendidos num mutirão e concluíram que as queixas relacionadas a pele em pediatria são demandas frequentes, sendo que isso reforça a importância da discussão da temática na formação e qualificação de profissionais. Ainda, evidenciaram que a maior parte dos casos atendidos poderiam ser resolvidos na Atenção Básica por meio da investigação clínica adequada e com conhecimento acerca das alterações/manifestações mais prevalentes.

A partir desse entendimento, compreende-se a necessidade da construção de um e-book informativo sobre manifestações dermatológicas em desordens nutricionais para auxiliar os profissionais de saúde da Atenção Básica no conhecimento/reconhecimento/identificação de alterações na assistência à criança. Espera-se que essa tecnologia possibilite a qualificação das equipes de saúde no que tange a temática.

Frente ao exposto, objetiva-se com o presente estudo relatar o processo de construção de um e-book sobre manifestações dermatológicas em desordens nutricionais na infância.

Metodologia

Trata-se de um relato da sistematização do processo de construção de um e-book sobre dermatoses nutricionais na infância. Essa atividade é parte de uma pesquisa-ação realizada com profissionais de saúde da Atenção Básica, que desenvolvem assistência à criança num município localizado na região central do estado do Rio Grande do Sul. O projeto âncora, intitulado “Qualificação do acompanhamento multiprofissional de saúde em relação ao crescimento e desenvolvimento infantil na região central do Rio Grande do Sul”, foi aprovado na chamada DECIT/SCTIE/MS-CNPQ-FAPERGS 08/2020 – programa pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em saúde – PPSUS e recebeu financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS).

Neste texto são apresentados os dados que contemplam um dos objetivos específicos: elaborar, a partir das potencialidades e fragilidades identificadas junto aos profissionais de saúde, materiais informativos acerca da avaliação/acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

A construção do produto tecnológico foi sistematizada em etapas (Figura 1), quais sejam: revisão na literatura sobre manifestações dermatológicas em distúrbios nutricionais na infância; identificação do conhecimento de profissionais da saúde da atenção básica acerca do tema; qualificação para os profissionais da atenção básica abordando a temática; elaboração do layout e texto para constituir o material; e apresentação do e-book para apreciação e sugestão por parte dos profissionais da saúde.

Figura 1 - Etapas da construção do produto tecnológico e-book.



Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

O processo de construção do e-book foi desenvolvido no período de novembro de 2021 a abril de 2022. As questões éticas foram consideradas de acordo com a Resolução nº 466/2012 e o estudo recebeu aprovação sob o parecer nº 4.364.999.

Resultados

A **primeira etapa** para a construção do e-book foi o desenvolvimento de uma Revisão Narrativa da Literatura (RNL), visando identificar a produção científica acerca do tema. A busca foi realizada no mês de novembro de 2021 na base de dados MEDLINE, acessada via PubMed, por meio dos MeSH Terms “Skin manifestations”, “Child” e “Nutrition disorders”, utilizando o operador booleano “AND”. Foram encontradas 245

produções, mas apenas sete abordavam a temática de acordo com o objetivo proposto.

Na **segunda etapa**, “Identificação do conhecimento dos profissionais”, um convite foi realizado aos participantes do projeto para uma oficina sobre a temática. O convite foi enviado via Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES), pelo sistema próprio da prefeitura do município (Consulfarma). A atividade ocorreu no mês de fevereiro, via Google Meet, com duração de duas horas, e contou com a participação de 33 profissionais de saúde. Inicialmente, a pesquisadora realizou o questionamento aos participantes: O que vocês sabem sobre a temática manifestações dermatológicas e desordens nutricionais na infância? Já ouviram falar sobre isso e a relação que podem ter? Os participantes puderam falar no chat e/ou por meio do microfone.

Após, iniciou-se a **terceira etapa**: “Qualificação dos profissionais”. A partir da resposta dos participantes, a pesquisadora começou a explicar sobre o tema e qual a relação com a infância, bem como o que pode repercutir no crescimento e desenvolvimento infantil. Os profissionais puderam debater com a pesquisadora, bem como tirar dúvidas. Ao final, foi apresentada a proposta de construção do e-book para os participantes, bem como as abordagens a serem realizadas. O momento foi sinalizado pelos participantes como enriquecedor, esclarecedor e necessário para a prática no cotidiano de trabalho. Além disso, entendem que o e-book vai auxiliá-los a identificarem possíveis casos precoces para encaminhamentos, pois o conhecimento do tema ainda é limitado, especialmente no cenário da Atenção Básica, conforme evidenciado no grupo.

Após esse momento, as pesquisadoras reuniram-se para a **quarta etapa**: elaboração do layout e do texto, sendo que para isso foram consideradas a coleta de dados das etapas anteriores. Também, uma profissional do design foi contratada para

auxiliar nessa fase. Assim, na construção do e-book foi utilizado o programa Adobe Indesign 2020. O layout foi produzido pelo programa Adobe Illustrator. As fontes utilizadas foram "League Spartan" para os títulos, "DK Cool Crayon" para detalhes do título a serem utilizados na capa de apresentação e "Gotham Rounded" para o corpo do texto. A cor predominante da peça foi a "bc946b", já utilizada na logomarca da pesquisadora principal do estudo. As outras cores de apoio foram pensadas para se relacionar com as tonalidades dos alimentos presentes na capa.

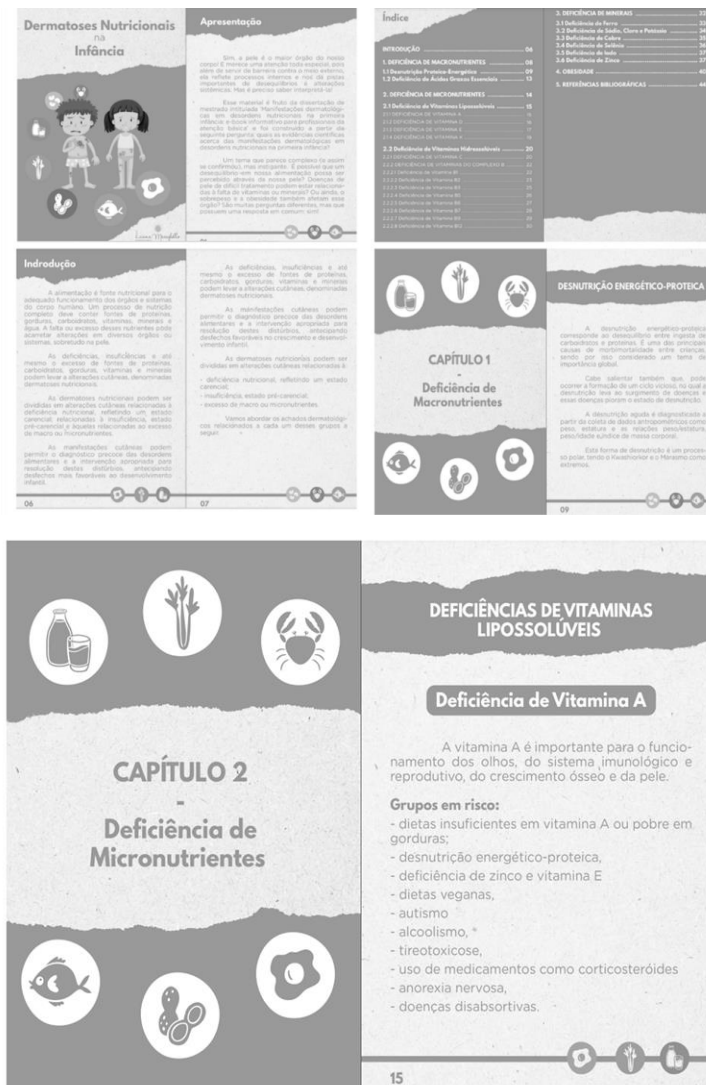
Para a construção da peça, também foi utilizada uma textura que se assemelha a papel, para que se relacione a algo feito à mão, desenhado, que remete a desenho infantil. O e-book foi organizado com a seguinte estrutura: capa, folha de rosto, apresentação, apresentação da autora, índice, corpo do texto dividido em capítulos contemplando as Deficiências Proteicas, Deficiências de vitaminas Hidrossolúveis, Lipossolúveis, Deficiências de Minerais e Obesidade, referências e figura mapa mental.

A última etapa foi a apresentação do material para os profissionais, seguindo-se a mesma metodologia da segunda etapa, ou seja, oficina online. Os participantes puderam dar suas opiniões e sugestões a partir do e-book projetado. Após os ajustes, a revisão de português e confecção de ficha catalográfica, as autoras comprometeram-se a fazer a divulgação do material via e-mail das unidades, Consulfarma, WhatsApp dos profissionais e Instagram do projeto. Além disso, o mesmo será hospedado na página pessoal da autora principal, por meio do site – <https://luanameneghello.com.br>, que direciona ao pdf do e-book. Ressalta-se que o acompanhamento do número de acessos/visualizações e downloads do material será realizado no referido site. Além disso, pretende-se seis meses após o lançamento do produto, possibilitar um novo encontro com o

grupo de profissionais visando identificar como o material contribuiu com a prática dos mesmos, bem como as dúvidas que surgiram nesse cenário.

Na sequência, apresenta-se um breve resumo do e-book construído (Figura 2).

Figura 2 - Resumo do e-book: Dermatoses Nutricionais na Infância.





Devido à diversidade dessas substâncias no sistema orgânico humano, apenas aquelas que estão relacionadas a achados cutâneos serão abordadas.

DEFICIÊNCIA DE FERRO

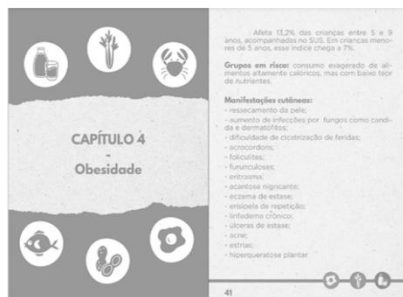
Grupos em risco:

- mulheres em idade reprodutiva;
- crianças em fase de crescimento e com dieta pobre em ferro;
- RN prematuros, e/ou filhos de mães diabéticas ou lactentes alimentados com fórmulas;
- dietas com pouco consumo de alimentos ricos em ferro;
- doenças disabsortivas;
- parasitoses intestinais.

Anexos cutâneos:

- unhas frágeis com estrias longitudinais e espessura fina, achatada e em formato de colher (colôniquia);
- perda difusa de cabelos na fase telógena;
- glossite com atrofia ou ausência de papilas, glossodinia, estomatite aftosa, queilite angular, palidez de mucosa.

33

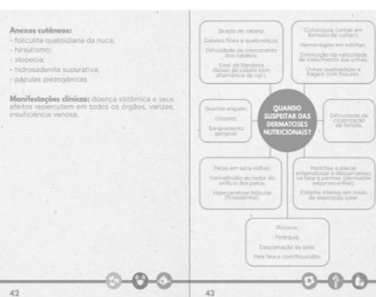


Atinge 12,7% das crianças entre 5 e 9 anos, acompanhadas no SUS. Em crianças menores de 5 anos, esse índice chega a 7%.

Grupos em risco:

- aumento da infecção por fungos como candida e dermatofitos;
- dificuldade de cicatrização de feridas;
- acromegalia;
- foliculites;
- furunculoses;
- celulite;
- acantose nigricante;
- eczema de estase;
- erupção de repiginação;
- infundemia cônica;
- ulcera de estase;
- acne;
- estrías;
- hiperostose plantar

41

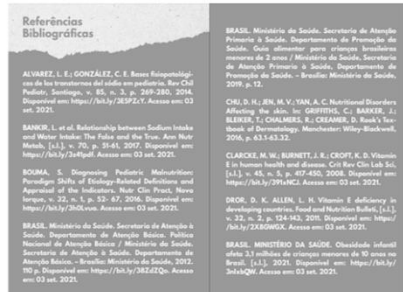


Anexo cutâneo:

- foliculite quatriderária da nuca;
- banqueiras;
- alopecia;
- hiperostose plantar;
- erupção de repiginação;
- eczema de estase;
- ulcera de estase;
- acne;
- estrías;
- hiperostose plantar

Manifestações clínicas:

deficiência de ferro: anemia sistêmica e seus efeitos sistêmicos em todos os órgãos, sintomas multifuncionais variáveis.



Referências Bibliográficas

- ALVAREZ, L. E.; GONZÁLEZ, C. F. Bases fisiopatológicas de los trastornos del estado en pediatría. *Rev Chil Pediatr*, Santiago, v. 85, n. 3, p. 269-280, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rchp.2014.03.001>. Acesso em: 03 set. 2021.
- BANKE, L. et al. Relationship between Sodium Intake and Water Intake: The Fals and the True. *Ann Nutr Metab*, [s.l.], v. 70, p. 35-41, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000455555>. Acesso em: 03 set. 2021.
- BOIMA, S. Disrupting Pediatric Metabolic Pathways: Shifts of Energy-Related Deficiency and Approval of the Substrate. *Nat Clin Pract Metab*, New York, v. 22, n. 1, p. 52-67, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/nm.4000>. Acesso em: 03 set. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 70 p. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000455555>. Acesso em: 03 set. 2021.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 70 p. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000455555>. Acesso em: 03 set. 2021.
- CHU, D. H.; ZHANG, M. Y.; TAN, A. C. Nutritional Disorders Affecting the Skin. In: GRIFFITHS, C. E.; BAKER, J. A.; BLOOM, J. J.; CHAMBERS, R. E.; CREASER, D. R. (eds.). *Textbook of Dermatology*. Manchester: Wiley-Blackwell, 2008. p. 633-635.
- CLARKE, M. W.; BURNETT, J. R.; CROFT, K. B. Vitamin E in human health and disease. *Crit Rev Clin Lab Sci*, [s.l.], v. 45, n. 5, p. 407-428, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10409170701488888>. Acesso em: 03 set. 2021.
- DODD, D. K.; ALLEN, L. H. Vitamin E deficiency in developing countries. *Nat Clin Pract Metab*, [s.l.], v. 22, n. 1, p. 124-143, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/nm.4000>. Acesso em: 03 set. 2021.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Classificação Internacional de Doenças. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000455555>. Acesso em: 03 set. 2021.

- TRABER, M. G.; KAMAL-ELDIN, A. Oxidative stress and vitamin E. In: KAMAL-ELDIN, A.; TRABER, M. B. (eds.). *Nutritional Aspects*. Springer and Life Press, 2007. p. 135-158.

- UNICEF. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. *Meio ambiente: proteção do mundo de milhões de crianças em todo o mundo, alertas de UNICEF sobre a crise ambiental global*. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000455555>. Acesso em: 03 set. 2021.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Malnutrition*. WHO, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000455555>. Acesso em: 03 set. 2021.

- YAMAZAKI, H.; ITO, S.; YOSHIDA, D. *Acne*. In: *Acne*. Elsevier, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000455555>. Acesso em: 03 set. 2021.

- YAN, A. C.; ZHANG, M. Y. Skin signs of pediatric metabolic disorders. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, [s.l.], v. 42, n. 8, p. 202-207, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000455555>. Acesso em: 03 set. 2021.

"Que o teu alimento seja o teu remédio e o que o teu remédio seja o teu alimento."

- Hipócrates



31

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Discussão

O processo sistematizado utilizando as mídias digitais para a construção do e-book foi pensado a partir do entendimento de que essas possibilitam o engajamento de todos os atores em ações e projetos coletivamente. Além disso, a forma de divulgação pelas plataformas facilita o acesso e manuseio, o que pode contribuir significativamente com as ações de promoção à saúde no contexto da Atenção Básica (FRANÇA; RABELLO; MAGNAGO, 2019).

Esse pensar vai ao encontro do proposto na Agenda Digital 2018 para a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), que foi desenvolvida com o intuito de nortear esses países nos desafios e transformação digital, interconectando-se aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, sinalizados na Agenda 2030 das Nações Unidas. Na agenda digital são apresentados quatros pilares de acordo com as linhas orientadoras, quais sejam: I - Infraestruturas de Comunicações Eletrônicas, II - Serviços Digitais, III - Segurança Digital, IV - Literacia Digital e Capacitação. No que tange ao pilar IV, uma das medidas sugeridas como estratégica para o alcance dos objetivos é a disponibilização de e-books (CORKINS, 2020).

Frente ao exposto, compreende-se a importância do desenvolvimento do e-book, bem como de uma reflexão acerca da utilização das ferramentas digitais e o quanto essas podem nortear, impactar e possibilitar diferentes estratégias na formação, promoção e educação em saúde (FRANÇA; RABELLO; MAGNAGO, 2019). Ainda, entende-se que essa tecnologia possibilita aos profissionais de saúde acesso a diferentes saberes de forma rápida, acessível e baseada em evidências científicas.

Nessa direção, destaca-se a temática abordada das dermatoses nutricionais na infância. Essa foi selecionada para compor o e-book considerando a experiência clínica da pesquisadora principal do estudo, bem como a necessidade de discussão evidenciada na literatura.

Sabe-se que o reconhecimento inicial de qualquer alteração que comprometa a saúde da criança possibilita um crescimento e desenvolvimento adequado. Nesse sentido, pesquisa evidenciou que as manifestações cutâneas são, frequentemente, os primeiros sinais nos casos de deficiência nutricional, sendo que quando não identificadas e encaminhadas precocemente, podem levar a um aumento na morbidade e mortalidade (LEKWUTTIKARN; TENG, 2018).

Esse pensar é corroborado nos estudos de Corkins (2015) ao evidenciar que a avaliação nutricional em pediatria se apresenta como um desafio, pois esses pacientes têm maior possibilidade de desnutrição quando comparados a indivíduos adultos, sendo que o prolongamento desse quadro compromete o seu desenvolvimento. Enfatiza, ainda, que estudos de caso de deficiências de micronutrientes, de ácidos graxos essenciais e desnutrição proteico-calórica com manifestações cutâneas em países desenvolvidos estão sendo descritos. De acordo com Lekwuttikarn e Teng (2018), as pesquisas vêm sinalizando um aumento na incidência de deficiências nutricionais em crianças, que podem estar associadas as intolerâncias, alergias e/ou restrições alimentares.

A partir disso, compreende-se que inúmeros são os desafios para os profissionais de saúde, principalmente aqueles atuantes na atenção primária, no que tange as manifestações cutâneas causadas pelas desordens nutricionais em pediatria. Eles precisam ter o conhecimento acerca dessas alterações para que sejam identificadas e tratadas precocemente, evitando agravos à saúde das crianças.

Destaca-se a Atenção Primária por ser a porta de entrada e o componente coordenador do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, além de ter por diretriz, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a resolutividade, evidenciando os riscos, as necessidades e as demandas de saúde da população, ordenando a rede. Para tanto, os profissionais de saúde que atuam nesses cenários devem estar qualificados a oferecer um cuidado integral, contínuo e sistematizado às pessoas, com ações de promoção e educação em saúde que tenham como base a individualidade e coletividade de acordo com o território (BRASIL, 2012).

Nesse ínterim, entende-se a importância de instrumentalizar os profissionais de saúde da Atenção Básica para o conhecimento/reconhecimento/identificação das manifestações dermatológicas em distúrbios nutricionais, visando um cuidado integral e resolutivo que leve em consideração os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como os direitos de saúde da Criança (LIMA *et al.*, 2016).

Considerações finais

Considera-se que o processo sistematizado adotado para a elaboração do e-book possibilitou o desenvolvimento de um material que vai ao encontro das necessidades dos profissionais de saúde no contexto da Atenção Básica, pois evidenciou-se nos relatos durante a oficina de qualificação o desconhecimento acerca do tema e o interesse em compreendê-lo. A partir disso, entende-se que a participação coletiva de interação de todos os atores na criação de tecnologias para o cuidado é capaz de promover uma maior adesão e engajamento das pessoas na construção do conhecimento, visto que durante o processo elas sentem-se parte do todo.

Nesse construto, espera-se que a partir do processo sistematizado e produto final, o e-book, o despertar para a temática nas equipes de saúde da Atenção Básica venha a emergir e os profissionais sensibilizem-se para essas investigações no atendimento as crianças, realizando os diagnósticos e encaminhamentos precocemente, visando um viver mais saudável no contexto pediátrico.

Em suma, acredita-se que a partir dessa proposta outras iniciativas e estratégias possam ser pensadas por profissionais e pesquisadores visando a prestação de uma assistência que vá ao encontro das necessidades da população e dos desafios que se apresentam cotidianamente nos cenários de saúde.

Referências

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/38ZdZQo>. Acesso em: 28 abr. 2022.

COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA. **Agenda Digital para a CPLP 2018**. Lisboa: CPLP, 2018. Disponível em: <https://tinyurl.com/ycxr9x9k>. Acesso em: 28 abr. 2022.

CORKINS K. G. Nutrition-focused physical examination in pediatric patients. **Nutr Clin Pract**, v. 30, n. 2, p. 203-209, 2015. Disponível em: <https://tinyurl.com/32s3uhds>. Acesso em: 28 abr. 2022.

FERREIRA, F. R.; NASCIMENTO, L. F. C.; CIRVIDIU, D. C. Prevalência de dermatoses pediátricas em um hospital universitário na região sudeste do Brasil. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 86, n. 3, p. 477-482, 2011. Disponível em: <https://tinyurl.com/2nakn8f6>. Acesso em: 28 abr. 2022.

FRANÇA, T.; RABELLO, E. T.; MAGNAGO, C. As mídias e as plataformas digitais no campo da Educação Permanente em Saúde: debates e propostas. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 1, p. 106-115, 2019. Disponível em: <https://tinyurl.com/y6ssvxwp>. Acesso em: 28 abr. 2022.

HEILSKOV, S. *et al.* Characterization and scoring of skin changes in severe acute malnutrition in children between 6 months and 5 years of age. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, v. 29, n. 12, p. 2463-2469, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/3h2s3x3>. Acesso em: 28 abr. 2022.

LEE, L. W.; YAN, A. C. Skin manifestations of nutritional deficiency disease in children: modern day contexts. **Int J Dermatol**, v. 51, n. 12, p. 1407-1418, 2012. Disponível em: <https://bit.ly/3z0doZB>. Acesso em: 28 abr. 2022.

LEKWUTTIKARN, R.; TENG, J. Cutaneous manifestations of nutritional deficiency. **Curr Opin Pediatr**, v. 30, n. 18, p. 505-513, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3yXr5s7>. Acesso em: 28 abr. 2022.

LIMA, L. G. *et al.* A Utilização da Caderneta de Saúde da Criança no acompanhamento Infantil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 20, n. 2, p. 167-174, 2016. Disponível em: <https://tinyurl.com/2p8j3ucr>. Acesso em: 28 abr. 2022.

PEREIRA, L. B.; GARCIA, L. C. Dermatoses Nutricionais. *In*: BELDA J. W.; CHIACCHIO, N.; CRIADO, P. R. **Tratado de Dermatologia**. 3. ed., v. 2. Rio de Janeiro: Atheneu, 2018. p. 1843-1865.

SILVA, R. R. S.; ABAGGE, K. T. Dermatoses na infância: perfil dos pacientes atendidos no mutirão de Dermatologia Pediátrica 2016. **Resid Pediatr**, v. 9, n. 3, p. 234-239, 2019. Disponível em: <https://bit.ly/2XaxlzY>. Acesso em: 28 de abr. de 2022.

TECNOLOGIA DIDÁTICO-EDUCATIVA PARA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA ADOLESCÊNCIA

Gicelle Moraes Martelli

Graziele Alves Flores

Carla Lizandra de Lima Ferreira

Cláudia Zamberlan

Rosane Gomes de Oliveira

Josiane Lieberknecht Wathier Abaid

Regina Gema Santini Costenaro

Introdução

Os conceitos de escola foram modificando com o decorrer dos anos. As relações entre as instituições de ensino e fatores econômicos, culturais, sociais e de religião envolvem paradigmas educacionais já estabelecidos na sociedade. Assim, as escolas buscam desenvolver métodos de ensino e aprendizagem através de uma pré-seleção dos conteúdos que serão abordados nas diferentes áreas do conhecimento (PEREIRA *et al.*, 2009).

Nas duas últimas décadas, a gravidez precoce foi responsável por 20% dos óbitos entre as adolescentes, uma vez que 13,2 milhões de crianças e adolescentes, na faixa etária entre 10 e 19 anos, ficaram grávidas no Brasil. Esse dado foi informado e divulgado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), que os coletou junto ao Ministério da Saúde (MS). Destaca-se, ainda, que somente em 2016, por meio de dados

mais recentes divulgados pela Organização das Nações Unidas (ONU), houve 500 mil gestações entre meninas (ONU, 2018).

Em relação ao Brasil, um dos principais alertas feitos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) diz respeito à elevada incidência de gravidez na adolescência, onde a taxa é de 62 adolescentes grávidas para cada grupo de mil jovens na faixa etária entre 15 e 19 anos. O índice é maior que a taxa mundial, que corresponde a 44 adolescentes grávidas para cada grupo de mil e em 20 anos 13 milhões de crianças e adolescentes engravidaram no país (ONU, 2018).

A inserção das campanhas de vacinação contra a transmissão do Vírus Papiloma Humano (HPV) aumentou a necessidade de discutir sobre a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) na fase da adolescência. A infecção pelo HPV ocorre, principalmente, através do contato sexual sem proteção, bem como pela transmissão vertical durante a gestação e contágio durante o parto, semelhante a outras ISTs. No entanto, quando contaminada, a pessoa pode ser assintomática, pois o vírus pode estar em um período de incubação, levando anos para apresentar sinais ou mesmo a vida toda sem manifestar (OLIVEIRA, 2020).

O início precoce da vida sexual, e principalmente desprotegida, são fatores de risco que contribuem para a exposição a infecções sexualmente transmissíveis e a ocorrência de gravidez não planejada. A maioria dos jovens não recebe informação adequada e de qualidade. Alguns possuem pouco conhecimento sobre como evitar a gravidez, entretanto, não conhecem a variedade de métodos contraceptivos. Ademais, a contracepção dupla, com o uso concomitante do preservativo e da pílula, orientados não só para evitar a gravidez, mas também as ISTs, não é bem aceito por todos os adolescentes dos diferentes sexos (VIEIRA *et al.*, 2021).

Destaca-se que as diferentes fases do ciclo vital são vivenciadas de modos distintos, porém, na adolescência ocorre a manifestação de atitudes vividas de maneira intensa, podendo provocar certa negligência no autocuidado. Essas atitudes são vivenciadas de acordo com o cenário de vida de cada adolescente, deixando-os à mercê de situações vulneráveis e, assim, potencializando o risco de adquirir uma IST ou engravidar precocemente por descuido (FERREIRA; PIAZZA; SOUZA, 2019).

Atualmente, ainda é considerado um desafio, para os profissionais de saúde e de educação, manter os limites e os acordos de convivência com adolescentes, a fim de amenizar a iniciação sexual precoce. Por isso, a promoção de educação para a saúde, prevenção de gravidez e de ISTs com adolescentes, preconizada como tema de discussão transversal, deve ser retomada continuamente em sala de aula. Do mesmo modo, as equipes diretivas, tanto da saúde quanto da educação, devem proporcionar momentos de discussão com os professores e equipe multiprofissional de saúde, a fim de instrumentalizá-los para o processo de educação para a saúde, enfatizando as características e principais necessidades dos adolescentes (MORAES; BRETAS; VITALE, 2018).

Em pesquisa realizada no Brasil, sobre a saúde do adolescente, foi evidenciado que 27,5% dos adolescentes estudantes do nono ano do ensino fundamental já tinham experienciado relação sexual ao menos uma vez. Desses adolescentes, apenas 61,2% afirmaram ter usado preservativo na primeira relação sexual. Esses dados fortalecem a necessidade dos adolescentes de falar mais sobre a sexualidade e seus entornos, e esse diálogo deve estar inserido nas relações familiares, no ambiente escolar e no vínculo com os profissionais de saúde. É necessário que as relações sejam de confiança,

segurança e liberdade para poder falar com uma linguagem clara e atenta (BRASIL, 2016).

Adiciona-se a isso o fato de que, na escola, muitas vezes a educação sexual se resume aos aspectos biológicos e reprodutivos, o que não supre as demandas dos adolescentes. Para Moraes, Bretas e Vitale (2018), as tensões em torno da sexualidade na instituição escolar estão para além dos conteúdos curriculares explícitos, o que na maior parte das vezes se desdobra em práticas e discursos normativos herdados da própria educação familiar antissexual que eles receberam ou do déficit de discussão sobre essa temática na formação acadêmica.

Anualmente, cerca de 1,5 milhões de mulheres adquirem sífilis e quase a metade delas que não realizaram tratamento terão desfecho adverso, como aborto espontâneo, morte fetal, baixo peso ao nascer ou prematuridade, bem como sinais clínicos de Sífilis Congênita (WHO, 2012).

Mediante essas discussões, a questão norteadora deste estudo foi: as tecnologias didático-educativas podem contribuir como elemento disparador para as discussões sobre prevenção de gravidez na adolescência e ISTs no contexto da sala de aula?

Justifica-se a importância desta temática devido ao Programa de Saúde na Escola (PSE) ser uma política intersetorial do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação, instituído por meio do Decreto nº 6.286, de 05/12/2007. Esse programa requer intervenções de promoção da saúde, incluindo a promoção da saúde sexual e reprodutiva. O setor educacional, dada sua capilaridade e abrangência, é um aliado importante para a concretização de ações de promoção da saúde, pois pode transformar a realidade econômica, política, cultural e histórica dos adolescentes e, nesse constructo, fomentar a abordagem da gravidez na adolescência de modo a demonstrar o que esse processo denota para os aspectos físicos, psicológicos e sociais do adolescente (BRASIL, 2007).

As estratégias de educação em saúde sobre prevenção de gravidez não planejada e que serão tratadas na pesquisa estão alinhadas com: a Agenda de Prioridades Atuais de Pesquisa do Ministério da Saúde (APPMS) contemplada no Eixo 8 - Gestão do trabalho e Educação em Saúde, item 8.2. Avaliação da implementação de estratégias de educação em saúde no SUS e prioridade norteadora do eixo 14 (BRASIL, 2018); e os objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) - Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU), mais especificamente nos ODS-3, associada à gravidez precoce e suas múltiplas implicações às jovens mães, tais como ausência de escolaridade e independência financeira, e às crianças por elas geradas, as quais se encontram no grupo dos mais elevados índices de mortalidade antes dos cinco anos e desnutrição (ONU, 2015).

Atualmente, observa-se que a percepção do mundo se modifica a cada instante de forma dinâmica, a qual sofre inúmeras mudanças constantemente. Dessa maneira, as instituições de ensino têm destacado a necessidade de reformular seu papel social e o processo de ensino-aprendizado. Metodologias lúdicas são alternativas que auxiliam na construção do conhecimento pessoal e social dos jovens em idade escolar (ALMEIDA; OLIVEIRA; REIS, 2021).

Nessa abordagem, justifica-se este estudo respaldado em evidências já pautadas na literatura e na necessidade de respostas frente a uma demanda de promoção da saúde de escolares no contexto da prevenção da gravidez na adolescência e de infecções sexualmente transmissíveis.

Mesmo com a existência de ações de prevenção da gravidez na adolescência, ainda emergem lacunas a serem preenchidas, relacionadas à maneira de como abordar as adolescentes sobre seus interesses pessoais e os cuidados com sua saúde. A criação desta tecnologia pode amenizar as dúvidas de adolescentes, referentes a sua saúde sexual e reprodutiva. Assim,

este artigo objetiva relatar o percurso metodológico de criação de um material didático do tipo jogo de cartas sobre questões disparadoras envolvendo saúde sexual, prevenção de gravidez e ISTs na adolescência.

Metodologia

Destaca-se que este projeto é parte de um projeto maior intitulado “Redução de Gravidez e Infecções Sexualmente Transmissíveis na adolescência por meio de estratégias intersetoriais de educação em saúde”, o qual foi aprovado no edital CHAMADA FAPERGS/MS/CNPq 08/2020 – PPSU. Este possui vários objetivos, sendo um deles propor estratégias que subsidiem o aprofundamento de conhecimentos sobre sexualidade na adolescência, prevenção das ISTs e da gestação precoce. Assim, o jogo proposto neste estudo pode atender o objetivo citado.

Esta pesquisa atende a Resolução de pesquisa com seres humanos. Salienta-se que este projeto está inserido em um projeto maior intitulado “Redução de gravidez e infecções sexualmente transmissíveis na adolescência”, o qual está registrado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com número CAAE: 50905521.6.0000.5306 e número do Parecer 4.929.283.

Inicialmente, foi realizada uma pesquisa de literatura, buscando o estado da arte sobre a temática discutida, ou seja, abordagem do ensino de IST e prevenção de gravidez precoce por meio de um jogo de cartas para adolescentes.

Na metodologia de pesquisa, deve-se ter uma trajetória realizada pelo pesquisador, a qual inicia por um pré-projeto, desenvolve uma reflexão lógica sobre o assunto definido e, posteriormente, desenvolve discussões qualitativas ou quantitativas sobre os dados encontrados (MIRANDA; TOSTES, 2020).

Posteriormente, foi elaborado o jogo de cartas intitulado “Memorizando”. Assim, o conceito de tecnologia está vinculado ao desenvolvimento de um produto como processo de transformação de ideias. Dessa forma, defende-se que as “novas” tecnologias podem ser consideradas na mesma área até então executada, ou não, podendo incorporar novos objetivos a outros processos de produção (SILVA, 2002).

Etapas de construção do jogo:

1ª Etapa: estudo preliminar: constou de pesquisa científica, a fim de conhecer a existência de jogos que abordassem a temática definida. A busca foi exitosa, com relação aos jogos, porém, raros com a abordagem proposta nesta pesquisa.

A origem da palavra “jogo” tem a brincadeira como seu significado. Ao brincar, os jogos promovem um ambiente planejado, agradável e enriquecedor, oportunizando a aprendizagem, o desenvolvimento de habilidades, de cognição, da autorreflexão, da autonomia, da criatividade, da autoavaliação, da concentração, dos limites e do respeito. Além disso, instiga uma interação saudável e descontraída entre os alunos e na relação professor-aluno (FRANCO, *et al.*, 2018).

2ª Etapa: desenvolvimento da ideia: a partir da experiência da pesquisadora, foi realizada uma busca de evidências científicas que abordavam os jogos com a integração de perguntas e respostas. A intenção da utilização dessas metodologias lúdicas foi inserir os jovens na discussão sobre quais são as decisões a serem tomadas em determinadas situações envolvendo educação sexual e reprodutiva.

3ª Etapa: criação do layout do jogo: o layout tem como objetivo instigar a temática das perguntas e respostas dos alunos,

além de exemplificar alguns itens de prevenção de ISTs e gravidez. Neste jogo, consta no layout figuras que trazem a ideia de promoção da saúde sexual e reprodutiva, como: preservativo feminino e masculino, imagem de menino e menina, apresentando no fundo uma cor neutra.

Figura 2 - Layout das cartas.



O design está relacionado à concepção visual de uma mensagem, através do seu campo multidisciplinar. As mensagens a serem passadas podem ser definidas por princípios de organização visual, como: funcionais, estéticos, cognitivos, linguagem verbal, visual e sonora, bem como a combinação dessas linguagens e suas propriedades na formação das mensagens. No princípio funcional, pode-se destacar a clareza na apresentação, caracterizada pelas figuras, layout, contrastes, apresentação do texto e uso de cores, por exemplo (ALVES; VIANA; 2019).

4ª Etapa: elaboração, das cartas do jogo com perguntas e respostas sobre saúde sexual e reprodutiva do adolescente: a pesquisadora e orientadora definiram os temas mais relevantes ou que eram destacados nas abordagens com os adolescentes, em experiências anteriores no ambiente escolar. Também contribuíram as demandas destacadas por professores durante atividades desenvolvidas pelo projeto Redução de Gravidez e

Infecções Sexualmente Transmissíveis na adolescência por meio de estratégias intersetoriais de educação em saúde.

5ª Etapa: apresentação do jogo: para realizar o layout, foi utilizado a plataforma do *Canva*, para facilitar a construção de um material, colorido, lúdico e que chame a atenção e instigue a reflexão dos jogadores.

A seguir, apresenta-se o Quadro 1, com o demonstrativo do conteúdo das cartas do jogo “Memorizando”: perguntas e respostas.

Quadro 1 - Descritivo do conteúdo das cartas do jogo “Memorizando” perguntas e respostas.

Número	Pergunta	Resposta
1	Existe mais de um tipo de preservativo?	Sim, o feminino e o masculino.
2	O que é preservativo?	É um método contraceptivo do tipo de barreira.
3	Pode ser utilizado o preservativo masculino e feminino juntos?	Não, pois o risco de uma das duas de se danificar será grande, correndo o risco de engravidar ou de se infectar.
4	O que é menarca?	Primeira menstruação.
5	O que é menstruação?	É a descamação das paredes internas do útero quando não há fecundação.
6	O sangue da menstruação é sujo?	Não, o corpo feminino se prepara para a gravidez, e quando esta não ocorre, o endométrio (membrana interna do útero) se desprende, causando o sangramento.
7	O que é IST?	Infecções Sexualmente Transmissíveis.
8	Como se prevenir de Infecções Sexualmente Transmissíveis?	Utilizando preservativo feminino ou masculino.
9	Relações homoafetivas podem	Sim, dessa maneira deve haver um

	transmitir IST?	cuidado e utilização de preservativo. Lembrando que todas as relações sexuais podem ocasionar transmissão de infecção.
10	Transar quando está menstruada pode engravidar?	As chances de engravidar durante a menstruação são muito baixas, mas podem ocorrer se manter relações sexuais sem contraceptivo.
11	Se você esqueceu um dia de tomar pílula anticoncepcional, o que você deve fazer?	Tomar a pílula que foi esquecida o quanto antes.
12	Se você esqueceu dois dias de tomar pílula anticoncepcional, o que você deve fazer?	Parar de tomar as pílulas da cartela, esperar vir a menstruação e iniciar nova cartela.
13	Uma menina menstruou dia 06 de abril. Quando será seu período fértil?	15 a 23 de abril
14	Qual é o tempo do período fértil?	De 7 a 8 dias
15	O que é período fértil?	É o período que o óvulo sai do ovário e migra até a trompa uterina e pode ocorrer fecundação.
16	Bebidas alcoólicas podem interferir no efeito da pílula?	Se ingerir pouca quantidade de álcool, não interfere. Mas se a mulher vomitar, a chance de interferir aumenta.
17	Lavar os cabelos e andar descalça afeta a menstruação?	Não. Deve-se manter os cuidados de rotina. Porém trocar o absorvente a cada 6 horas (de acordo com o fluxo).
18	O que é cólica menstrual?	É uma dor pélvica, provocada pela contração do útero para eliminar o endométrio, durante o período menstrual.
19	O que é fecundação?	É a união do óvulo com o espermatozoide originando o ovo, que evolui para embrião - feto - bebê.
20	O que é óvulo?	É a célula feminina que, se fecundada com o espermatozoide, forma um embrião.

21	O que é espermatozoide?	É a célula masculina que se fecunda com o óvulo, formando o embrião.
22	Quais são as principais ISTs?	HPV, hepatites B e C, Sífilis e HIV.

6ª Etapa: Organização da turma: inicialmente, o professor deve separar a turma entre grupos de quatro a seis alunos. Logo após, deve ler todas as regras do jogo para a turma e os baralhos devem ser colocados em dois montes (um com as respostas e outro com as perguntas) e, assim, os alunos podem iniciar o jogo após a compreensão das regras.

7ª Etapa: Regras do jogo: as cartas de perguntas e respostas devem ser embaralhadas separadamente. Ao escolher a carta, a mesma deve ser lida em voz alta e terá três tentativas para encontrar a resposta correta. Caso utilizar as tentativas sem êxito, deverá devolver a carta ao monte. O jogo termina quando todas as cartas de perguntas tiverem suas respectivas respostas corretas e a pontuação é dada pela quantidade de perguntas acertadas. Será vencedor o aluno que acertar o maior número de perguntas e encontrar as respectivas respostas.

BULA ORIENTADORA PARA APLICAÇÃO DO JOGO

ALGUNS CUIDADOS AO LEVAR O JOGO PARA A SALA DE AULA:

Teste prévio do jogo - é essencial que o professor teste o jogo de cartas antes de utilizá-lo em sala de aula, evitando, assim, reações indesejáveis durante a execução e atentando se todas as peças do jogo estão completas, utilizando a bula junto ao jogo com as perguntas e suas respectivas respostas.

Examinar regras - as regras devem ser lidas após a divisão dos alunos entre grupos de quatro a seis pessoas, visto que se o aluno não compreender as regras de forma clara, acaba perdendo interesse na atividade. Assim, com um bom entendimento das regras, a complexidade da temática se torna uma motivação e o jovem desenvolve interesse pelo desafio de vencer.

Abordagem da temática - é interessante que o professor realize uma aula prévia para inserir o tema na rotina das aulas e prepare antecipadamente algumas atividades relacionadas aos conteúdos desenvolvidos no jogo.

Contraindicações do Jogo Memorizando: crianças e adolescentes menores de 14 anos não devem realizar a atividade; o professor só deve jogar se tiver uma instrução e inserção prévia do conteúdo em sala de aula; os alunos não podem jogar antes do professor estudar a temática em sala de aula; o jogo não pode ser aplicado sem monitoramento.

A pontuação nos jogos: a pontuação é o motivacional do aluno, uma vez que vem ao encontro de um estímulo maior. A pontuação dada, pelo número de acertos das perguntas com as suas respectivas respostas, provoca, no adolescente, o sentimento de competição. Finaliza o jogo ao terminar as cartas distribuídas na mesa.

Efeitos colaterais do Jogo Memorizando: esclarecimento de ideias; desenvolvimento da maturidade pessoal; aprendizagem sobre o funcionamento do corpo; socialização entre colegas e professores; ajuda a evitar a gravidez precoce e a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis.

Estratégias de avaliação e validação do jogo

Para esta etapa, deverá ser contatada a equipe diretiva de uma escola de Ensino Fundamental para apresentação do jogo e autorização para que o mesmo seja posto em prática em uma turma do 9º ano, cuja idade dos adolescentes esteja incluída na faixa etária igual ou superior a 14 anos. Essa prática deverá ser acompanhada por um professor, o qual observará as atitudes dos alunos e conduzirá o jogo dentro das suas normas. Essa idade é determinada pelas prerrogativas da Base Nacional Comum Curricular (BNCC) (RS).

OBS: Essas estratégias admitem complementações de acordo com a equipe diretiva da escola, bem como os pareceres emitidos pela banca deste trabalho e a mestrandia que dará prosseguimento ao processo de validação.

Temas abordados e seus respectivos conceitos

Os conceitos descritos a seguir foram resumidos das escritas de Oliveira (2020), Brasil (2013) e Pereira *et al.* (2009).

Camisinha: também chamado de preservativo, é um método contraceptivo do tipo de barreira;

Preservativo: é um método contraceptivo do tipo de barreira;

Menstruação: é a descamação da parede interna do útero. Essa descamação faz parte do ciclo reprodutivo da mulher e acontece todo mês. O corpo feminino se prepara para a gravidez, e quando não ocorre, o endométrio (membrana interna do útero) se desprende;

Cólica menstrual: é uma dor pélvica, provocada pela liberação de prostaglandina, substância que faz o útero contrair para eliminar o endométrio, durante o período menstrual;

Relação sexual: comportamento íntimo entre duas pessoas do mesmo sexo ou não, podendo haver relação de penetração ou carícias;

IST: Infecção Sexualmente Transmissível;

Espermatozoide: é a célula reprodutiva masculina;

Óvulo: é a célula reprodutiva feminina.

Resultados

O saber do professor deve transcender as questões do jogo. Durante a didática, os alunos podem realizar outras perguntas ou ficarem com dúvidas em relação às perguntas e respostas do jogo “Memorizando”. Dessa maneira, é imprescindível que o professor esteja preparado e tenha conhecimento nos assuntos envolvidos no instrumento didático.

Se necessário, em um próximo momento, o professor pode retomar a abordagem não só retirando as dúvidas, mas realizando uma revisão sobre a aula de inclusão da temática na rotina dos alunos. Embora a grande maioria dos adolescentes referem ter conhecimento e orientações sobre as ISTs, é nítida a falha das Políticas Públicas de Saúde nessa temática, sendo necessário maior abordagem do tema e resolutividade em atendimentos com esse público.

O jogo “Memorizando” contribui para a fixação da temática sobre sexualidade dos jovens de forma dinâmica, favorecendo a socialização dos alunos e das relações entre os colegas e aluno/professor. A adolescência é uma fase marcada pelo conhecimento e descobertas, em que o jovem apresenta curiosidades e dúvidas que envolvem o conhecimento íntimo e das mudanças do corpo, bem como em relação ao sentimento e envolvimento físico com outros adolescentes. Ao passarem por uma instrução através dessas dinâmicas e/ou esclarecimentos

durante as aulas, é possível ter uma melhora na compreensão e consciência dos atos.

É pertinente apontar que, durante o percurso para concretização do estudo, houve limitações metodológicas, uma delas associada aos significados dos termos que envolvem a saúde sexual e reprodutiva. Outro ponto esteve associado à divergência entre os tipos de jogos e as temáticas normalmente utilizadas, visto que ainda não é rotina nas escolas abordar assuntos mais íntimos, tendo em vista a limitação e falta de capacitação dos profissionais no âmbito escolar.

Discussões

Ao reportar abordagens de aprendizagem, deve-se considerar aspectos relacionados ao conhecimento e instrução familiar, pois em alguns casos esses assuntos podem se estender ao convívio da família. Desse modo, a escola pode realizar uma reunião prévia à abordagem com os alunos, podendo, assim, complementar as aulas com dúvidas e necessidades que partem dos pais e responsáveis dos jovens. Além disso, o docente pode mostrar o baralho e simular o jogo “Memorizando” ou até mesmo jogar, para que todos compreendam a dinâmica e estejam cientes do que será abordado com os adolescentes.

Sob a mesma perspectiva, concilia-se as instituições de educação como autores de mudanças, visto que a educação sofre novas exigências em relação à sexualidade, além de favorecer a mudança de comportamento. Assim, os processos didáticos e pedagógicos necessitam de estudos prévios. Sendo assim, a formação dos jovens se torna um processo vital de compartilhamento, fundamentado pelas ações conscientes do professor e o livre desejo do educando (PEREIRA *et al.*, 2009).

Quanto ao conhecimento sobre os métodos comportamentais, é importante que os professores referenciem

as famílias para atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde encontram um acolhimento especializado. Embora o preservativo masculino seja o método mais conhecido pelos adolescentes, a sua eficácia depende da instrução e conhecimento, sobretudo, da disciplina do jovem em utilizar de forma correta. Independentemente do método contraceptivo escolhido após consulta, os adolescentes devem ser orientados sobre a importância do uso de preservativos como contracepção dupla para minimizar o risco de contaminação de IST.

Dessa maneira, os professores devem atentar para meninas gestantes, se essa for a realidade da turma. Como descrito em Pereira *et al.* (2009), na grande maioria, a gravidez na adolescência está relacionada a algo desagradável e vergonhoso, podendo-se, assim, introduzir temáticas separadamente com a gestante, visando abordar assuntos como aborto, assistência em saúde adequada e apoio de familiares.

A importância da aproximação dos alunos envolvendo a temática em sala de aula juntamente aos professores, anterior a aplicação do jogo, é fundamental para que os jovens reflitam e tirem suas dúvidas durante as aulas. A abordagem deve ser realizada de uma forma clara, pois os adolescentes necessitam de materiais que os chame a atenção para aplicação resolutiva de uma metodologia de ensino. Alunos que não são inseridos anteriormente na temática podem apresentar dificuldades de interação e de execução dos jogos e metodologias didáticas sobre sexualidade.

Pereira *et al.* (2009) defendem que para refletir sobre adolescência, os educadores precisam considerar os aspectos psicológicos e cognitivos, observando os comportamentos e formas de aprendizagem de acordo com a singularidade de cada aluno. O jogo “Memorizando” pode ser interpretado de diversas formas, pois nem todos os alunos possuem a mesma maturidade e compreensão sobre essa temática.

Considerações finais

A aplicação dos jogos educativos tem a finalidade de agregar as temáticas pedagógicas já existentes nas escolas. É possível observar que os jogos promovem momentos de ensino-aprendizagem que ampliam o desenvolvimento do conhecimento. Utilizar atividades e jogos lúdicos estimulam o interesse na concentração dos alunos e na relação com a aprendizagem e envolvimento dos docentes e alunos.

A capacitação dos docentes, familiares e alguns casos de profissionais da saúde para atender e acolher adolescentes é fundamental para reduzir as lacunas de conhecimento. Fica evidente, portanto, que o planejamento estratégico de ações sistematizadas de educação em saúde é fundamental para a promoção e prevenção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Considera-se as limitações, devido a vergonha, timidez e estigma associado à sexualidade entre os profissionais da educação, que muitas vezes também apresentam dificuldade na abordagem desses assuntos na rotina com seus filhos.

Ao realizar ações nesse cenário, quem irá aplicar o jogo “Memorizando” deve valorizar o empoderamento dos adolescentes, participando de forma ativa e incluindo todos os alunos no contexto da atividade, atentando para os diferentes gêneros e dando abertura a alunos mais envergonhados e introvertidos. A execução de atividades educativas isoladas de ensino-aprendizagem deve ser complementada pela contextualização da promoção do autocuidado. Considera-se que a abordagem da educação sexual, por ser um assunto complexo e amplo, deveria ser realizada de forma contínua.

Referências

ALMEIDA, F. S.; OLIVEIRA, P. B.; REIS, D. A. A importância dos jogos didáticos no processo de ensino aprendizagem: Revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, e41210414309, 2021.

ALVES, M. M.; VIANA, L. R. **Design da informação, aprendizado e jogos: uma análise da interface de jogos de tabuleiro**. In: Anais do 9º CIDI e 9º CONGIC. Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Design da Informação, 2019. Disponível em: <http://pdf.blucher.com.br.s3-sa-east-1.amazonaws.com/designproceedings/9cidi/2.0326.pdf> Acesso em: 24 jun. 2022.

BRASIL. Programa Saúde na Escola (PSE). **Ministério da Saúde**, 2007 Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pse> Acesso em: 15 nov. 2021.

BRASIL. **Caderno de atenção básica**. Saúde Sexual e Reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico - Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites virais, 2016.

BRASIL. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde – APPMS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e ISTs, n. 0014125063, 2020.

FERREIRA, L. G.; PIAZZA, M.; SOUZA, D. Oficina de saúde e sexualidade: Residentes de saúde promovendo educação sexual entre adolescentes de escola pública. **Rev. Bras. Med. Fam. Com**, v. 14, n. 41, p. 1788-1798, 2019.

FRANCO, M. A. *et al.* Jogos como ferramenta para favorecer a aprendizagem. *In: Anais V CONEDU*. Campina Grande: Editora Realize, 2018.

MIRANDA, G. P.; TOSTES, A. G. A metodologia como disciplina: as três subdivisões de Elizabeth Teixeira. **Revista ponto de vista**, v. 2, n. 9, 2020.

MORAES, S. P.; BRETAS, J. R. S.; VITALLE, M. S. S. Educação Escolar, Sexualidade e Adolescência: uma Revisão Sistemática. **J Health Sci**, v. 20, n. 3, p. 221-230, 2018.

OLIVEIRA, E. A. **HPV em adolescentes**: ações educativas relacionadas à atuação da enfermagem. 2020. 19f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Centro Universitário Campo Real, Guarapuava, 2020.

ONU. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil. **ONU**, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs> Acesso em: 02 out. 2021.

ONU. Brasil tem sétima maior taxa de gravidez adolescente da América do Sul. **ONU**, 2018. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/brasil-tem-setima-maior-taxa-de-gravidez-adolescente-da-america-do-sul/> Acesso em: 11 jul. 19.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **América Latina e Caribe têm a segunda taxa mais alta de gravidez na adolescência no mundo**. Genebra-SUI: OPAS Brasil, 2018.

PEREIRA, A. D. *et al.* **Interfaces da educação para a saúde na escola**. Série Saúde. v. 4. Santa Maria: Unifra, 2009

SILVA, J. C. *et al.* Diversidade sexual: uma leitura do impacto do estigma e discriminação na adolescência. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 26, n. 07, 02 jul. 2022

VIEIRA, K. J. *et al.* Conhecimentos de Adolescentes Sobre Métodos Contraceptivos e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Rev baiana enferm.**, v. 35, p. e39015, 2021.

WHO. Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis. Geneva: WHO, 2012. Disponível: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241504348/en> Acesso em: 24 jun. 2022.

CRIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE UM HISTÓRICO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICO INFORMATIZADO

Karen Ariane Bär

Caroline Paxeco

Bianca dos Santos Lima

Carla Lizandra de Lima Ferreira

Regina Gema Santini Costenaro

Introdução

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) tem como principal propósito induzir um pensamento crítico-reflexivo para a prática de enfermagem e, dessa forma, nortear a tomada de decisões com base em evidências científicas (ARAÚJO, 2016). Sistematizada por meio do Processo de Enfermagem (PE), a SAE proporciona a organização do cuidado e permite ampliar conhecimentos teóricos à prática. Sua execução fortalece a Enfermagem como ciência e torna a atuação do Enfermeiro mais resolutiva, eficiente e autônoma no conjunto das atribuições multiprofissionais (SANTOS; LIMA; MELO, 2014).

Nessa mesma direção, a SAE possibilita a identificação das demandas de forma contextualizada, isto é, a partir das necessidades singulares de cada pessoa, família e comunidade, bem como o direcionamento das intervenções de enfermagem de forma proativa, criativa e integrada à atuação dos demais profissionais da equipe multiprofissional (MARIA; QUADROS; GRASSI, 2012).

Assim, além de orientar a prática de enfermagem, a SAE visa transcender a fragmentação do cuidado acrítico e mecanizado, frequentemente conduzido pelos profissionais de enfermagem de forma rotineira e verticalizada. O Histórico de Enfermagem (HE) é considerado fase propulsora para as demais etapas do PE, deve ser desenvolvido por meio da coleta de dados e tem como técnicas de investigação mais utilizadas a entrevista singularizada com o usuário e a sua família, a observação participante e o exame físico (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011). Realizado de forma minuciosa e clinicamente competente, o HE conduzirá a resultados mais efetivos, eficazes e resolutivos no processamento da sistematização da assistência (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011).

Com base em um raciocínio clínico, o HE possibilitará a identificação de necessidades tanto de ordem biológica e psicológica quanto de ordem social e espiritual, as quais subsidiarão a elaboração e a implementação do plano de cuidados na perspectiva da Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda Horta (DOMINGOS *et al.*, 2015; MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011). O plano de cuidados coerente e consistente possibilitará, por sua vez, intervenções teoricamente sustentadas e condizentes com as reais necessidades dos usuários (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011).

Algumas ações consideradas autonomizadoras do profissional enfermeiro incluem a consulta de enfermagem e a estruturação dos serviços de saúde para a realização da SAE, além da inserção do enfermeiro no processo de trabalho em saúde e na concretização das políticas de saúde. Todas essas atividades são acompanhadas da assistência organizada e oferecida com base nas teorias de enfermagem (BARROS; CHIESA, 2007). Apoiado nessas ideias, o enfermeiro deve atuar junto com a equipe, priorizando a assistência de acordo com as

especificidades de cada pessoa que está sendo cuidada (BUENO; QUEIROZ, 2006). Assim, é possível perceber que o enfermeiro assume um papel fundamental na execução da assistência e no gerenciamento do trabalho no ambiente hospitalar. Desse modo, o enfermeiro é reconhecido pela integralidade do cuidado e pelo processo de trabalho de enfermagem.

Sistematização da Assistência de Enfermagem Pediátrica

Consequentemente, no que refere-se a assistência de enfermagem à criança, será analisada a singularidade da infância, que necessita maior complexidade, sensibilidade e organização do profissional de saúde, que deve considerar o processo de crescimento e desenvolvimento, as diferenças anátomo-fisiológicas do organismo, o desenvolvimento cognitivo de cada faixa etária, o processo de comunicação entre cuidador e cuidado, além das relações e inter-relações entre as famílias, as equipes e as crianças (SILVA *et al.*, 2015).

Por ser uma unidade pediátrica, diferencia-se pelo cuidado compartilhado com pais/família, de modo que a presença com o acompanhante é contínua e tem papel influenciador e importante nos cuidados prestados. Trata-se de um direito amparado e deve ser estimulado conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído por meio da Lei nº 8.069, de 1990. Nesse contexto de atendimento à criança enferma e à família, é essencial a assistência sistematizada, com um PE que organize e documente as ações, com vistas à dinâmica de trabalho eficiente e qualificada (SANTOS, 2016).

Estudos demonstram a falta de evidências científicas para sustentar a SAE como proposta metodológica proativa e resolutiva nas unidades pediátricas. Os autores desses mesmos estudos evidenciaram, em seus resultados, que faltam consensos sobre os dados que devem nortear tanto a coleta de dados

quanto o diagnóstico de enfermagem, no sentido de subsidiar a tomada de decisão clínica e a condução de processos de cuidados mais resolutivos para esses cenários (AMANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009; MARQUES; NÓBREGA; SILVA, 2012; GUEDES; SANTOS; OLIVEIRA, 2017).

Em unidades pediátricas, igualmente, o processo de implantação da SAE enfrenta barreiras relacionadas à sobrecarga de trabalho dos enfermeiros, à falta de conhecimento sobre o assunto, o pouco envolvimento dos profissionais da equipe nesse processo, dentre outros fatores motivacionais (TAVARES, 2013).

Mediante essas ideias, objetiva-se neste artigo descrever o percurso metodológico de criação e implementação do histórico de enfermagem informatizado em uma unidade de internação pediátrica.

Metodologia

Este estudo aborda uma pesquisa-ação que, segundo Thiollent (2011) e Carpes, Zamberlan e Costenaro (2019), integra sete fases, quais sejam:

1ª FASE - estudo do diagnóstico situacional, identificando o problema: nesta etapa a pesquisadora, juntamente com as demais enfermeiras que atuam na unidade de internação pediátrica, evidenciou uma lacuna no que diz respeito a SAE, principalmente com relação ao exame físico realizado no momento da internação, o qual é parte importante do histórico de enfermagem;

2ª FASE - construção de ações para a solução do problema: nesta fase foi realizado um encontro do tipo roda de conversa com as enfermeiras que atuam na Unidade de Internação Pequeno Príncipe e foram enumeradas algumas dificuldades com relação ao exame físico como parte da SAE.

Nessa roda de conversa, foi construído, de maneira participativa, um cronograma com quatro encontros e respectivos temas que seriam abordados, envolvendo o exame físico e a SAE;

3ª FASE - análise dos dados levantados: os encontros aconteceram mensalmente e com participação ativa das enfermeiras que atuam na unidade de internação pediátrica. Foram discutidas as etapas do processo de enfermagem e a importância dessa ferramenta para a visibilidade do enfermeiro;

4ª FASE - construção do roteiro de exame físico: embasadas nos artigos estudados e nas discussões realizadas, a equipe de enfermeiros construiu o roteiro de exame físico-pediátrico, dando significado para cada etapa e sinalizando a importância do conhecimento clínico para realizar a avaliação, anamnese física das crianças;

5ª ETAPA - implementação da ação proposta: o exame físico no sistema de informatização do hospital: esta etapa, de inserção do instrumento de exame físico, foi muito complexa, pois dependia do técnico de informática para anexar o instrumento no sistema do hospital. Após várias idas e vindas, foi iniciado o processo de transferência do exame físico para dentro do sistema informatizado do hospital;

6ª ETAPA - operacionalização e avaliação do exame físico informatizado: nesta etapa foi avaliado o roteiro de exame físico e sua aplicabilidade, sendo que foi muito bem aceito, tornou-se ágil, sucinto, mas completo de acordo com o perfil de crianças que internam na unidade pediátrica;

7ª ETAPA - avaliação do processo: está ainda em fase de experimentação, mas numa avaliação parcial, pode-se afirmar que está tendo êxito e atendendo as expectativas.

Participaram desta pesquisa cinco enfermeiras, sendo uma coordenadora da unidade de internação pediátrica e as demais fazem supervisão indireta diuturnamente, pois estão locadas na

unidade de internação obstétrica – maternidade. O local desta pesquisa foi a Unidade de Internação Pediátrica Pequeno Príncipe. Os encontros foram mensais, ou seja, de setembro até dezembro de 2021, com duração de uma hora.

De acordo com Carpes, Zamberlan e Costenaro (2019), a pesquisa-ação permite que ao longo de sua aplicação existam encontros para a discussão dos problemas identificados e ações planejadas, visto que a pesquisa transcende um simples levantamento de dados e/ou intervenções na prática. Esse tipo de pesquisa permite agregar reflexões à teorização, gerando conhecimentos acerca das situações vivenciadas, além de possibilitar a expressão a respeito dos significados e sentimentos dos participantes e seus pares, atribuídos ao processo.

Foram asseguradas as questões éticas para o desenvolvimento desta pesquisa, conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que rege as pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012). O estudo foi desenvolvido entre setembro de 2021 e abril de 2022, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Franciscana (UFN), CAAE nº 46992021.1.0000.5306 e número do Parecer: 4.882.438, em 03/08/2021.

Descrição do produto

O produto deste processo de pesquisa foi um instrumento para a padronização do processo de enfermagem contendo o histórico de enfermagem para a unidade de internação pediátrica, utilizando as variáveis da anamnese e exame físico, teve como referencial teórico a Teoria das NHB de Wanda de Aguiar Horta. Sua elaboração foi a partir das discussões entre as enfermeiras que atuam em uma unidade de internação pediátrica de um hospital de média complexidade localizado em uma cidade da região central do estado do Rio Grande do Sul.

A coleta de dados ocorreu por meio de quatro encontros sistemáticos mensais para estudos, discussões e reflexões referentes à compreensão teórico-prática do histórico de enfermagem em pediatria, como ferramenta para a Sistematização da Assistência de Enfermagem, de acordo com um roteiro estabelecido. Para cada encontro foram elaboradas dinâmicas para estimular o debate e instigar o grupo sobre o tema, sua importância e o que é necessário a fim de se chegar a um instrumento único para realização do Histórico de Enfermagem, subsidiado e fundamentado na Teoria das NHB de Wanda de Aguiar Horta (POTTER; PERRY, 2007).

No primeiro encontro foi realizada a apresentação individual e feito um acordo de convivência. Nessa ocasião, a pesquisadora mencionou o Termo de Aprovação do COMIC e o Termo de Confidencialidade, foram distribuídos os Termos de Consentimentos Livres e Esclarecidos e apresentado o projeto de pesquisa, com seus objetivos contemplando a SAE.

O segundo encontro foi iniciado com uma dinâmica grupal para estimular o debate e instigar o grupo sobre o tema, sua importância e o que é necessário para realização do HE. Foi realizada a devolução dos dados coletados no questionário aplicado no primeiro encontro, estimulou-se discussões sobre o HE (anamnese e exame físico), conforme a Teoria das NHB de Wanda de Aguiar Horta elencada, e sua estrutura conforme o perfil da clientela assistida, bem como ocorreu a distribuição de artigos científicos para leitura e que serão discutidos no próximo encontro.

No terceiro encontro foi realizado um breve resgate das ideias discutidas nos dois encontros anteriores, para esclarecer as ideias e aprofundar as discussões lançadas pelo grupo. As questões utilizadas para balizar os questionamentos foram: O quê? Para quê? Por quê? Como? Sendo solicitado aos

participantes que exemplificassem suas ideias, na busca de aprofundar a discussão e de esclarecer as falas.

No quarto encontro foi realizada a síntese e validação interna (entendimento do grupo sobre o histórico de enfermagem, sobre a SAE e o PE). Ao final do encontro foi realizado um agradecimento para as enfermeiras, pela participação de cada uma e suas contribuições.

Assim, os encontros subsidiaram elementos de importância teórica e metodológica para a elaboração do instrumento do PE, subsidiando a construção e disponibilização de um HE para a unidade pediátrica. Esse instrumento foi avaliado pela equipe diretiva do hospital e também pelos profissionais da Tecnologia da Informação (TI), os quais forneceram parecer favorável à sua inserção no sistema informatizado.

A seguir, demonstra-se o produto gerado por meio do processo de TI para a SAE já utilizado na instituição e o que está sendo acrescentado no mesmo.

Figura 1 - Tela inicial do sistema vigente para o Processo de Enfermagem.

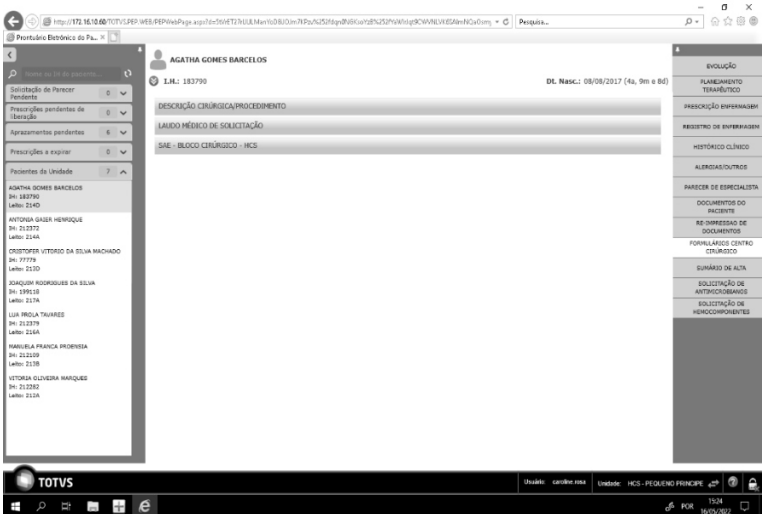


Figura 2 - Inserção do Histórico de enfermagem na SAE.



Figura 3 - Histórico de enfermagem.



Figura 4 - Preenchimento do Histórico de enfermagem.

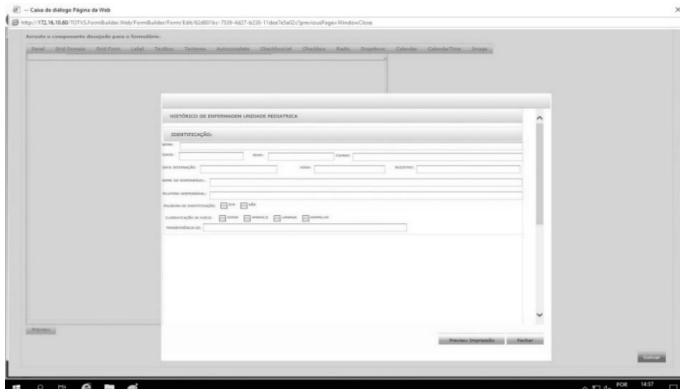


Figura 5 - Histórico de Enfermagem (documento físico).



CASA DE SAÚDE

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM UNIDADE PEDIÁTRICA

Identificação

Nome: _____
 Nome do Responsável: _____
 Idade: _____ Peso: _____ Sexo: ☐ F ☐ M
 Telefone do Resp.: ☐ _____ Data de internação: ____/____/____ Hora: ____
 Cidade de Origem: _____ Registro: _____
 Pulseira de Identificação: ☐ Sim ☐ Não Proveniente de: _____
 Motivo da internação: _____
 Classificação de Risco: ☐ verde ☐ amarelo ☐ laranja ☐ vermelho

História

Nascimento: ☐ Atermo ☐ Prematuro ☐ Pré-termo
 Complicações do Parto: ☐ Sim ☐ Não
 Internações anteriores/Doenças ou acontecimentos prévios: ☐ Sim ☐ Não
 Tempo de Hospitalização: _____
 Alergias: ☐ Desconhece ☐ Sim Qual: _____
 Medicamentos de uso contínuo: ☐ Não ☐ Sim Qual: _____

Sinais Vitais	Isolamento	Exames realizados	
PA: ____/____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sangue	<input type="checkbox"/> RX
EC: ____	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Urina	<input type="checkbox"/> US
FR: ____	Qual: _____	<input type="checkbox"/> Fezes	<input type="checkbox"/> TC
T: ____	<input type="checkbox"/> Vírus: _____	<input type="checkbox"/> Swab	<input type="checkbox"/> Outros: _____
SAT: ____	<input type="checkbox"/> Bactéria: _____	Qual: _____	

NHB – PSICOLÓGICAS

Regulação neurológica e percepção dos órgãos e sentidos

Nível de consciência: ☐ Acordado ☐ Lúcido ☐ Orientado
☐ Torporoso ☐ Sedado ☐ Comatoso
 Comportamento: ☐ Tranquilo ☐ Agitado ☐ Verbaliza ☐ Balbucia
☐ Choro ☐ Gemente
 Atividade e Tônus: ☐ Hipotônico ☐ Normotônico ☐ Hiperativo
☐ Hipotônico ☐ Hipertônico
 Avaliação Pupilar: ☐ Pupilas Isocóricas ☐ Pupilas Anisocóricas
☐ E>D ☐ D>E ☐ RFM+ ☐ RFM- ☐ RFM Lenta ☐ Midríatico ☐ Miótico
☐ Puntiformes ☐ Nistagmo ☐ Cegueira ☐ OD ☐ OE
 Alterações Auditivas: ☐ Não ☐ Sim ☐ OD ☐ OE
 Respostas aos Estímulos: ☐ Localiza a dor ☐ Reage a dor
☐ Reage ao tato ☐ Resposta motora a ordem verbal ☐ Flexão motora normal
☐ Extensão ☐ Sem reação aos estímulos

Escala da dor:

PARÂMETRO	ACHADO ECOD	PONTUAÇÃO
CHORO <i>Lento</i>	Ausente Consolável ou intermitente Inconsolável ou contínuo	0 1 2
ATITUDE PSICOLÓGICA <i>Ativa</i>	Dormindo ou tranquilo Vigilante ou inquieto Agitado ou histérico	0 1 2
RESPIRAÇÃO <i>Normoventilação</i> OBS: Em RN pode haver redução da FR na presença de dor.	Ritmica e pausada Rápida e superficial Arritmica	0 1 2
TONO POSTURAL <i>Tono postural</i>	Relaxado Indiferente Contraição	0 1 2
OBSERVAÇÃO FACIAL <i>Observação facial</i>	Contente ou dormindo Sério Triste	0 1 2
TOTAL	Observação de comportamento Observação de expressão	0 - 10

Integridade cutânea, regulação térmica e vascular

Pele, Turgor e Mucosas: ☐ Coradas ☐ Hipocoradas ☐ Descoradas

☐ Ictéricas ☐ Cianóticas ☐ Moteadas ☐ Hidratadas ☐ Desidratadas

☐ Sudorético ☐ Afebril ☐ febril ☐ Febrícula

Edema: ☐ Não apresenta ☐ Anasarca ☐ MMIII ☐ MMSS ☐ Outros:

Higiene: ☐ Adequada ☐ Inadequada

Região Genital, Perineal e anal: ☐ Sem alterações/integros ☐ Alterações ou lesões

Integridade da pele: ☐ Íntegra ☐ Lesão/Alterações ☐ Risco de lesão

Extremidades: ☐ Aquecidas ☐ Frias ☐ Perfusão adequada

☐ Perfusão diminuída ☐ Pulsos palpáveis ☐ Pulso de difícil palpação

Dispositivos Invasivos:

☐ AVP em:

☐ CVC em:

Sinais Flogísticos: ☐ Não ☐ Sim ☐ edema ☐ rubor ☐ secreção

☐ sangramento ☐ dor ☐ calor ☐ endurecimento e drenagem de secreção

Curativo de fixação: ☐ Filme transparente ☐ Gaze e micropore

Oxigenação

Padrão Respiratório: ☐ Eupneico ☐ Dispneico ☐ Taquipneico

☐ Bradipneico ☐ Ortopneico ☐ Pausas Respiratórias ☐ Apneias

Retrações e desconforto: ☐ Fúrcula ☐ Intercostais ☐ Subcostais

☐ Batimento de asa nasal

Ausculata Pulmonar: ☐ Murmúrios vesiculares sem ruídos adventícios

☐ Sibilos ☐ Estridores ☐ Estertores

Aspiração: ☐ Não ☐ VAS ☐ Traqueal (TQT)

Aspecto da Secreção: ☐ Espessa ☐ Esbranquiçada ☐ Biofilme

☐ Sanguinolenta ☐ Fluidificada ☐ Amarelada ☐ Esverdeada

Suporte Ventilatório Não Invasivo: ☐ Não necessita/ Ar ambiente

☐ CEN à ____ L/min ☐ Máscara de Hudson ____ L/min ☐ Máscara de Venturi ____ L/min

Alimentação/nutrição

Dieta: ☐ Oral () Cateter Oro/ Nasogástrico () Cateter Oro/ Nasoenteral () GTT
Restrição ou Tipo: ☐ NPO/Suspensão () Livre para Idade
☐ Fórmula Infantil () Leite Materno () Dieta Enteral ____ml
Aceitação: ☐ Não se aplica () Sem aceitação () Pouca aceitação () Boa aceitação
Aspecto Nutricional: ☐ Emagrecido () Nutrido () obeso
Cavidade Oral: ☐ Sem alterações () Alterações: _____
Abdômen: ☐ Plano/Normal () Escavado/Retraído () Globoso/Distendido
Ausculto: ☐ RH+ () RH-
Palpação: ☐ Indolor () Flácido () Organomegalias () Doloroso () Tenso
Percussão: ☐ Sólido () Timpânico **Alterações:** () Hérnia () Cicatriz

Eliminações

Urinárias: ☐ Espontâneas () Fralda () papagaio/comadre
☐ Cateter Vesical () Sistema Fechado () Alívio
Intestinais: ☐ Sem evacuação () Via Fisiológica
Drenos (Descrever local e drenagem): () Penrose () outro: _____

NHB-PSICOSSOCIAL-SEGURANÇA, AMOR E ATENÇÃO

Condição de moradia e saneamento: ☐ Sim () Não
Condição familiar (quem cuida): ☐ Pai () Mãe () Irmão (ã) () Avós () Tia
Vínculo afetivo com os responsáveis (segundo o entrevistado): ☐ Sim () Não
Acompanhante orientado quanto as normas e rotinas da Unidade:
☐ Sim () Aguarda orientação

Família e/ou criança/adolescente necessita assistência:

☐ Psicologia () Assistência Social () Parcial

NHB-PSICOESPIRITUAL- RELIGIOSA E TEOLÓGICA

Manifesta Espiritualidade ou Crença Espiritual:

Família: ☐ Sim () Não () Não verificado

Criança/Adolescente: ☐ Sim () Não () Não verificado

OBSERVAÇÕES DO ENFERMEIRO: _____

INSTRUMENTO PREENCHIDO POR: _____

COREN: _____

Considerações finais

A pesquisa se propôs a elaborar e implantar um instrumento para a padronização do processo de enfermagem contendo o histórico de enfermagem e sua inserção de forma informatizada via sistema hospitalar para a unidade de internação pediátrica de um hospital de média complexidade localizado em uma cidade da região central do estado do Rio Grande do Sul. Esse objetivo foi alcançado, sobretudo, pela

participação das enfermeiras, as quais contribuíram com as discussões e estudos sobre a SAE.

Assim, a utilização dos encontros para estudos possibilitou não apenas construir o instrumento, o qual se configurou como produto da dissertação, mas principalmente criar possibilidades em meio aos encontros de discussões em grupo, proporcionando momentos de trocas e, principalmente, contextualizar o cuidado, por meio do resgate da enfermagem como ciência e profissão, com enfoque no conhecimento técnico e científico, além de viabilizar a SAE por meio do PE, o qual se faz necessário nos diferentes contextos de saúde, em especial, na área materno-infantil.

Por meio deste estudo, e com a elaboração e implementação de um instrumento para a padronização do processo de enfermagem contendo o histórico de enfermagem para a unidade de internação pediátrica especificamente, tem-se um avanço institucional em direção a qualificação e humanização da assistência pediátrica, possibilitando a implantação efetiva do PE, o qual se configura como instrumento metodológico que orienta o cuidado e a prática profissional, organizado em cinco etapas inter-relacionadas, dentre elas: histórico de enfermagem, diagnóstico em enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem fomentando o exercício legal da profissão. Além disso, a utilização da Teoria das NHB de Wanda de Aguiar Horta para esta dissertação, conecta uma linha comum de pensamento corroborando para ser o fio condutor deste trabalho, atribuindo cientificidade ao mesmo.

Assim, o processo de pesquisa possibilitou a elaboração, implantação e inserção no sistema informatizado do produto, que proporcionaram ao PE maior segurança nas condutas do enfermeiro e equipe de enfermagem, contribuindo para a tomada de decisão e visibilizando os aspectos legais da profissão

enfermagem, em especial, as atribuições inerentes ao enfermeiro, que neste estudo está direcionado para a SAE na área materno-infantil.

Referências

- AMANTE, L. N.; ROSSETTO, A. P.; SCHNEIDER, D. G. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, p. 54-64, 2009.
- ARAÚJO, D. D. Sistematização da assistência de enfermagem e Processo de Enfermagem: aspectos conceituais. **Revista Norte Mineira de Enfermagem - RENOME**, v. 5, n. 1, p. 1-4, 2016.
- BARROS, D. G.; CHIESA, A. M. Autonomia e necessidades de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. esp., p. 793-798, 2007.
- BRASIL. **Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 out. 2015.
- BUENO, F. M. G.; QUEIROZ, M. S. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. *Rev Bras Enferm*, v. 59, n. 2, p. 222-227, 2006.
- CARPES, A. D.; ZAMBERLAN, C.; COSTENARO, R. G. S. Pesquisa-ação em saúde associada a outros dispositivos e ferramentas. *In*: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (orgs.). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2019. p. 51-76.
- DOMINGOS, C. S. *et al*. Construção e validação de conteúdo do histórico de enfermagem guiado pelo referencial de OREM. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 165-186, 2015.

GUEDES, D. M. B.; SANTOS, L. C. dos; OLIVEIRA, E. A. Intervenções de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Rev enferm UFPE**, v. 11, n. 1, p. 102-111, 2017.

MARIA, M. A.; QUADROS, F. A. A.; GRASSI, M. F. O. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, p. 297-303, 2012.

MARQUES, D. K.; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, K. L. Construção e validação de afirmativas de diagnósticos de enfermagem para adolescentes hospitalizados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 626-33, 2012.

MENEZES, S. R. T.; PRIEL, M. R.; PEREIRA, L. L. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 4, p. 953-958, 2011.

POTTER, P.; PERRY, A. G. **Hierarquia das necessidades de Maslow**. Grande Tratado de Enfermagem Prática e Clínica Hospitalar. 3. ed. São Paulo: Editora Santos, 2007.

SANTOS, C. P. **A adaptação do enfermeiro à cultura organizacional: uma imersão nas formas de produção de subjetividades**. 2016. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2016.

SANTOS, D. M. A. *et al.* Construção e implantação do Histórico de Enfermagem em Terapia Intensiva Pediátrica. **Acta Paul Enferm.**, v. 29, n. 2, p. 136-145, 2016.

SANTOS, J. S.; LIMA, L. M.; MELO, I. A. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: Revisão Bibliográfica. **Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 2, p. 59-68, 2014.

SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Rev Bras Enferm.**, v. 64, n. 2, p. 355-358, 2011.

SILVA, T. P. *et al.* Nursing care management for children hospitalized with chronic conditions. **Rev Bras Enferm.**, v. 68, n. 4, p. 641-648, 2015.

TAVARES, T. S. *et al.* Avaliação da implantação da sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade pediátrica. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 287-295, 2013.

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

FLORESCER: PROGRAMA DE AUTOCUIDADO COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO ÀS CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM MULHERES-MÃES

Marinara de Almeida Pinto

Anna Luiza Dotto

Samara Silva dos Santos

Marcia Pestana Santos

Josiane Lieberknecht Wathier Abaid

Cristina Saling Kruel

Introdução

A Agenda Nacional Prioritária de Pesquisa em Saúde, proposta pelo Ministério da Saúde do Brasil, estabelece os eixos sobre os quais a pesquisa em saúde deve se concentrar. Esse documento tem como foco o Eixo 10 – Saúde da Mulher, que traz o mapeamento e a análise de boas práticas e estratégias inovadoras para identificar e integrar o atendimento em casos de violência doméstica contra a mulher. O mesmo eixo mostra a identificação, aceitação e cuidado da mulher em contexto de violência doméstica ocasional ou repetida. Portanto, esse é um importante assunto reconhecido na realidade brasileira e continua sendo uma prioridade para a pesquisa em saúde.

De acordo com o art. 5º da Lei Maria da Penha, violência doméstica e familiar contra a mulher é “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão,

sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (IMP, 2018, p. 28).

“Muitas mulheres acreditam que suportar as agressões e continuar no relacionamento é uma forma de proteger os filhos. No entanto, eles vivenciam e sofrem a violência com a mãe”. Filhos de mães vítimas de violência doméstica também são vitimados porque estão sofrendo as “[...]consequências na saúde e no desenvolvimento [...]” (IMP, 2018, p. 29). E os riscos corridos por esses filhos vão além da violência sofrida, mas também na possibilidade de reproduzirem a violência vivida (IMP, 2018).

Percebe-se que a violência doméstica afeta as mulheres e as crianças de diferentes maneiras, deixando marcas que vão depender de diversas circunstâncias. A idade do sujeito ao presenciar essa situação, a frequência dos episódios, o tipo de violência e a relação que o mesmo tem com o agressor são alguns exemplos de fatores que podem determinar as consequências dessa vivência para os envolvidos (FERREIRA *et al.*, 2020). Acredita-se que as interações familiares refletem nos outros espaços da sociedade e que a intensidade da exposição das crianças aos diversos tipos de violências afetará de diferentes maneiras os seus comportamentos (ALVES; PRADO, 2020).

A violência doméstica se constitui como um fenômeno complexo, impactando de maneira diferente cada um dos que são e estão expostos a ela. Esse impacto pode ser amenizado ou agravado conforme a presença ou ausência de variáveis internas e externas. As vítimas podem demorar ou nunca terminar o relacionamento com o agressor, não rompendo o ciclo da violência. Quando essa quebra de fato ocorre, todo o ambiente familiar é alterado, trazendo novos pontos importantes na realidade da criança, tal como a ausência do pai, alterações na rotina, mudanças de casa e cuidador. Essa nova realidade exige do sujeito certo esforço para assimilar o cotidiano e isso também

pode interferir em outros setores da vida (ALVES; PRADO, 2020).

Alinhado a essa demanda nacional e à proposta do Mestrado Profissional Saúde Materno Infantil de contribuir com a implementação de propostas de atenção integral à saúde materno-infantil com acolhimento de resolutividade, o Programa Florescer foi desenvolvido a partir de duas perguntas:

- 1) quais são as consequências psicológicas da violência doméstica em mulheres-mães que permanecem após o afastamento do agressor?
- 2) como mulheres-mães podem ser ajudadas na superação das consequências psicológicas da violência doméstica?

As perguntas foram respondidas partindo de uma ampla revisão da literatura sobre o tema e um levantamento em forma de questionário realizado com as quatro participantes da proposta piloto do programa. O Programa Florescer é um planejamento estruturado, sobre autocuidado para mulheres-mães que sofreram algum tipo de violência doméstica, voltado para o enfrentamento das consequências psicológicas. O programa teve como objetivo desenvolver e implementar uma estratégia de autocuidado feminino que se caracterizou por ser uma tecnologia social.

Percurso metodológico

Trata-se da apresentação do processo de desenvolvimento do Programa Florescer que se deu a partir de três etapas, incluindo (1) elaboração, (2) implementação e (3) avaliação. O Programa Florescer se enquadra, como definição, em um produto cujo resultado é palpável, tendo sido desenvolvido previamente, com posterior uso de suas receptoras (mulheres que foram vítimas de violência doméstica). Além disso, caracteriza-se como tecnologia social dentro dos parâmetros

conceituais de: conhecimento, ciência, tecnologia TS tem como ponto de partida os problemas sociais; TS é feita com organização e sistematização (MISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÕES, 2022).

Consideram-se tecnologias em saúde: medicamentos, materiais, equipamentos e procedimentos, organização, educação, sistemas de informação e apoio, bem como planos e protocolos assistenciais que orientam a atenção e o cuidado à saúde das pessoas (BRASIL, 2005). Conceitualmente, o termo "tecnologia em saúde" refere-se às ferramentas necessárias para a ação transformadora, envolvendo procedimentos e saberes (SCHRAIBER; MOTA; NOVAES, 2015).

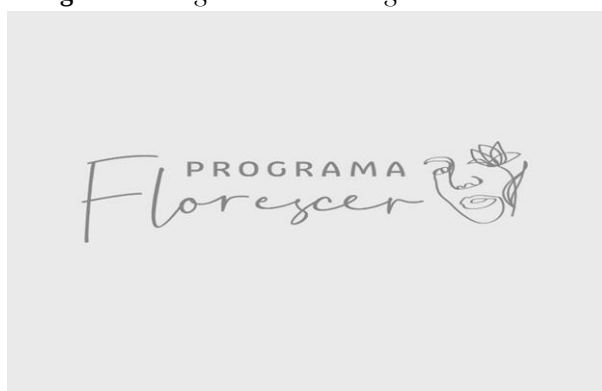
Resultados e discussão

A violência doméstica é extremamente nociva à saúde da mulher e ao seu bem-estar, o que acarreta sem dúvidas o crescimento no consumo dos serviços de saúde, com remediação de um problema que acima de tudo é político, social e cultural. As ações de redução da violência doméstica são fragmentadas, sendo necessário congrega essas ações para tornar essa política clara, coerente e orgânica, capaz de proporcionar segurança pública e opções de prevenção e tratamento para todas as mulheres. Observa-se que a violência doméstica assusta e incomoda as mulheres que vivenciam a violência, tanto física quanto emocionalmente, e atinge também crianças que presenciam, de certa forma vivem e sofrem com essas agressões. Polui as gerações futuras e exige medidas e políticas públicas mais duras para eliminar e prevenir a violência doméstica. As consequências dessa violência são variadas: depressão, culpa, baixa autoestima e medo, por exemplo. Essas emoções assombram as mulheres que foram agredidas pela violência doméstica (FONSECA, 2016).

Para explicar os resultados foi necessário desmembrar e discriminar mais detalhadamente as três etapas desta pesquisa: (1) elaboração, (2) implementação e (3) avaliação.

1 – Elaboração: a etapa de elaboração inclui o desenvolvimento de um roteiro: vídeos e materiais gráficos. Foram escolhidas cores, trilha sonora e a logomarca.

Figura 1 - Logomarca do Programa Florescer.



Fonte: Elaborado pela autora.

A escolha do nome Florescer foi um processo de pesquisa sobre o assunto da violência doméstica da mulher, momento em que surgiu a inspiração do nome. Já as cores e designers da página foram interações realizadas com a plataforma, escolhendo entre as opções gratuitas.

2 – Implementação: a etapa de implementação incluiu a divulgação do Programa Florescer nas redes sociais. As participantes deveriam atender a critérios de inclusão: ter mais de 18 anos de idade, ter sido vítima de violência doméstica e estar afastada do agressor e ser mãe de uma criança com até seis anos de idade. Participaram da pesquisa quatro mulheres-mães,

que responderam a questionários, assistiram aos vídeos e receberam o material gráfico.

A mulher entra na plataforma “eduzz.com”, tela abaixo:

Figura 2 - Tela Principal.



Fonte: EDUZZ.COM (Autora).

E acessa ao produto distribuído de forma gratuita, na plataforma da Eduzz ou por links enviados. Faz o cadastro informando o nome completo, um e-mail e o número do celular de contato. Através dos dispositivos de segurança, a pessoa é direcionada para criar uma senha.

Figura 3 - Tela de Cadastro.

Florescer: programa de autocuidado feminino
Gratuito

DETALHES

Florescer é um programa de autocuidado feminino como estratégia de enfrentamento as consequências da violência doméstica em mulheres, mães de crianças até seis anos de idade.

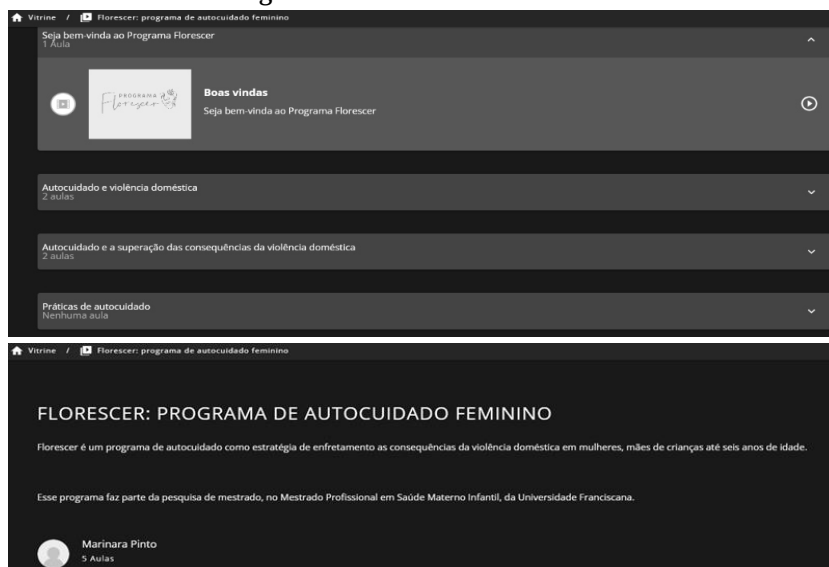
Esse programa faz parte de uma pesquisa de mestrado, no Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil, na Universidade Franciscana, sobre a responsabilidade de Marina Pinto.

Oferecido por **Marinara Pinto**
marinara-ap@hotmail.com

☐ Seus dados serão mantidos em sigilo

Fonte: EDUZZ.COM (Autora).

Figura 4 - Tela de Boas-Vindas.



Fonte: EDUZZ.COM (Autora).

As mulheres, assistem as aulas e depois são convidadas a responderem um questionário que servirá pra análises futuras.

Na implantação da proposta piloto, como todo produto inicial na plataforma, os desafios foram de aprendizado sobre como funciona a plataforma para incluir um produto gratuito (técnico/tecnológico), principalmente pela responsabilidade de criar um produto que foi distribuído gratuitamente para obter-se um resultado para um estudo, sem que expusesse as participantes e realmente trouxesse informações relevantes para a pesquisa.

3 – Avaliação: a etapa de avaliação do programa Florescer iniciou-se com os questionários. Foram respondidos três questionários, sendo dois antes do início da participação no programa e um no término. O Programa Florescer foi realizado por meio da plataforma de cursos e produtos Eduzz, sendo

majoritariamente positivo, porém, 50% dos respondentes acreditam que a interação precisa ser melhorada.

Considerações finais

A partir do estudo realizado pelo Programa Florescer através da plataforma Eduzz, de forma gratuita, verificou-se que as mães vítimas de violência doméstica perceberam as consequências danosas dessa experiência para elas e seus filhos. Em relação à maternidade, sentiam-se mais irritadas e não entendiam as necessidades dos filhos quando viviam em um ambiente violento. Com relação às consequências existentes na vida de seus filhos, elas sentiram principalmente ansiedade, comportamento agressivo e aumento da ansiedade e irritação. Também notaram uma melhora no relacionamento com os filhos após a saída da violência.

Constatou-se que as práticas cotidianas de autocuidado são importantes na superação da violência doméstica entre as mães. Os participantes mencionaram que as práticas de autocuidado ajudaram a superar as consequências da violência doméstica. Todos os dados obtidos na pesquisa através do portal Eduzz foram tabulados gerando gráficos e informações importantes para a avaliação final da pesquisa de dissertação.

Referências

ALVES, E. da S. **Violência doméstica contra a mulher: seu impacto no desempenho escolar da criança**. 2020. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista (Unesp), 2020. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/194193> Acesso em: 27 jun. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 2.510, de 19 de dezembro de 2005**. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_2510_2005.pdf. Acesso em: 14 dez. 2021.

FERREIRA, A. L. *et al.* **Crianças e adolescentes em situação de violência. In: Impactos da Violência na Saúde.** (p. 183-304) Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/impactos-da-violencia-na-saude>. Acesso em: 27 jun. 2022.

FONSECA, E. L. B. Quais são as consequências psicológicas da violência doméstica sobre a mulher. **Dspace.mj.gov.br**, 2016. Disponível em: <https://dspace.mj.gov.br/bitstream/1/4736/1/Quais%20S%cc3%a3o%20a%20Consequ%cc3%aancias%20Psicol%cc3%b3gicas%20da%20Viol%cc3%aancia%20Dom%cc3%a9stica%20Sobre%20a%20Mulher.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2022.

INSTITUTO MARIA DA PENHA - IMP. O que é violência doméstica. **IMP**, 2018. Disponível em: <https://www.institutomariadapenha.org.br/violencia-domestica/o-que-e-violencia-domestica.html>. Acesso em: 14 mar. 2022.

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO - MCTI. Tecnologia Social. **MCTI**, 2022. Disponível em: https://antigo.mctic.gov.br/mctic/opencms/ciencia/politica_nacional/_social/Tecnologia_Social.html. Acesso em: 15 mar. 2022.

SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A.; NOVAES, H. M. D. Tecnologias em saúde. **Fiocruz**, 2015. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tecsau.html#topo>. Acesso em: 04 out. 2021.

HISTÓRIAS DO SER E FAZER DOS VISITADORES DO PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR

**Giovania Aparecida de Lima Holkem
Lisiane de Borba Müller
Luciano Samaniego Arrusul
Claudete Moreschi
Juliana Silveira Colomé
Mara Regina Caino Teixeira Marchiori**

Introdução

A tecnologia permeia a relação entre a informação e o ser humano e para garantir a sua utilização adequada é preciso esforço e atualização, daí a importância de a educação transdisciplinar fazer parte de todo esse processo, já que promove a comunicação entre o objeto (informação), o sujeito (educando) e os diversos campos do conhecimento. Quanto mais é possível dominar, agrupar, criar, buscar, retomar e divulgar a informação, mais é necessário compreender as múltiplas possibilidades trazidas pela complexidade (PRETTO, 2011).

Nesse contexto, é preciso implementar estratégias educativas que reforcem os conceitos já estabelecidos. Segundo o Ministério da Saúde (MS), a Educação em Saúde é considerada um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa a apropriação temática pela população, ou seja, um espaço no âmbito de práticas convencionais onde se realizam ações dentro e fora em diferentes organizações e instituições, por diversos agentes e convencionalmente reconhecidos como setor saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Segundo o Ministério da Saúde, a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS) é o instrumento norteador para os atores envolvidos na gestão dos processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias no sistema. Não abrange, porém, as fases de pesquisa e desenvolvimento, ainda que possa subsidiar na identificação de prioridades no ciclo de vida das tecnologias em saúde (BRASIL, 2018).

Este relato surgiu por perceber a insegurança dos visitantes ao iniciar as visitas com as famílias atendidas pelo Programa Primeira Infância Melhor (PIM), pois eles precisam demonstrar total conhecimento e segurança do Programa quando abordarem as famílias em seu domicílio.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo em forma de Relato de Experiência (RE), onde utilizá-lo como metodologia de construção de conhecimento científico significa renunciar a pretensão moderna de discurso único e total. Requer, também, compreender que o discurso está acometido por fatores exteriores, conscientes e inconscientes, tendo eficácia na colaboração social, ou seja, é uma representação culturalmente construída pela realidade (FOUCAULT, 2012).

Nesse contexto, a escolha da técnica de produção de dados, visando apreender aspectos da subjetividade dos sujeitos da pesquisa, apontou a entrevista como uma das possibilidades, podendo variar conforme sua estruturação, desde um roteiro padronizado até uma conversa informal, sendo denominadas como estruturadas, semiestruturadas e não estruturadas (SILVA *et al.*, 2006).

O RE é um texto que descreve precisamente uma dada experiência que possa contribuir de forma relevante para sua

área de atuação. É a descrição que um autor ou uma equipe fazem de uma vivência profissional tida como exitosa ou não, mas que contribua com a discussão, a troca e a proposição de ideias para a melhoria do cuidado na saúde (ESCRITA ACADÊMICA, 2021).

Partindo desse pressuposto, este texto traz um relato de experiência em que os sujeitos da pesquisa foram quatro visitantes do PIM e dois gestores que abordaram alguns aspectos do Programa, como: estrutura, objetivos e funcionalidade, bem como a atuação dos visitantes junto às famílias. Para sua construção foram observados os aspectos metodológicos e éticos, respeitando a individualidade dos participantes. O vídeo, com um tempo de aproximadamente 30 minutos, foi construído em formato MP4. Para subsidiar essa tecnologia foi contratado um profissional da área na elaboração de edição e outro profissional na ilustração/áudio do vídeo documentário. Aos participantes foi entregue o Termo de Consentimento para tratamento de dados.

Este produto de material didático foi resultante de um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFN, sob o nº 4.166.888, integrando a dissertação de mestrado “Tecnologia educativa para visitantes do Programa Primeira Infância Melhor”, aprovado pela Universidade Franciscana (UFN) em 2021.

Resultados e discussão

O Programa Nacional da Primeira Infância (PNPI), na última década, apresentou evidências de que a qualidade dos programas de cuidados e de educação na Primeira Infância, na família e em ações estruturantes tem impacto positivo sobre a sobrevivência, o crescimento, o desenvolvimento e o potencial

de aprendizagem da criança. Portanto, todas as crianças devem ser cuidadas e educadas em ambientes seguros e saudáveis para que cresçam espertas, com amplas possibilidades de aprender (PNPI, 2020).

A Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (APPMS), tem o Eixo 14 sobre a Saúde Materno-Infantil, destacando-se, no Adendo 14.7, questões referentes ao desenvolvimento e a avaliação de instrumentos de monitoramento do desenvolvimento infantil no Brasil, associadas ao estudo em questão (BRASIL, 2007).

O Brasil tem, aproximadamente, 19 milhões de crianças com idades entre zero e seis anos, constituindo 8,91% da população total, que, em 2020, tinha um total de 211 milhões de pessoas (PNAD, 2020). Por ser considerada uma população mais, cada uma dessas 19 milhões de crianças é única, insubstituível, é pessoal, tendo um lugar na história da humanidade.

O relatório “Situação da Infância Brasileira” apontou que o maior desafio do país em relação ao desenvolvimento infantil consiste em apoiar as famílias para cuidar de suas crianças e garantir a qualidade nos serviços públicos (UNICEF, 2001).

Partindo desse cenário, faz-se necessário promover adequações, criando estratégias educativas a serem implementadas num Programa direcionado à primeira infância para adaptar-se ao novo contexto. Cita-se como referência o Programa Primeira Infância Melhor (PIM), que surgiu em 2006 no Estado do Rio Grande do Sul e que está entre as iniciativas de atenção à primeira infância no Brasil reconhecido nacional e internacionalmente.

O Programa é uma ação transversal de promoção do desenvolvimento integral na Primeira Infância e desenvolve-se através de visitas domiciliares e comunitárias, realizadas semanalmente a famílias em situação de risco e vulnerabilidade

social, visando o fortalecimento de suas competências para educar e cuidar de suas crianças (SCHNEIDER; RAMIRES, 2007).

O Programa de Capacitações do PIM é entendido como um processo educativo contínuo e de participação, que visa qualificar os grupos que executam o PIM e tem o objetivo de aprofundar e expandir os aspectos fundamentais da sua metodologia. É composto pelas Capacitações Inicial, Regional Continuada e de Atualização/Reforço (ALMEIDA, 2014).

Acredita-se que o ensino dinâmico desenvolve a curiosidade sobre o fazer e o pensar sobre o fazer, preza por uma educação mais completa, enriquecida e eficaz, onde a tecnologia inserida caminha de maneira harmoniosa e equilibrada com a essência fundamental do ensino, que requer outras práticas tradicionais, somadas à orientação e à disciplina. Destaca, ainda, a necessidade do respeito, compreensão, humildade e o equilíbrio das emoções (FREIRE, 1996).

Pode-se afirmar que é um consenso a importância de investimentos na educação e os cuidados direcionados à primeira infância, isto é, período compreendido desde a concepção até os seis anos de vida. Muitos estudos e relatos de experiências de sucesso testemunham em favor dessa afirmação (SCHNEIDER; RAMIRES, 2007).

Tendo em vista que investir na primeira infância é uma das metas dos governos municipais, nesse sentido é essencial implementar estratégias educativas que qualifiquem e capacitem os visitantes e monitores, onde a equipe do Grupo Técnico Estadual (GTE) é responsável pela implantação de estratégias e implementação do Grupo Técnico Municipal (GTM) (SCHNEIDER; RAMIRES, 2007).

Dessa forma, investir nos visitantes com estratégias educativas que os tornem mais seguros na sua atuação junto às

famílias participantes do PIM se faz necessário, visto que o vínculo estabelecido perdura por uma vida.

Objetivou-se, com base no exposto, conhecer as vivências de visitantes do Programa Primeira Infância Melhor do município de Santa Maria/RS.

Os dados obtidos foram organizados em quatro grandes categorias e suas respectivas subcategorias para auxiliar na compreensão e análise. As categorias foram definidas e organizadas a partir das falas dos visitantes, de acordo com as respostas encontradas e estratégias adotadas, entre outros aspectos relevantes. Foi possível perceber nas respostas dos visitantes o quanto existe comprometimento com o Programa e como realizavam seu trabalho de forma a satisfazer as necessidades das famílias atendidas, priorizando contemplar os objetivos e metas propostos nas visitas domiciliares.

Participaram da pesquisa nove visitantes cujas faixas etárias variaram entre 21 e 34 anos de idade, com tempo de atuação no Programa de um a dois anos. A partir dos dados coletados, emergiram quatro categorias: educação em saúde; criando vínculos a(efetivos); autonomia do sujeito; e fortaleza e desafios na promoção da saúde. Será feita uma breve descrição de cada uma dessas categorias, acrescentando-se falas dos visitantes.

A primeira categoria identificada traz a concepção da maioria dos entrevistados quanto ao conceito de educação em saúde, que é definida como o processo educativo de construção de conhecimentos em saúde, que visa a apropriação temática pela população (BRASIL, 2006).

Quando se fala em educação em saúde é unânime dizer que esse é um processo de capacitação e/ou qualificação dos profissionais da saúde, ou seja, para promover a educação em saúde é necessário que ocorra a educação voltada para os profissionais de saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Na concepção de Freire (1996), ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou construção. Portanto, a educação na saúde consiste na sistematização e produção de conhecimentos relativos ao desenvolvimento e a formação para a atuação em saúde, envolvendo diretrizes de orientação curricular, didáticas e práticas de ensino (BRASIL, 2009). Já a educação em saúde como projeto político-pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia, como ressaltaram Machado *et al.* (2007).

Quando se fala em aprimoramento, conhecimento, práticas e trocas, não se pode deixar de citar Freire (1996), que colocou vários argumentos em prol de um ensino mais democrático entre educadores e educandos, tendo em vista que tratam-se de seres inacabados, em constante aprendizado, devendo, dessa forma, buscar aprimoramento e conhecimento prático através das experiências vivenciadas e de suas trocas.

A segunda categoria encontrada centrou-se no desenvolvimento do vínculo familiar, o que ficou bem claro nas falas dos entrevistados, quando citaram alguns valores considerados imprescindíveis, como o respeito, o acolhimento e o vínculo mútuo citado.

Quando se depara com os relatos de três entrevistados, pode-se perceber o quanto estão presentes os valores éticos e culturais, intrínsecos no ser humano, de acolher, respeitar, dar atenção e cuidar, independente de qual seja a condição, raça ou cor. “O cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo, representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”, como argumentou Boff (2003, p. 33).

Quando se fala em vínculo familiar, pode-se perceber o quanto é enfatizado nas falas dos visitantes, por tratar-se de um pilar que fortalece a sua atuação com as famílias. Percebe-se que o vínculo é uma ferramenta que, além de favorecer a proximidade e fortalecer o relacionamento profissional entre o visitante e a família, faz o usuário sentir-se mais confiante para relatar as dificuldades e riscos a que está exposto, possibilitando que seja atendido em sua integralidade (MONTEIRO; FIGUEIREDO, 2009).

Constitui-se como necessidade de saúde o vínculo (a)efetivo entre cada indivíduo, família e/ou profissional e visitante, enquanto referência e relação de confiança. Reconhecer que o vínculo aqui é mais do que simples inscrição formal no PIM, significa o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa, isto é, um encontro entre pessoas (CECÍLIO, 2009).

O vínculo humano está ligado às influências recíprocas entre as pessoas, originando diferentes aspectos interacionais baseados no conhecimento, reconhecimento, ódio e amor, imprimindo, dessa forma, um significado ao relacionamento dos seres humanos (ZIMERMAN, 2010).

A palavra respeito está muito presente nessas falas e significa atenção ou consideração. Ter apreço é um dos valores mais importantes na caminhada do desenvolvimento humano, uma vez que afeta as relações entre as pessoas (VOLPATO, 2019).

E, por fim, pode-se acrescentar o termo acolhimento, muito presente nas visitas, e que pode ser uma estratégia para reestruturar o modelo assistencial curativo e fragmentado, tornando a assistência em saúde mais acolhedora e resolutiva. Nessa direção, o processo de trabalho em saúde modifica-se por meio da escuta aos usuários e da valorização de suas necessidades (GUERREIRO *et al.*, 2013).

Na categoria autonomia do sujeito, em uma abordagem mais ampla, autonomia refere-se à capacidade do sujeito de imprimir orientação às suas ações, por si mesmo e com independência, sendo comum a expressão referir-se ao indivíduo, às instituições e à comunidade (MEAD; CASTORIADIS, 2003). Nessa categoria foram encontrados vários obstáculos e desafios apontados pelos visitantes, que determinaram a autonomia do sujeito.

Quando se fala em deslocamento, significa ato ou efeito de deslocar da posição normal qualquer parte do corpo (DICIO, 2009). Ao interpretar as falas dos visitantes, ficaram bem claras as dificuldades enfrentadas durante as visitas domiciliares. Entre elas, difícil acesso, cães na rua, porém, a grande adversidade para esses profissionais foi não desistir diante dos obstáculos enfrentados.

Nas falas dos visitantes a palavra desafio é predominante e significa ato ou efeito de desafiar ou chamar alguém para combate, provocação (INFOPÉDIA, 2003). Sabe-se que os desafios começam logo ao nascimento, entretanto, o maior desafio encontrado pelos visitantes foi o aceite das famílias. Por isso, quando se pensa na inserção da família ao Programa, para alcançar um verdadeiro compromisso dos pais, devem ser superados os grandes desafios da cultura, das atitudes, da língua, da logística (ou seja, a falta de tempo), onde é particularmente difícil garantir a representação e participação equitativa de famílias diferentes, em particular, do ponto de vista étnico (UNESCO, 2002).

Quando se fala em autonomia do sujeito, reforça-se a ideia de Freire, quando ele refere que:

Não há ensino sem pesquisa, pois pesquisa-se para conhecer o que ainda não se sabe e comunicar ou anunciar o novo, Outro saber fundamental é a experiência educativa em relação a sua natureza,

como educador é necessário compreender a clareza de sua prática que o ato de ensinar exige comprometimento, a busca da autonomia vai se constituindo na experiência de inúmeras decisões, que vão sendo tomadas ao longo do tempo a autonomia enquanto do ser para si é um processo, vir a ser. (FREIRE, 1996, p. 17).

Na categoria fortaleza e desafios na promoção da saúde, foram relatadas a promoção da saúde, as experiências, a satisfação do profissional e suas fortalezas a serem exploradas, como a rede de apoio ao Programa, que ainda é pouco solicitada. Pode-se perceber o quanto promover a saúde das crianças e suas famílias reflete em ter a visão de um futuro melhor.

Quando se fala em promoção da saúde, considera-se a Carta de Ottawa, que definiu:

Promoção da saúde como o processo de capacitação das pessoas, famílias e comunidades para que tenham autonomia sob suas escolhas e uma melhor qualidade de vida no seu processo de viver. Ela percorre todos os níveis de atenção à saúde possibilitando mudanças no modo de pensar e agir as questões de envolvem a saúde. (WHO, 1986).

Acredita-se, portanto, que a promoção de saúde “acontece a partir da oportunidade que os sujeitos têm de ouvir a si mesmos e aos outros, e de reformular, recriar seus modos de pensar e de estar no mundo, confrontando concepções por vezes enrijecidas e adoecedoras” (SILVA *et al.*, 2013, p. 1005).

Para reforçar as falas como uma subcategoria, a rede de apoio surgiu e se constitui em uma estratégia educativa para o fortalecimento do Programa nos Municípios, pois as Redes de Atenção à Saúde (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, 2010).

Nessa categoria foi possível perceber que as experiências adquiridas foram muito importantes para os profissionais, proporcionando um grande aprendizado. A palavra experiência significa o mesmo que provas, aprendizados, aprendizagens, ensaios, experimentos, práticas, tentativas, vivências (DICIO, 2009).

Já quando consideradas as potencialidades evidenciadas, percebeu-se que as famílias, quando motivadas pelo visitador a interagir com a criança, respondem positivamente. A palavra potencialidades ficou bem evidente e entende-se como um conjunto das características inatas de uma pessoa; potencial, capacidades pessoais de cada indivíduo capaz de determinar o que ele pode fazer, ou não; talento, inteligência: potencialidade para música (DICIO, 2009).

Outro significado que emergiu pela vivência dos visitantes foi a satisfação, que se define como a ação ou efeito de satisfazer ou satisfazer-se; contentamento; prazer resultante da realização daquilo que se espera ou se deseja (DICIO, 2009).

Segundo Cecílio (2009), essa satisfação percebida pelos visitantes corresponde a um conjunto de necessidades de saúde de cada pessoa, família, criança, gestantes em ter um grau de autonomia no modo de ser e viver a vida. Nessa necessidade, a informação e educação em saúde são apenas parte de um processo de construção da autonomia de cada pessoa. A autonomia implicaria a possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de suas vidas e essa resignificação teria peso efetivo no modo de viver, incluindo a satisfação de suas necessidades, de forma mais ampla possível.

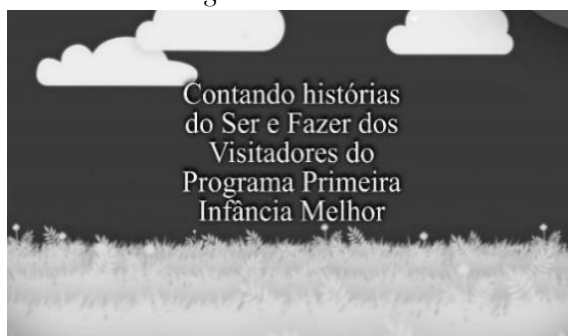
Os resultados dos relatos dos gestores e visitantes resultaram em um vídeo documentário que foi construído com a finalidade de estratégia pedagógica educativa que poderá ser

utilizada como ferramenta de motivação e/ou capacitação aos visitantes que ingressarem no Programa. As vivências do ser e fazer do cotidiano dos visitantes e/ou gestores foram momentos ricos em aprendizado, percebendo-se a amplitude da influência que esses relatos tiveram com as dimensões culturais do cotidiano e no comportamento humano. O desenvolvimento da habilidade do olhar antropológico entre os visitantes poderá aperfeiçoar as práticas das visitas domiciliares e motivar novas pesquisas.

Produto técnico

O produto tecnológico “**Histórias do Ser e Fazer dos Visitadores do Programa Primeira Infância Melhor**” foi desenvolvido com o intuito de contribuir para a motivação, capacitação e/ou qualificação do visitante que irá iniciar no Programa Primeira Infância Melhor (PIM), proporcionando uma ideia real do que irá enfrentar durante as visitas domiciliares com as famílias, fazendo com que esse profissional se sinta mais confiante após assistir os relatos dos ex-visitadores. Espera-se que o produto possa contribuir na caminhada do visitante do PIM.

Figura 1 – Capa do vídeo documentário Histórias do Ser e Fazer dos Visitadores do Programa Primeira Infância Melhor.





Fonte: https://www.youtube.com/watch?v=pBVI-VAmLv0&t=364s&ab_channel=MestradoProfissionalSa%C3%BadeMaternoInfantil-UFN

Considerações finais

Em uma abordagem clara e verídica, os relatos dos visitantes foram de extrema importância para se conhecer o ser e fazer dos mesmos no seu cotidiano de visitas junto às famílias participantes do PIM. O primeiro artigo descreveu as falas dos visitantes, através de questionamentos de como atuaram no Programa. Dos relatos percebeu-se o quanto este estudo teve grande relevância para motivar os visitantes, bem como inseri-los no Programa de forma clara e objetiva. Ao considerar esses relatos, ficou claro para a pesquisadora a seriedade do trabalho, a responsabilidade e, principalmente, o comprometimento de cada um em fazer o seu melhor, mesmo diante das dificuldades enfrentadas e dos desafios que surgiram ao longo do caminho. A persistência e a motivação para seguir em frente são fatos muito presentes neste estudo, que mostrou como o visitante é um elemento importante no PIM para efetivar as ações de promoção da saúde, levando não só conhecimento e técnica, mas amor e carinho às crianças e seus familiares.

A partir desses resultados, surgiram várias inquietações, como: pesquisar outros grupos do Programa, como Monitores, GTM e GTE e, ainda, com as famílias, pois este estudo suscita um conhecimento mais aprofundado, delimitando os grupos

que compõem o Programa no município de Santa Maria. Sabe-se que há muito a ser feito, mas considera-se ser possível contribuir ainda mais, possibilitando instrumentalizar novas tecnologias educativas para o Programa que ajudem, de forma efetiva, a melhorar a vida das famílias atendidas pelo PIM.

Referências

ALMEIDA, L. M. de. **A Infância como Eixo Integrador de Políticas Públicas**: Programa Primeira Infância Melhor. Porto Alegre: PIM, 2014.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano - compaixão pela terra. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Por que pesquisa em saúde?** Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_saude.pdf. Acesso em: 30 maio 2020.

BRASIL. **Glossário temático**: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Oficina de Governança Rede de Atenção**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à saúde/Diretoria de Redes de Atenção RAS, 2010.

BRASIL. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde** – APPMS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

DICIO. Dicionário Online de Português: definições e significados de mais de 400 mil palavras de A a Z. 2009. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/> Acesso em: 10 fev. 2021.

ESCRITA ACADÊMICA. O relato de experiência. **Escrita Acadêmica**, 2021. Disponível em: <http://www.escritaacademica.com/topicos/generos-academicos/o-relato-de-experiencia>. Acesso em: 01 abr. 2021.

FOUCAULT, M. As formações discursivas. *In*: FOUCAULT, M. **A Arqueologia do Saber**. 8. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012. p. 39.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GUERREIRO, P. *et al.* User embracement as a good practice in primary health care. **Texto Contexto-Enferm.**, 2013.

INFOPÉDIA. Porto: Porto Editora, 2003-2021. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/bibliografia>. Acesso em: 01 mar. 2021.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde: as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Cien. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-42, 2007.

MEAD, G. H.; CASTORIADIS, C. Autonomia e subjetividade: contribuições da Psicologia Social. *In*: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA, 33, Belo Horizonte, out. 2003. **Anais...** 2003.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P. Formação do vínculo na implantação do Programa Definição ou Significado Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 2009.

PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PESQUISA NACIONAL DE AMOSTRA DE DOMICÍLIOS - PNAD. **Indicadores mensais produzidos com informações do trimestre móvel terminado em maio de 2020.** Rio de Janeiro: IBGE, maio 2020.

PLANO NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA. **PNPI: 2010-2022/2020-2030.** 2. ed. rev. e atual. Brasília: Rede Nacional Primeira Infância, ANDI Comunicação e Direitos, 2020.

PRETTO, N. de L. O desafio de educar na era digital: educações. **Revista Portuguesa de Educação**, v. 24, n. 1, p. 95-118, 2011.

SCHNEIDER, A.; RAMIRES, V. R. **Primeira Infância Melhor:** Uma inovação em Política Pública. Brasília: UNESCO, Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul, 2007.

SILVA, G. R. F. *et al.* Entrevista como técnica de pesquisa qualitativa. **Online Braz J Nurs.**, v. 5, n. 2, 2006.

SILVA, G. G. S. *et al.* Momento dedicado à espera e à promoção da saúde. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Uberlândia, v. 33, n. 4, p. 1000-1013, 2013.

UNESCO. **Educação e Cuidado na Primeira Infância:** Grandes Desafios. Tradução de Guilherme João Freitas Teixeira. Brasília: OECD/Ministério da Saúde, 2002.

UNICEF. **Situação da Infância Brasileira.** Brasília: UNICEF Brasil, 2001.

VOLPATO, D. O respeito e seu significado. **HiperNotícias.** Campo Grande, MS, 2019.

WHO. **Ottawa charter for health promotion.** Ottawa: WHO, 1986. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en>
Acesso em: 31 mar. 2021.

ZIMERMAN, D. E. **Os quatro vínculos:** amor, ódio, conhecimento, reconhecimento, na psicanálise em nossas vidas. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NANOFILMES BIOPOLIMÉRICOS INCORPORADOS COM ÓLEO DE TUCUMÃ PARA TRATAMENTO DE FERIDAS

Daniela Tiepo Gomes
Mateus Claudio Zinhani
Dirce Stein Backes
Luiz Fernando Rodrigues Junior

Introdução

A cicatrização de feridas é um processo altamente complexo de reparo tecidual e um desajuste nesse processo pode levar à formação de feridas não cicatrizantes (FAHIMIRAD; AJALLOUEIAN, 2019; FELGUEIRAS *et al.*, 2020). As feridas crônicas não recuperam a integridade anterior em um período de três meses, persistindo em uma fase estagnada de inflamação patológica, e são responsáveis por considerável morbidade e aumento dos custos de saúde (JUNCOS BOMBIN; DUNNE; MCCARTHY, 2020; PREEM; KOGERMANN, 2018).

Estima-se que cerca de 312,9 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem anualmente com as feridas induzidas cirurgicamente e 76 milhões de pessoas sofrem com feridas causadas por complicações de diabetes, obesidade, doenças cardiovasculares e assim por diante (DONG *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2014). Dentre elas, destacam-se as Lesões por Pressão (LP), Úlcera Diabética e Úlcera Vasculogênica Crônica (UVC) (VIEIRA; ARAÚJO, 2018). Nesse contexto, o curativo tem um papel importante no processo de cicatrização, sendo responsável por manter a lesão protegida contra infecções

bacterianas e o ambiente lesionado equilibrado, promovendo a cura da ferida. Além disso, um ambiente úmido pode suportar os fluidos e os fatores de crescimento ao redor da ferida, influenciando a migração celular e promovendo a cicatrização (AMBEKAR; KANDASUBRAMANIAN, 2019; PREEM; KOGERMANN, 2018).

Com isso, a busca por desenvolver tecnologias para melhorar o potencial terapêutico dos tratamentos para feridas crônicas receberam preocupações significativas nos últimos anos. Atualmente, diferentes tipos de curativos (como filmes, hidrocolóides, hidrogéis e micro/nano fibras) estão sendo desenvolvidos para proporcionar um ambiente úmido, bem como rápida adesão e proliferação celular, a fim de aprimorar o processo de cicatrização (BACKES *et al.*, 2005; KRISHNAN; THOMAS, 2019; MIGUEL *et al.*, 2019). Vários tipos de polímeros, incluindo polímeros naturais e sintéticos, têm sido amplamente utilizados para aplicação biomédica, com ênfase na área de cicatrização de feridas. Entre os polímeros sintéticos, o poli (ácido glicólico) (PGA), o poli (ácido láctico) (PLA), o poli (ácido láctico-co-glicólico) (PLGA) e a policaprolactona (PCL) são amplamente empregados devido a sua biodegradabilidade desejável e fácil processabilidade (DONG *et al.*, 2020; JUNCOS BOMBIN; MCCARTHY, 2020; PREEM; KOGERMANN, 2018).

Dentre esses, o PCL desperta interesse em razão de sua excelente ligação celular, migração e proliferação de células fibroblásticas, ajudando no processo de cicatrização de feridas (AMBEKAR; KANDASUBRAMANIAN, 2019). Outro polissacarídeo amplamente estudado é o acetato de celulose (CA), derivado da celulose natural. As fibras de CA ganharam destaque principalmente devido à sua facilidade de solubilidade, boa biocompatibilidade, biodegradabilidade e resistência química. Além disso, o CA permite aumentar sua capacidade de

absorção, sendo convertido em celulose regenerada, por meio do processo de desacetilação, onde pode ser tratado com $\text{Ca}(\text{OH})_2$, NaOH ou etanol (AHMED; MENAZEA; ABDELGHANY, 2015).

Os esforços atuais na engenharia do tecido estão concentrados na fabricação de suportes tridimensionais que imitam a matriz extracelular (ECM) da pele natural. Hoje em dia, materiais micro e nanofibrosos são bons candidatos para o preparo de curativos. Esses curativos são classificados principalmente de acordo com a tecnologia e os materiais com os quais são produzidos. Entre os diferentes métodos de fabricação de nano curativos, a eletrofiação tem atraído atenção (ADELI-SARDOU *et al.*, 2019; AHMED *et al.*, 2015). Essa técnica fornece uma abordagem de baixo custo, possibilita produção em grande escala, é versátil e simples (SAMADIAN *et al.*, 2019).

Em decorrência, muito interesse é colocado na combinação de óleos essenciais com a eletrofiação, pois isso permite o encapsulamento de substâncias voláteis para melhorar a estabilidade e fornecer um vetor adequado para aplicações clínicas (MIGUEL *et al.*, 2019; TEIXEIRA *et al.*, 2020). O *Astrocaryum vulgare*, comumente chamado de Tucumã no Brasil, é uma planta pertencente à família *Arecaceae* e seu óleo é descrito como tendo propriedades curativas, anti-inflamatórias e atividade antimicrobiana significativa contra quatro bactérias Gram-positivas (*Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecium*, *Staphylococcus epidermidise Streptococcus agalactiae*) e uma Gram-negativa (*Acinetobacter baumannii*) (BALDISSERA *et al.*, 2017; NASCIMENTO *et al.*, 2019; ROSSATO *et al.*, 2019).

De acordo com nosso conhecimento, nenhum estudo foi realizado até o momento com o intuito de fabricar filmes poliméricos de PCL/AC contendo óleo de Tucumã. Com isso, esta pesquisa é vista como inovadora, contribuindo com a

ampliação do conhecimento sobre o uso de espécies nativas do bioma amazônico para uso potencial em curativos e cicatrização de feridas. Portanto, este trabalho tem o objetivo de obter filmes a partir de uma blenda de acetato de celulose e policaprolactona contendo quantidades variadas de óleo de *Astrocaryum vulgare*. Visa, também, o desenvolvimento de um sistema de eletrofiação (*electrospinning*) para a produção dos filmes e a realização da caracterização físico-química dos produtos obtidos.

Materiais e métodos

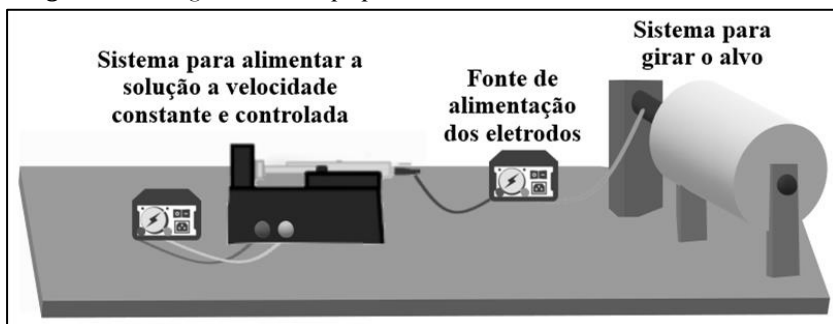
Com o desenvolvimento da pesquisa, foi observada a necessidade da construção de um novo equipamento para eletrofiação das amostras, visto que o disponível na instituição não possuía um sistema de vazão controlada capaz de bombear a solução polimérica. Sendo assim, o presente trabalho foi dividido em quatro etapas: fabricação do equipamento para eletrofiação, produção dos filmes poliméricos, tratamento das amostras e testes de caracterização.

Construção do sistema de eletrofiação

Um sistema permitindo a vazão controlada da solução polimérica foi construído utilizando uma guia linear, um parafuso com rosca e um motor de passo da marca BOSH, modelo CHP 9 390 0S2 042 12V. Uma fonte de alimentação foi utilizada para ligar o motor de passo. Por meio do software FreeCad e com o uso de uma impressora 3D Flashforge modelo Inventor, foi construído um suporte e um trava para manter a seringa fixa ao equipamento. Um suporte retangular também foi impresso para que servisse de apoio ao embolo da seringa. O alvo coletor das amostras foi desenvolvido utilizando um cilindro de aço inox, com eixo fixo, dois rolamentos e um

agitador mecânico. Uma base de madeira foi construída para acomodar as partes do equipamento, e uma fonte de alta tensão conectada por meio de eletrodos à agulha metálica e à superfície coletora proporcionou a diferença de potencial necessária para gerar as fibras poliméricas. A Figura 1 apresenta o diagrama utilizado para a montagem do equipamento de eletrofição.

Figura 1 - Diagrama do equipamento de eletrofição desenvolvido.



Fonte: Próprio autor.

Materiais e preparo das soluções

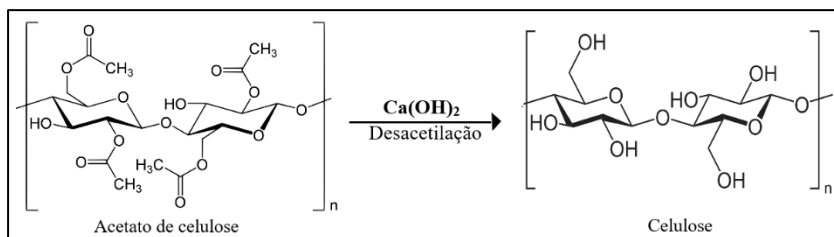
Como matriz polimérica para produção do curativo foram utilizados Acetato de Celulose (AC, massa molar ~ 50.000 g/mol) e Policaprolactona (PCL, massa molar ~ 80.000 g/mol) adquiridos da Sigma-Aldrich. Acetona e N, N-Dimetilformamida (DMF), ambos obtidos da empresa Synth, foram usados como solventes poliméricos, e uma solução preparada de hidróxido de cálcio 0,1 M ($\text{Ca}(\text{OH})_2$) foi utilizado para banho de desacetilação dos filmes produzidos. O óleo virgem de Tucumã (*Astrocaryum vulgare*) foi cedido pela Amazon Oil. A solução de PCL (9% em peso) foi preparada por dissolução em acetona e a solução de AC (15% em peso) foi preparada em um sistema solvente de N, N-Dimetilformamida/acetona (1:2 em peso). Ambas as soluções

foram agitadas separadamente durante 45 minutos à temperatura de 50 °C. Posteriormente, as soluções de PCL/CA foram misturadas, de modo que a proporção de massa fosse mantida a 20:80 (peso/peso), respectivamente. A solução preparada foi agitada continuamente usando uma barra magnética durante 30 minutos. Em seguida, o óleo de Tucumã, em quantidades de 50 μL , 150 μL e 250 μL , foi misturado com a solução PCL/CA preparada, permanecendo sob agitação por 15 minutos.

Produção dos filmes poliméricos

As soluções poliméricas funcionalizadas com óleo de Tucumã foram bombeadas com uma seringa de plástico de 10 mL a uma taxa de alimentação controlada de 39,2 mL/s através de uma agulha de calibre 18G. A tensão de 13 kV foi aplicada e a distância entre a ponta da agulha e o coletor foi fixada em 13 cm. A eletrofição foi realizada sob a temperatura de 25 °C, as amostras produzidas foram coletadas em folha de alumínio e secas a vácuo em temperatura ambiente por 64h para eliminar possíveis resíduos de solvente. Após a secagem, as amostras foram tratadas em banho de hidróxido de cálcio 0,1 M durante 24h, lavadas com água destilada até a obtenção de uma solução residual neutra, e secas novamente a vácuo por um período de 64h. A Figura 2 mostra as estruturas envolvidas no processo de desacetilação, onde ocorre a substituição dos grupos acetila por grupos hidroxilas, tornando o acetato de celulose em celulose regenerada (LEE *et al.*, 2021).

Figura 2 - Esquema reacional do processo de desacetilação do acetato de celulose.



Fonte: Próprio autor.

Caracterização das amostras

Difração de Raios-X (DRX)

A análise por difração de raios-X foi realizada em um Difratorômetro Bruker, modelo D2 Advance Brunker, com tubo de cobre (radiação $K_{\alpha} = 1,5418 \text{ \AA}$). A tensão e a corrente utilizadas no tubo foram 30 kV e 10 mA, respectivamente. O difratômetro utilizado possui geometria $\theta-\theta$. A velocidade de varredura do goniômetro foi de 0,05 °/s, sendo o intervalo 2θ de 5° a 70°.

Viscosidade

As medidas de viscosidade das soluções foram realizadas em um viscosímetro Brookfield DV-I (ModelD 220, Brookfield Company, Estados Unidos). As soluções foram mantidas em temperatura de 30 °C, utilizou-se um spinder S6 e rotação de 100 rpm durante o procedimento.

Molhabilidade

Para medir a absorção da água, uma gota de 10 μL de água destilada foi gotejada cuidadosamente sobre a superfície plana das amostras. As imagens foram adquiridas com o auxílio de uma câmera Canon, modelo PowerShot SX60 HS. O ângulo de contato entre a fase sólida (polímero) e a fase líquida (água) foi medido pelo software ImageJ. Foram realizadas três medidas para cada imagem, sendo efetuada a média simples com os valores de ângulos obtidos.

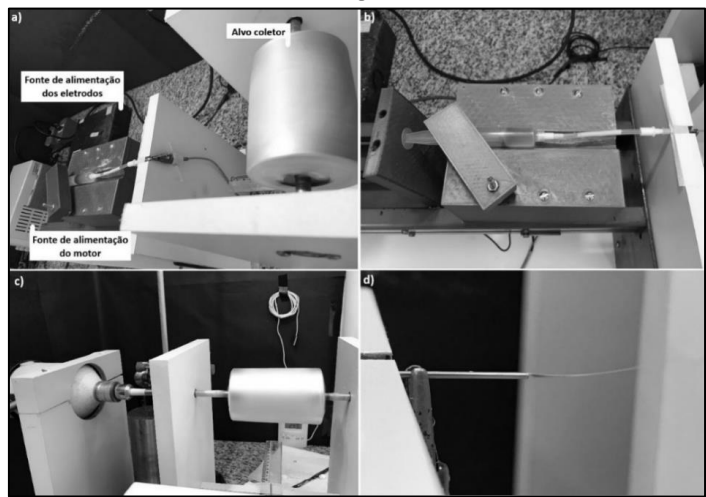
Resultados e discussões

O equipamento desenvolvido está representado na Figura 3. Como pode ser observado na Figura 3a, ele é constituído de diferentes componentes mecânicos e eletrônicos, sendo utilizados materiais como aço, polímero e madeira para a sua construção. A Figura 3b destaca os componentes de suporte e trava da seringa que foram desenhados e impressos por impressão 3D. O sistema de alvo coletor está apresentado na Figura 3c, sendo possível o controle das rotações por minuto do cilindro através da conexão do mandril ao agitador magnético. Na figura 3d pode ser visualizado a ponta da agulha e a formação do fio que está sendo atraído eletrostaticamente para o alvo metálico.

Para saber o tempo de vazão da solução e da geração das fibras, foi realizado uma curva de calibração do sistema de eletrofiação (Figura 4). Foram realizadas 10 medidas para os diferentes valores de tensão e avaliado os tempos necessários para a solução ser empurrada pela seringa. Os dados demonstraram que o sistema não apresenta uma curva linear entre os valores de tensão aplicados e o tempo de liberação do líquido pela seringa. Apesar disso, a regressão utilizando uma equação exponencial demonstrou um bom valor de R^2

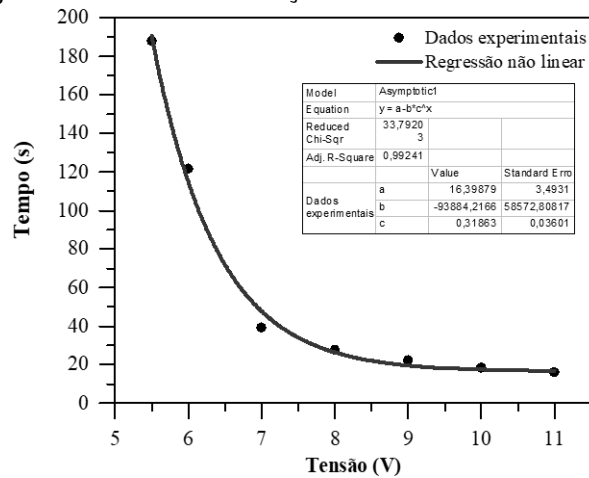
(0,99241), descrevendo de forma adequada o comportamento do sistema construído para alimentar a solução.

Figura 3 - Imagens do equipamento desenvolvido para o processo de eletrofição: (a) visão geral do equipamento; (b) suporte da seringa impresso em impressora 3D; (c) alvo de aço inox e sistema para rotação do alvo; (d) visão da agulha e do fio sendo formado.



Fonte: Próprio autor.

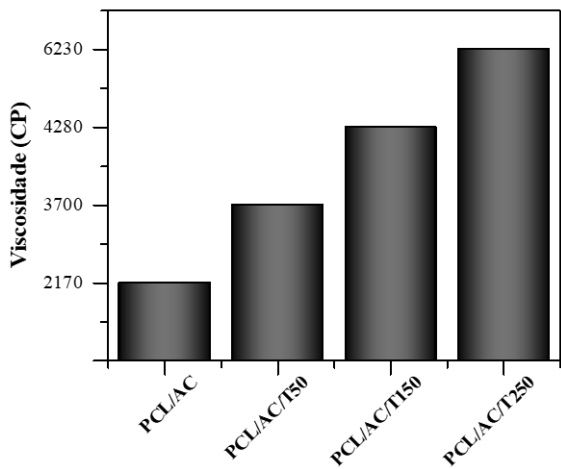
Figura 4 - Curva de calibração do sistema de eletrofição.



Fonte: Próprio autor.

Os valores de viscosidade das soluções utilizadas neste projeto são apresentados na Figura 5. Como pode ser observado, a adição do óleo de Tucumã alterou as características de viscosidade das soluções. Quanto maior a quantidade de óleo adicionado, maior foi o valor de viscosidade medido, sendo que o aumento ficou na ordem de 3x mais entre a amostra sem adição de óleo (PCL/AC) e a amostra com adição de 250 mL (PCL/AC/T250). Esses valores podem ser justificados pela presença dos grupos funcionais hidroxilas e carbonilas na molécula do óleo de Tucumã que podem realizar ligações de hidrogênio com as estruturas poliméricas do PCL e do AC (LEONARDI; ARAUZ; BARUQUE-RAMOS, 2019; AHMED; MENAZEHA; ABDELGHANY, 2015; LIAO *et al.*, 2015).

Figura 5 - Ensaio de viscosidade das diferentes soluções utilizadas para a produção dos filmes eletrofiados.

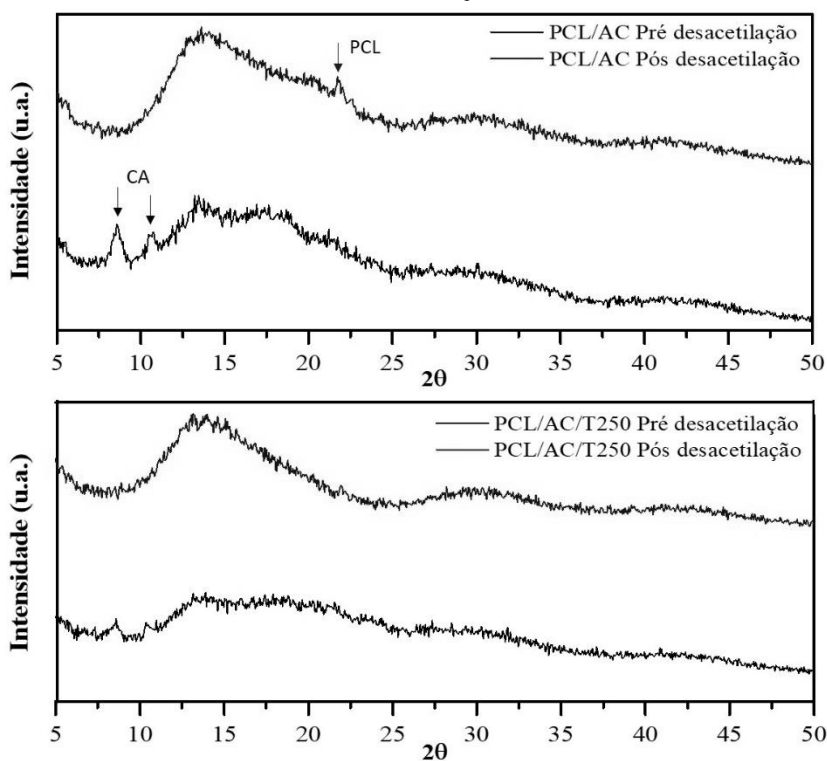


Fonte: Próprio autor.

A Figura 6 apresenta os difratogramas das amostras pré e pós reação de desacetilação, sendo possível avaliar a estrutura cristalina dos filmes poliméricos obtidos por eletrofiação. Pode-se observar, em ambos os difratogramas, pré desacetilação picos

nas regiões de $2\theta = 15^\circ$ e 20° , característicos da região amorfa do CA. O CA apresentou picos da região cristalina em $2\theta = 8,5^\circ$, $10,6^\circ$, 15° , $17,2^\circ$ e $23,2^\circ$, enquanto o PCL tem seus picos característicos em $2\theta = 21,4^\circ$ e $23,8^\circ$ (ROSSATO et al., 2019). Após a reação de desacetilação, houve o desaparecimento dos picos característicos do CA em $2\theta = 8,5^\circ$ e $10,6^\circ$ e a redução do pico em $17,2^\circ$. Os difratogramas das amostras com adição do óleo de Tucumã mostraram que existe uma possível interação do óleo com as macromoléculas dos polímeros, pois em ambos os DRXs é possível perceber uma menor intensidade dos picos característicos da fase cristalina.

Figura 6 - Difratogramas de DRX das amostras obtidas pelo processo de eletrofiação.

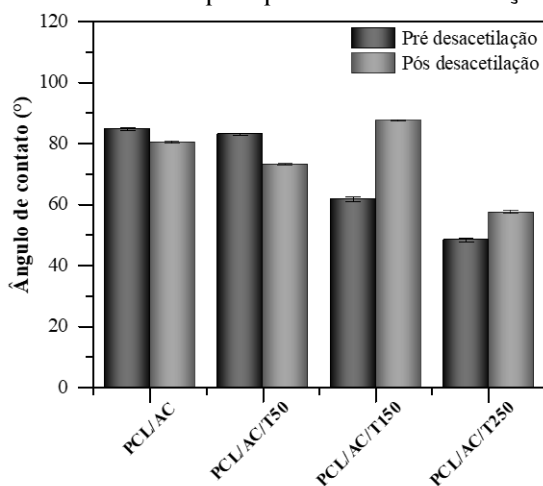


Fonte: Próprio autor.

Os resultados do teste de molhabilidade são apresentados na Figura 7. Os filmes eletrofiados com PCL/AC pré e pós desacetilação apresentaram um ângulo de contato de 84,8° e 80,4°, respectivamente. O tratamento com Ca (OH)₂ aumentou levemente a hidrofiliidade dos filmes. Era esperado um menor ângulo de contato após a desacetilação, porém, o tempo de imersão dos filmes na solução foi de apenas 24h e a base escolhida para o tratamento é considerada fraca e de baixa solubilidade (CHANG *et al.*, 2001), o que pode ter influenciado em uma desacetilação parcial dos filmes. Khoshnevisan *et al.* (2019) trataram nanofibras eletrofiadas de PCL e AC com NaOH e obtiveram uma redução de 46° para o ângulo de contato após a desacetilação. Em relação as demais variações de concentração de óleo nos filmes, os valores de ângulo não apresentaram uma relação linear, o que pode estar ligado a existência de uma possível reação concorrente entre os grupos OH presentes no óleo de Tucumã com os agrupamentos formados na solução polimérica (LEONARDI; ARAUZ; BARUQUE-RAMOS, 2019).

Contudo, a adição de 250 µL de óleo, em relação ao filme PCL/AC, apresentou uma diminuição significativa do ângulo de contato, com valor de 57,5°. De maneira geral, todos os filmes eletrofiados apresentaram uma superfície hidrofílica, tendo que fibras de PCL não modificadas possuem uma superfície hidrofóbica, com maior ângulo de contato estático ($92,4 \pm 5,2^\circ$). A capacidade de molhabilidade dos curativos para feridas desempenha um papel importante na manutenção de um ambiente local úmido, evitando a secura da ferida, absorvendo os fluidos e exsudados da lesão e estimulando a proliferação celular superficial (KHOSHNEVISAN *et al.*, 2019).

Figura 7 - Valores do ensaio para o teste de molhabilidade das amostras obtidas pelo processo de eletrofiação.



Fonte: Próprio autor.

Conclusão

Foi possível a construção de um aparelho capaz de eletrofiar filmes poliméricos utilizando materiais baratos e reutilizando peças em desuso. Filmes de policaprolactona (PCL) e acetato de celulose (CA) combinados com óleo de *Astrocaryum vulgare* (Tucumã) a diferentes concentrações foram produzidos com sucesso por meio da técnica de eletrofiação. Os filmes apresentaram boa molhabilidade superficial e a presença do óleo influenciou no aumento da viscosidade da solução. Os difratogramas mostraram uma redução de intensidade dos picos característicos da fase cristalina do CA após o processo de desacetilação.

Estudos futuros são necessários para explorar o melhoramento de novas estratégias para o carregamento de uma quantidade de solução adequada em intervalos de tempo menores. São importantes testes para avaliar os mecanismos de ação dos agentes imobilizados em detalhes e sua eficácia para

espécies de bactérias selecionadas em períodos de exposição prolongados, de modo que se comprove a aplicação potencial dos filmes estudados no tratamento de feridas.

Referências

ADELI-SARDOU, M. *et al.* Controlled release of lawsone from polycaprolactone/gelatin electrospun nano fibers for skin tissue regeneration. **International Journal of Biological Macromolecules**, v. 124, p. 478-491, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijbiomac.2018.11.237> Acesso em: 28 jun. 2022.

AHMED, F. *et al.* Co-electrospun poly(ϵ -caprolactone)/cellulose nanofibers-fabrication and characterization. **Carbohydrate Polymers**, v. 115, p. 388-393, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.carbpol.2014.09.002> Acesso em: 28 jun. 2022.

AMBEKAR, R. S.; KANDASUBRAMANIAN, B. Advancements in nanofibers for wound dressing: A review. **European Polymer Journal**, v. 117, p. 304-336, abr. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eurpolymj.2019.05.020> Acesso em: 28 jun. 2022.

BACAKOVA, L. *et al.* Nanofibrous Scaffolds for Skin Tissue Engineering and Wound Healing Based on Nature-Derived Polymers. *In: CURRENT AND FUTURE ASPECTS OF NANOMEDICINE MICROBIAL*. [S. l.]: **IntechOpen**, 2016. p. 13. Disponível em: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5772/57353> Acesso em: 28 jun. 2022.

BACKES, D. S. *et al.* A evolução de uma ferida aguda com o uso de carvão ativado e prata. **Nursing**, São Paulo, p. 588-592, 2005.

JUNCOS BOMBIN, A. D.; DUNNE, N. J.; MCCARTHY, H. O. Electrospinning of natural polymers for the production of nanofibres for wound healing applications. **Materials Science and Engineering C**, v. 114, maio 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.msec.2020.110994> Acesso em: 28 jun. 2022.

KHOSHNEVISAN, K. *et al.* Antibacterial and antioxidant assessment of cellulose acetate/polycaprolactone nanofibrous mats impregnated with propolis. **International Journal of Biological Macromolecules**, v. 140, p. 1260-1268, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijbiomac.2019.08.207> Acesso em: 28 jun. 2022.

KRISHNAN K, A.; THOMAS, S. Recent advances on herb-derived constituents-incorporated wound-dressing materials: A review. **Polymers for Advanced Technologies**, v. 30, p. 823-838, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pat.4540> Acesso em: 28 jun. 2022.

LEE, J. *et al.* Simple conversion of 3D electrospun nanofibrous cellulose acetate into a mechanically robust nanocomposite cellulose/calcium scaffold. **Carbohydrate Polymers**, v. 253, p. 117191, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.carbpol.2020.117191> Acesso em: 28 jun. 2022.

LEONARDI, B.; ARAUZ, L. J. de; BARUQUE-RAMOS, J. Chemical Characterization of Amazonian Non-Polar Vegetal Extracts (Buriti, Tucumã, Brazil Nut, Cupuaçu, and Cocoa) By Infrared Spectroscopy (Ftir) and Gas Chromatography (Gc-Fid). **Infarma - Ciências Farmacêuticas**, v. 31, n. 3, p. 163, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.14450/2318-9312.v31.e3.a2019.pp163-176> Acesso em: 28 jun. 2022.

LIAO, N. *et al.* Electrospun bioactive poly (ε-caprolactone)-cellulose acetate-dextran antibacterial composite mats for wound dressing applications. **Colloids and Surfaces A: Physicochemical and Engineering Aspects**, v. 469, p. 194-201, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.colsurfa.2015.01.022> Acesso em: 28 jun. 2022.

NASCIMENTO, K. *et al.* Phytochemical analysis and evaluation of the antioxidant and antiproliferative effects of Tucumã oil nanocapsules in breast adenocarcinoma cells (MCF-7). **Natural Product Research**, v. 0, n. 0, p. 1-6, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14786419.2019.1648460> Acesso em: 28 jun. 2022.

ROSSATO, A. *et al.* Evaluation in vitro of antimicrobial activity of Tucumã oil (*Astrocaryum vulgare*). **Archives in Biosciences & Health**, v. 1, n. 1, p. 99-112, 2019.

SAMADIAN, H. *et al.* Electrospun cellulose acetate/gelatin nanofibrous wound dressing containing berberine for diabetic foot ulcer healing: in vitro and in vivo studies. **bioRxiv**, p. 787093, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-65268-7> Acesso em: 28 jun. 2022.

SANTOS, I. C. R. V. *et al.* Characterization of care for patients with wounds in Primary Care. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 4, p. 613-620, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000400008> Acesso em: 28 jun. 2022.

TEIXEIRA, M. A. *et al.* Electrospun nanocomposites containing cellulose and its derivatives modified with specialized biomolecules for an enhanced wound healing. **Nanomaterials**, v. 10, n. 3, p. 557, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nano10030557> Acesso em: 28 jun. 2022.

VIEIRA, C. B. de; ARAÚJO, T. M. E. Prevalência e fatores associados a feridas crônicas em idosos na atenção básica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, n. e3415, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017051303415> Acesso em: 28 jun. 2022.

CARIMBO DE IMPRESSÃO PLACENTÁRIA COMO TECNOLOGIA DE HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO OBSTÉTRICO

Denise Vendruscolo Ragagnin

Marciane Marques

Eduardo Marques Machado

Regina Celia de Castro Gomes

Keity Laís Siepmann Soccol

Silvana Cruz da Silva

Introdução

O modelo de assistência obstétrica brasileiro se caracteriza pela medicalização dos corpos que, historicamente, apresenta resultados maternos e perinatais desfavoráveis (PRATA *et al.*, 2022), em grande parte pelo excesso de intervenções, o que tem contribuído para o aumento de taxas de cesáreas e a morbimortalidade materna e perinatal. Contudo, Leal *et al.* (2019) destacam que, no Brasil, o processo de mudança da atenção ao parto e nascimento está em pleno desenvolvimento. Iniciativas sociais, unidas às evidências científicas atuais e ao uso apropriado da tecnologia, vem buscando qualificar e modificar esse modelo.

Nesse contexto, destacam-se estratégias voltadas à humanização da assistência ao parto e nascimento, como as tecnologias de cuidado obstétrico, as quais constituem um conjunto de técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados na relação com a mulher, o recém-nascido e a família (DUARTE *et al.*, 2019). São cuidados desenvolvidos na perspectiva

humanística, que promovem autonomia e bem-estar, com satisfação das parturientes (PRATA *et al.*, 2022).

Tendo em vista que o momento do parto pode ser motivo de preocupação para muitas mulheres e suas famílias, buscou-se adotar formas diferentes de tornar a experiência mais leve para mães, acompanhantes e bebês. Assim, adotou-se a produção de carimbos feitos com a placenta do recém-nascido, visando fortalecer os laços familiares e proporcionar uma lembrança positiva do nascimento, na perspectiva de que a parturição constitui uma experiência que ocorre em um contexto biossociocultural.

O carimbo de impressão placentária, como tecnologia leve, artesanal e singular, é conhecido mundialmente como Árvore da Vida, em alusão ao formato que a placenta fica ao ser carimbada em uma folha de papel. Um estudo que utilizou essa tecnologia descreve que a mesma possibilita humanizar a assistência e eternizar a lembrança do parto e nascimento, fortalecer o vínculo mãe-filho, estreitar o vínculo profissional de saúde e cliente e, ainda, valorizar a enfermagem obstétrica no cuidado materno-infantil (SANTOS *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson (2004) corrobora com a ideia de que os cuidados em saúde transcendem a relação meramente técnica entre os profissionais e as pessoas. Assim, a equipe de enfermagem, ao relacionar-se a partir da ótica humanista, considera não somente a matéria, o biológico, como também estabelece um relacionamento intersubjetivo, qualificando a assistência e indo de encontro com a visão tecnocêntrica da parturição.

Objetivo

Relatar a experiência da confecção de carimbos de impressão placentária como tecnologia de humanização do

cuidado obstétrico.

Método

Trata-se de um relato de experiência acerca da realização de carimbos de impressão placentária. A tecnologia é desenvolvida pela equipe de enfermagem, enfermeiros e técnicos de enfermagem, durante os três turnos de trabalho, em uma maternidade de médio porte de um hospital privado de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul.

A maternidade em questão conta com equipe multiprofissional, que atendeu 1.233 nascimentos ao ano 2021. A infraestrutura é de 13 quartos de internação pré e pós-parto, conta com um centro obstétrico com uma sala de parto normal, duas salas de cesáreas e três leitos de recuperação, nos quais ficam a mulher, o recém-nascido e o acompanhante, e, ainda, 24 leitos de alojamento conjunto na maternidade.

A realização dos carimbos de placenta iniciou em agosto de 2020 e se mantém vigente. O público-alvo refere-se as mulheres assistidas na instituição sem critérios de exclusão. Todos os cuidados de biossegurança foram realizados para manter a segurança das pacientes e dos profissionais.

Resultados

Até o presente momento, foram realizadas aproximadamente 1.300 impressões placentárias durante o intervalo de tempo anteriormente descrito, com o objetivo de humanizar a assistência e eternizar a lembrança do parto e nascimento.

Inicialmente, os carimbos de placenta eram realizados conforme a disponibilidade da equipe de trabalho, atualmente, existe um protocolo na unidade para que seja ofertado a todas

as pacientes. Neste documento, consta a organização e as informações necessárias para a realização dessa tecnologia de cuidado, conforme descrito no quadro a seguir:

Quadro 1 - Protocolo padrão para realização da Impressão Placentária.

Título da técnica:	Carimbo da Placenta.
Assunto:	Realização do Carimbo da Placenta.
Objetivo:	Humanizar a assistência e ofertar uma recordação do momento do parto.
Equipamentos de proteção Individual:	Luvas de procedimento; Touca; Máscara; Avental.
Materiais:	Folha de papel; Gazes; Álcool 70%; Placenta; Materiais de papelaria (tinta guache, pincel, glitter, canetas coloridas).
Técnica:	<ul style="list-style-type: none"> - Ao recepcionar a paciente no Centro Obstétrico, a profissional de enfermagem informa sobre a possibilidade de levar uma recordação do parto em forma de imagem, impressão placentária, sendo essa opcional; - Explicar para a paciente sobre a placenta, sua funcionalidade e importância, que o bebê se une a mãe por meio do cordão umbilical e da placenta, a qual é responsável pelos principais hormônios que mantém a gestação, além de propiciar oxigênio e os nutrientes necessários para a formação da nova vida; - Após a dequitação da placenta e avaliação da mesma, separar a placenta com a face fetal para cima, posicionar o cordão umbilical direcionado para baixo; - Realizar a limpeza do excesso de sangue e secreção presentes na placenta; - Em uma superfície lisa e plana, preparar a folha de papel em branco de forma que cubra o tamanho total da placenta; - Largue a placenta bem posicionada e pressione levemente sobre o papel. Espera-se alguns minutos para que toda a impressão seja realizada, evite mover o papel neste momento para não borrar e retire a placenta com cuidado; - Caso a impressão seja realizada com tinta, após realizar a limpeza do excesso de secreções, posicionar a placenta em superfície plana e higienizar com álcool 70% para provocar ressecamento. Após, pinte o órgão com a tinta por toda a extensão, pressione o papel levemente sobre; - Descarte a placenta no local adequado e padronizado; - Deixe a imagem secar por alguns minutos, se for de escolha da mãe, pode-se incluir os dados do nascimento, do recém-nascido ou algo significativo da equipe para a família; - Para ser entregue à família, a ilustração é acondicionada em um saco de polietileno transparente e higienizada externamente para evitar contato com fluidos sanguíneos.

Fonte: Adaptado do protocolo da Unidade.

O carimbo da placenta é realizado pela equipe de enfermagem, conforme escala prévia, por enfermeiras ou técnicas de enfermagem, de acordo com as demandas e rotinas da unidade no dia. A tecnologia é oferecida tanto para puérperas de parto normal quanto de cesariana, sendo desenvolvida ainda dentro da sala de parto ou cirúrgica. A Figura 1 apresenta imagens de duas profissionais após realizarem a tecnologia de cuidado.

Figura 1 - Profissionais da Equipe de Enfermagem com o carimbo de impressão placentária.



Fonte: Arquivo pessoal das Autoras (2022).

As profissionais relatam que o conceito de parto humanizado é amplo e abrange diversas etapas e que estão evoluindo dia a dia para aplicá-lo integralmente as pacientes. Elas entendem que o nascimento é um momento ímpar na vida das famílias e se dedicam para que levem as boas lembranças e que estejam satisfeitas com o serviço.

Além disso, destacaram que realizar a imagem da placenta é um prazer, que sentem nas entregas a gratidão das mães, o brilho nos olhos de satisfação do casal. Refletem que são

profissionais privilegiadas por fazerem parte deste momento lindo dessas famílias que estão se construindo. Uma lembrança que será eternizada.

Após a liberação da placenta, que tenha sido avaliada quanto à integridade das membranas, presença de calcificação ou outras alterações, a mesma é mantida reservada em um recipiente próprio. Quando a parturiente e o recém-nascido estão estáveis e todos os cuidados necessários foram realizados, a mulher é comunicada que será realizada a impressão.

Quanto aos materiais utilizados, destaca-se que esses são financiados pelo próprio hospital e por alguns profissionais. Pondera-se que a utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI) pelos profissionais durante o procedimento é de extrema importância, para evitar a contaminação por contato com fluidos.

São apresentadas, na Figura 2, algumas das artes realizadas pelos profissionais de saúde da instituição até o presente momento.

Figura 2 - Carimbo de impressão placentária.



Fonte: Arquivo pessoal das Autoras (2022).

A produção artística é singular e vai ser diferente para cada mulher e recém-nascido, permitindo ao profissional da saúde utilizar diferentes materiais. Podem, ainda, ser registradas mensagens de carinho da equipe ou que represente o momento, como também o nome do recém-nascido, data, horário de nascimento, peso, estatura, nome dos profissionais que assistiram ao parto e nascimento e nome do acompanhante. Nesta maternidade, padronizou-se um título: “Placenta, a árvore da vida!” e ao final “Obrigada por me nutrir”, o nome do recém-nascido, a data e o nome do hospital, sendo que esse modelo fica salvo no computador da unidade, porém, é opcional.

Discussões

Em 1985, iniciou-se o processo de desconstrução do modelo tecnológico em prol da humanização da assistência (MELO *et al.*, 2017), a partir da inserção das boas práticas no parto normal, instituídas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Hoje, cada vez mais busca-se humanizar também o momento da cesariana, sendo a realização dos carimbos de impressão placentária uma ótima estratégia para isso, tendo em vista que podem ser realizadas independente da via de parto.

Essa tecnologia se baseia em um modo de cuidar que parte da concepção de desmedicalização, compreendendo que os fenômenos da vida e o processo saúde-doença requerem abordagens que ultrapassem unicamente a clínica-biomédica, admitindo que estratégias de cuidado devem conviver com a autonomia e o direito de escolha das mulheres (PRATA *et al.*, 2022). Sob essa ótica, a equipe de enfermagem busca estimular e promover uma vivência prazerosa do parto, sendo a placenta apresentada à mãe como o órgão que nutriu e “abrigou” seu filho durante o período gestacional.

A experiência do parto pode ditar muitas implicações na saúde física e psicológica de uma mulher, ações como essa promovem a humanização do parto e nascimento, além de agregar as boas práticas como tecnologias do cuidado (SANTOS *et al.*, 2022). Nesse sentido, a prática em questão está compreendida como tecnologia do cuidado leve, pois implica na criação de relação entre sujeitos, uma vez que utiliza os saberes bem estruturados para atuar no processo de saúde.

Além disso, fortalece os vínculos entre a equipe de enfermagem e as parturientes, trazendo motivação e estímulo para ambos. Para os profissionais que participam do desenvolvimento dessa atividade, os carimbos de placenta intensificam a emoção das mulheres que dão à luz nesta maternidade, é uma das várias iniciativas voltadas à humanização da assistência ao parto e nascimento. Práticas que consideram os aspectos sociais e subjetivos levam a uma assistência mais humanizada e beneficiam tanto os pacientes quanto os profissionais, pois atuam como ferramenta de recuperação e manutenção da saúde (ALVES; LIPPI; GARCIA, 2015).

A arte historicamente é reconhecida na cultura humana como uma forma de socialização e de expressão. Na área da saúde, as artes visuais são utilizadas e reconhecida pelos seus efeitos terapêuticos (STATE OF THE FIELD COMMITTEE, 2009). Tem-se utilizado, na obstetrícia, as pinturas de barrigas, como estratégia de cuidado no pré-natal e nas maternidades, para a educação em saúde e na promoção do bem-estar emocional materno e familiar. O estudo de Mata e Shimo (2018) considerou a utilização da arte também como mediadora da vinculação entre mãe-bebê-família e profissional-usuária-família.

Nesse sentido, as ilustrações, confeccionadas a partir das placentas, são utilizadas na saúde com vistas à mudança do

modelo assistencial em obstetrícia, bem como para a maior satisfação e como marca positiva para a vida da mulher e sua família, uma vez que esse momento ficará eternizado em forma de arte. Essa técnica é conhecida mundialmente como árvore da vida, em alusão ao formato que a placenta fica ao ser carimbada em uma folha de papel. Essa metáfora é utilizada justamente devido aos vasos sanguíneos no disco placentário serem parecidos com galhos ramificados e o cordão umbilical assemelhar-se ao tronco de uma árvore. Além disso, faz alusão a importância desse órgão, responsável pela nutrição e pelo crescimento do feto, sendo a maior ligação entre a mãe e o bebê dentro do útero.

A partir dessa experiência, corrobora-se com autores que afirmam que o carimbo da placenta é um método de registro e de resgate do parto e nascimento, o qual, somado às boas práticas obstétricas, garante não só a humanização na assistência, mas um vínculo afetivo e de segurança da paciente com a equipe de saúde (SANTOS *et al.*, 2020).

Conclusões

A confecção dos carimbos de impressão placentária se mostrou uma tecnologia exitosa para a humanização do cuidado obstétrico, além de fomentar o vínculo entre a mulher, o recém-nascido e a família, como também o vínculo desses com os profissionais da saúde, os quais demonstraram satisfação e motivação ao desenvolvê-las.

Ao refletir sobre essa vivência, é possível reafirmar essa estratégia de cuidado obstétrica como propulsora da humanização do parto e nascimento, uma vez que propicia, a partir da arte, eternizar lembranças deste momento tão singular para a mulher e sua família. Sugere-se que pesquisas de campo sejam realizadas a fim de evidenciar o uso dessa tecnologia como

estratégia de educação em saúde e na promoção do bem-estar materno e familiar.

Referências

ALVES, M. A. C. B.; LIPPI, U. G.; GARCIA, S. A. L. Reflexões sobre a humanização na assistência de enfermagem obstétrica na visão do enfermeiro obstetra. **Enferm Bras.**, Petrolina, v. 14, n. 2, p. 99-110, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/eb.v14i2.3716>. Acesso em: 08 maio 2022.

DUARTE, M. R. *et al.* Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuição para o parto e nascimento. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v. 24, e54164, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.54164>. Acesso em: 08 maio 2022.

LEAL, M. C. *et al.* Progress in childbirth care in Brazil: preliminary results of two evaluation studies. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 7, e00223018, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>. Acesso em: 08 maio 2022.

MATA, J. A. L.; SHIMO, A. K. K. El arte de pintar el vientre materno: la historia oral de las enfermeras y parteras. **Revista Enfermería Actual**, Costa Rica, v. 35, jul./dez. 2018.

MELO, B. M. *et al.* Implementação das boas práticas na atenção ao parto em maternidade de referência. **Rev. RENE.**, Fortaleza, v. 18, n. 3, p. 376-82, 2017. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/20065>. Acesso em: 08 maio 2022.

PRATA, J. A. *et al.* Non-invasive care technologies used by obstetric nurses: therapeutics contributions. **Esc Anna Nery.**, Rio de Janeiro, v. 26, e20210182, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0182>. Acesso em: 08 maio 2022.

SANTOS, R. R. P. *et al.* Árvore da vida: projeto de impressão placentária em maternidades públicas estaduais do centro-oeste. **Enferm. Foco**, v. 11, n. 5, p. 125-129, 2020.

STATE OF THE FIELD COMMITTEE. **State of the field report:** Arts in healthcare. Washington (DC): Society for the Arts in Healthcare, 2009.

WATSON, J. **Caring science as sacred science.** Philadelphia: F. A. Davis, 2004.

UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA DO REBOZO NA MATERNIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Gabriella Dalla Corte Córdova
Camila Cassol
Regina Celia de Castro Gomes
Carla Lizandra de Lima Ferreira
Adriana Dall'Asta Pereira**

Introdução

A gravidez provoca inúmeras alterações no corpo da mulher, que se dão principalmente após a fecundação do óvulo e posterior a fixação na parede uterina. De maneira espontânea, o corpo começa a se adequar a tais modificações, que irão ocorrendo durante o período de gestação, sendo essas similares fisiologicamente em grande parte das mulheres, ou modificadas patologicamente devido a fatores intrínsecos ou extrínsecos das gestantes (SALES *et al.*, 2020).

Todas essas mudanças podem trazer desconforto para as mulheres e suas principais queixas estão predominantemente relacionadas à musculatura. A maioria das gestantes apresentam lombalgia advinda dessas alterações que são expressamente significativas para o corpo. Dentre todos os desconfortos advindos da gestação, destacam-se, também, dispneia, dificuldade na deambulação, edema nas extremidades dos membros, problemas intestinais, entre outros. Mediante esses fatores, abordagens são usadas com o objetivo de melhorar o máximo a qualidade de vida da mulher durante esse período, dentre elas a Técnica do Rebozo se mostra como um recurso

terapêutico simples, eficiente, porém, pouco aplicado (SALES *et al.*, 2020).

Em castelhano, a palavra rebozo vem de cobrir-se. Peça do vestuário símbolo da cultura mexicana desde o século 17. Além de vestuário, a peça é utilizada como um objeto do cotidiano desde o nascimento até a morte (carregar cestos na cabeça, técnica do sling, sepultamento, entre outras). Os costumes e rituais em cada parte do mundo são bem diversificados, cada lugar com os seus hábitos, por isso a massagem com a Técnica do Rebozo, por sua vez, ainda não é muito conhecida em alguns lugares, mas a prática está se espalhando, principalmente com a ajuda de parteiras e doulas (VINAVER; KEIJZER; TUYL, 2015).

A técnica foi publicada na Holanda em 2008, por doulas e educadoras perinatais, com o objetivo de formar parteiras, doulas e educadoras perinatais interessadas no parto natural e humanizado. O Rebozo é um símbolo que inspira respeito em muitos países (VINAVER; KEIJZER; TUYL, 2015).

O Rebozo é um recurso que se utiliza de uma peça de tecido longa e plana, feita de algodão com leve uso de elástico para ser resistente, macia e flexível na medida certa. É uma abordagem muito eficaz, porém, pouco conhecida e sem muitos estudos. O Rebozo proporciona a melhora na amplitude de movimentos, relaxamento, massageia a região pélvica, auxilia na redução das dores, atua diretamente no mau posicionamento do feto. Esse recurso pode ser implantado tanto na gestação quanto durante o trabalho de parto, assim como no pós-parto. Sua utilização permite à mulher suportar com mais tranquilidade as dores, mas também a técnica traz uma grande interação entre parturiente e executor, criando um laço que facilita todo o processo (SALES *et al.*, 2020).

O mesmo autor salienta que o principal objetivo dessa técnica é a melhora na qualidade de vida da gestante, reduzindo

os desconfortos advindos das alterações fisiológicas no corpo da mulher. A Técnica do Rebozo pode ser aplicada por qualquer profissional que atua na equipe obstétrica, durante o período de pré e pós-parto, inclusive durante a gestação. Ao utilizar essa técnica, contribui-se com a melhora na qualidade de vida das gestantes, além disso, correlaciona-se a tradição com a ciência, agregando uma melhoria significativa do cuidado de forma integral e humana.

Objetivo

Desse modo, este estudo tem por objetivo relatar a experiência da implementação da Técnica do Rebozo na maternidade de um hospital público no Município de Santa Maria – Rio Grande do Sul (RS), vivenciada na disciplina de Estágio Curricular Supervisionado II por acadêmicas do Curso de Enfermagem da Universidade Franciscana (UFN).

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo, construído a partir da vivência de duas acadêmicas de enfermagem do 9º semestre, do curso de Graduação em Enfermagem da UFN. A técnica foi implementada em uma maternidade de um Hospital 100% SUS, localizado na região central do município de Santa Maria, RS. Segundo Silva (2019), a maternidade atende uma demanda espontânea dos 32 municípios pertencentes à 4ª Coordenadoria Regional de Santa Maria, na qual os usuários são gestantes de risco habitual, ou seja, mulheres que não manifestam doenças e histórico de obstetrícia anterior que venham acarretar pontos negativos para mãe e bebê.

A necessidade da implementação da técnica emergiu a partir do diagnóstico situacional realizado na maternidade entre os meses de agosto a outubro de 2021 durante a realização da disciplina de “Estágio Curricular Supervisionado em Enfermagem”, disciplina obrigatória com carga horária de 320 horas, sob orientação da professora supervisora responsável. O processo de intervenção, na prática, foi realizado no mês de outubro para os três turnos de trabalho e contou com o apoio das enfermeiras preceptoras e das residentes da unidade.

A ação sobre a Técnica do Rebozo foi efetuada no posto de enfermagem utilizando o recurso “Power Point”, abordando as características e principais posições utilizadas para a realização desse método, no sentido de nortear o diálogo entre a equipe. Para a implementação efetiva dessa técnica, as estudantes presentearam a unidade com três tecidos de Rebozo e com o livro “A Técnica do Rebozo Revelada” das autoras Naolí Vinaver, Mirjam de Keijzer e Thea Van Tuyl, do ano de 2015.

Salienta-se que o projeto não passou pelo comitê de ética, pelo fato de ser um relato de experiência da implementação da Técnica do Rebozo. O processo de implementação foi elaborado com base nas reflexões e sentimentos vivenciados pelas acadêmicas ao estudar a temática e desenvolver a atividade com fins educativos e avaliativos para a disciplina do semestre.

Resultados e discussão

No sentido de sistematizar o processo do diagnóstico situacional e implementação da técnica Rebozo, os resultados serão descritos em duas unidades temáticas, tais como: descrição do diagnóstico situacional e processo de implementação da Técnica do Rebozo.

Descrição do diagnóstico situacional

O estágio supervisionado possibilita ao estudante experiências e conhecimentos teórico-práticos, bem como um aprofundamento reflexivo perante a realidade cotidiana do serviço. Oportuniza o desenvolvimento de competências para o exercício da enfermagem e da gestão de processos de tal modo que é possível utilizar um método denominado diagnóstico situacional, o qual auxilia identificar as necessidades e a organização dos serviços de saúde (NEGREIROS; LIMA, 2018).

No desenvolvimento das competências para o exercício da enfermagem, o estágio contribui pela proximidade com a prática profissional, pois são realizados procedimentos básicos de enfermagem. Nesse estágio, especificamente em uma maternidade, os cuidados foram direcionados à saúde da mulher, como: avaliações de gestantes; encaminhamentos sobre a devida conduta de acordo com a avaliação e queixa da gestante; verificação de batimentos cardíacos fetais (BCF); sinais vitais e exame físico específico; sondagem vesical de demora e retirada; punção venosa periférica; medicações por via oral e intravenosa; realização de testes rápidos para sífilis e HIV; participação das cesáreas e partos normais; cuidados de rotina com recém-nascidos; execução de curativos de laceração ou ferida operatória; entre outros.

No processo formativo curricular é trabalhado de forma transversal o tema gestão, porém, no decorrer do último período de formação, a gestão e gerência em saúde é aprofundada, discutida e refletida com referenciais teóricos da área, alinhados ao contexto dos cenários de estágio. Percebe-se a importância do enfermeiro líder e o processo de trabalho desenvolvido nos cenários de atuação da equipe multiprofissional. Dessa forma, são desenvolvidas funções de gestão e gerenciamento que são de grande pertinência para a

formação acadêmica. Dentre elas, estão: organização da unidade, pastas e materiais; escalas dos profissionais; evoluções no sistema; preenchimento dos formulários de internação; realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE); realização do mapa (dietas da unidade); atualização do sistema Gerint (internações, altas, transferências); e demais funções.

A proposta de realizar um diagnóstico situacional durante a realização do estágio oportuniza atender demandas do serviço. Nesse sentido, na referida maternidade, o diagnóstico situacional, com foco na atenção a gestante, foi a demanda da implementação da Técnica do Rebozo.

Assim, frente ao diagnóstico realizado, foi apresentada, à equipe de preceptoras enfermeiras e residentes, e proposta a implementação da Técnica do Rebozo. Para tanto, foi realizada a busca por referenciais para que auxiliassem na construção de um momento educativo para equipe. Com isso, foi notória a necessidade de implementar a Técnica do Rebozo de forma adequada no serviço de saúde, ou seja, a utilização dos tecidos do Rebozo, a fim de qualificar o trabalho da enfermagem e a assistência para as gestantes e puérperas, além de realizar a técnica com segurança devido a tecnologia ser adequada para a realização do procedimento.

Processo de implementação da Técnica do Rebozo

Na assistência ao parto normal, os profissionais de enfermagem da maternidade do referido hospital realizam um cuidado integral e humanizado com o auxílio das tecnologias não farmacológicas de alívio da dor, como: aromaterapia, cromoterapia, banho de chuveiro, uso da bola e da banqueta. Ainda, proporcionam à mulher a presença do acompanhante em todas as etapas desse momento único e singular da vida de

uma mulher. Diante disso, as alunas realizaram um diálogo com as preceptoras de estágio e com as residentes para planejar e implementar uma ação inovadora na unidade.

A Técnica do Rebozo aplicada pelas mãos amorosas do profissional oferece conforto, apoio, acolhimento, alívio e relaxamento a paciente (Figura 1). Consiste em uma massagem que pode ser realizada em distintas partes do corpo e em várias posições, tais como em pé, inclinada para frente, sentada na cadeira ou bola suíça, de quatro apoios, com apoio ou não da bola suíça, deitada de lado sobre a cama, entre outras (Figura 2). Orienta-se movimentos curtos e ritmados, ou amplos e lentos, considerando a necessidade de cada mulher. Chama-se atenção que é de extrema relevância que a mulher se sinta confortável e verbalize quando estiver sentindo algum desconforto (VINAVER; KEIJZER; TUYL, 2015).

Figura 1 - A Técnica do Rebozo.



Fonte: Google imagens.

Figura 2 - Posições mais utilizadas da Técnica do Rebozo.



Fonte: Vinaver, Keijzer e Tuyl (2015).

O mesmo autor salienta que o uso da técnica durante o trabalho de parto tem vários benefícios, entre eles: relaxa a musculatura e ligamentos do útero, desbloqueia tensões do assoalho pélvico, suaviza as sensações das contrações, além de proporcionar movimento para o quadril e auxiliar a descida do bebê. Evidencia-se que normalmente não há contraindicação com o uso, no entanto, se a gravidez for de risco, ou a bolsa tiver rompido e o bebê estiver alto, não é interessante usá-lo pelo risco de prolapso de cordão (VINAVER; KEIJZER; TUYL, 2015).

Para a implementação foi necessário realizar uma sensibilização. A ação ocorreu nos dias 05 e 06 de outubro de 2021, no Hospital Casa de Saúde, após passagem de plantão dos turnos tarde/noite e noite/manhã, respectivamente. A intervenção foi realizada para as enfermeiras, técnicas de enfermagem, residentes e demais alunos de enfermagem e medicina presentes.

Para implementação da técnica foi necessário adquirir três tecidos de Rebozo para maternidade, pois a unidade não tinha esse produto. Ainda, nos tecidos foi costurada uma etiqueta identificando a unidade. A partir dos referenciais foi elaborado um processo educativo por meio do recurso “Power Point” para a apresentação da Técnica do Rebozo para a equipe (Figura 3). O conteúdo da apresentação constou da história da criação do tecido, as principais características, a importância do uso, os momentos que pode ser empregado, posições mais utilizadas, ilustrações e dicas de como realizar a técnica de modo que favoreça a gestante, puérpera e o profissional executante.

No processo educativo foi percebida a necessidade de a equipe ter um material visual que pudessem consultar e sensibilizar para o uso da técnica. Para tanto, foi confeccionado dois pôsteres em tamanho A4 plastificado (Figura 4) para fixar nas paredes dos dois quartos PPP (pré-parto, parto e pós-parto), onde foram retratados os benefícios da técnica e diversas posições que a mulher pode experimentar. Ainda, para realizar o rastreamento do tecido quando for encaminhado para a lavanderia do hospital, foi desenvolvido e impresso uma tabela em folha A4 para o controle. Enfatizou-se para a equipe a importância de colocar a assinatura, a data e o horário com vistas a monitorar o processo de lavagem e esterilização para não haver perdas.

Com o desenvolvimento dessa ação, foi possível observar o olhar atento e curioso de toda a equipe presente durante o processo. Acrescenta-se, ainda, a importância de incorporar essas tecnologias de cuidado na rotina diária do serviço de obstetrícia, pelo tamanho benefício e repercussões trazidas. É notória a contribuição dessa intervenção para a visibilidade do processo de trabalho da enfermagem e da instituição de saúde, bem como para o atendimento com qualidade do binômio mãe-

bebê. Observe, na Figura 3, a ação da Técnica do Rebozo implementada na maternidade.

Figura 3 - Ação da Técnica do Rebozo implementada na maternidade.



Fonte: Própria das autoras.

Figura 4 - Pôster plastificado fixado nos quartos PPP (pré-parto, parto e pós-parto).



Fonte: Própria das autoras.

Conclusão

Conclui-se que a literatura ainda se encontra escassa em relação à quantidade e qualidade dos estudos que enfatizam o uso da Técnica do Rebozo no atendimento a mulheres. Apesar disso, evidências literárias sugerem que o uso desse recurso tecnológico está associado à melhora no atendimento, principalmente agregando uma melhoria significativa do cuidado feminino de forma positiva.

Por fim, tem-se como resultados que o uso da Técnica do Rebozo serve como estratégia que favorece uma assistência humana e integral para a saúde da mulher, enaltecendo a importância dessa abordagem por todo e qualquer profissional atuante na área. Portanto, torna-se fundamental salientar a importância de ter uma visão do cuidado integral no processo de formação acadêmica em relação a utilização de metodologias não farmacológicas de alívio da dor visando benefícios para o sistema de saúde, para o trabalho da enfermagem e, principalmente, para a qualidade do cuidado da mulher.

Referências

NEGREIROS, R. V.; LIMA, V. C. Importância do estágio supervisionado para o acadêmico de enfermagem no hospital: compartilhando experiências vivenciadas com a equipe de trabalho.

Revista da Universidade Vale do Rio Verde, v. 16, n. 2, 2018.

SALES, W. B. *et al.* A técnica de rebozo na atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e226973740-e226973740, 2020.

SILVA, A. A. *et al.* Pré-natal da gestante de risco habitual: potencialidades e fragilidades. **Rev. Enferm. UFSM – REUFSM**. v. 9, n. 15, e15, p. 1-20, 2019.

VINAVER, N.; KEIJZER, M.; TUYL, T. **Livro a técnica do Rebozo revelada.** São Paulo: Luxema, 2015.

PERCURSO METODOLÓGICO DE CONSTRUÇÃO DO MANUAL INSTRUCIONAL ORIENTADOR DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À MULHERES NO PERÍODO PUERPERAL

Luciano Samaniego Arrussul

Caroline Brondani Rosa

Margarida dos Santos Reis

Dirce Stein Backes

Carla Lizandra de Lima Ferreira

Introdução

O processo de enfermagem é o instrumento teórico-metodológico que orienta o cuidado de enfermagem de forma processual, por meio de cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, quais sejam: coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. O mesmo tem por base o método científico e centra-se em orientar o cuidado profissional e o registro da documentação clínica. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), diferentemente do processo de enfermagem, promove a organização do trabalho, que abrange o ambiente no qual o cuidado de enfermagem é exercido e toda a complexidade que envolve o processo de gestão (COFEN, 2009; SANTOS *et al.*, 2021; GUTIÉRREZ; MORAIS, 2017).

Nessa direção, a condução do cuidado de enfermagem pressupõe, nas diferentes realidades, contextos, serviços e sujeitos, o processo de enfermagem enquanto instrumento

metodológico que orienta o cuidado, de forma processual e por meio de instrumentos específicos para o alcance de melhores resultados em saúde. Desse modo, o processo de enfermagem pressupõe a elaboração de instrumentos que viabilizem a organização e a efetivação do cuidado na prática (HERDMAN, 2013).

Desse modo, essa documentação se traduz em elementos constituintes do pilar instrumentos e dão sustentação ao pilar método, empregado por profissionais de enfermagem em seu fazer teórico-prático. Estudos que abordam a elaboração de instrumentos e documentação próprios se mostram pertinentes e essenciais à organização específica do serviço e, portanto, adequados ao escopo de produção do conhecimento compatível com a temática da SAE (SANTOS *et al.*, 2016; KREMPSER *et al.*, 2019).

O manual instrucional se constitui, nesse contexto, em importante recurso norteador do cuidado de enfermagem. O mesmo indica procedimentos a serem realizados, ou seja, se traduz em um tipo de texto que leva a equipe de enfermagem a mais que uma simples informação, mas conduz a tomada de decisões a partir de um raciocínio crítico-reflexivo sobre a prática (ECHER, 2015).

Objetiva-se, com base no exposto, descrever o processo de construção de um manual instrucional orientador do cuidado de enfermagem a mulheres no período puerperal.

Percurso metodológico: fases de construção do manual instrucional

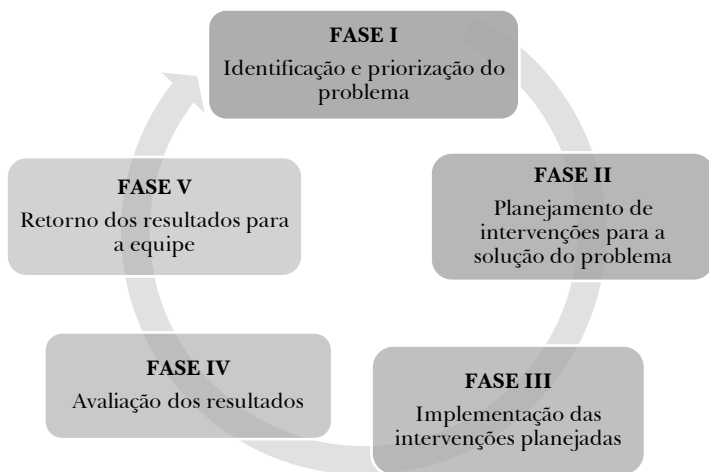
Estudo de desenvolvimento tecnológico que intenta descrever o percurso que norteou a produção de uma tecnologia, do tipo manual instrucional, desenvolvida a partir de um processo investigativo prévio com foco no processo de

enfermagem e a sistematização do cuidado de enfermagem direcionado a mulheres no período puerperal.

Realizou-se, inicialmente, o processo investigativo com o objetivo de avaliar as dificuldades e facilidades que os enfermeiros encontram em relação a operacionalização do processo de enfermagem em um município interiorano do Rio Grande Sul. Participaram, para tanto, 17 enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família (ESF) que realizam atendimento às mulheres no período puerperal. Os resultados dessa investigação evidenciaram dificuldades relacionadas a compreensão do significado do processo de enfermagem, bem como a dificuldade de efetivar as diferentes etapas do processo, em função da inexistência de uma tecnologia instrucional de apoio.

Assim, com base em estudos, discussões e alinhamentos com os profissionais de enfermagem do referido município, decidiu-se pela construção de um manual instrucional de apoio à operacionalização do diagnóstico de enfermagem no período puerperal, considerando ser essa uma das principais lacunas na ESF. Desse modo, o processo de construção do manual instrucional foi norteador pelas fases metodológicas ilustradas na Figura 1:

Figura 1 - Percurso metodológico de construção do manual instrucional.



Fonte: elaborado pelos autores.

Fase I: identificação e priorização do problema

A primeira fase do diagrama metodológico está relacionada à identificação do problema/demanda na prática, na interação com os participantes do estudo. Esse percurso foi delineado a partir da investigação com os enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família. Os resultados desse estudo evidenciam importante fragilidade associada à operacionalização do processo de enfermagem no período puerperal. Essa fragilidade está relacionada à insegurança dos enfermeiros no que se refere à realização do diagnóstico de enfermagem com mulheres no período puerperal. Assim, decidiu-se coletivamente pelo desenvolvimento de um manual instrucional, de apoio à operacionalização do processo de enfermagem, neste cenário de estudo.

Esse percurso se deu por meio de encontros focais presenciais, de uma hora, com enfermeiros que já haviam

participado da coleta de dados e que previamente manifestarem aceite à participação da etapa de construção do manual. Cinco enfermeiros participaram desse percurso de quatro encontros. Apresentou-se, no primeiro encontro, a proposta da pesquisa, os objetivos, os critérios éticos, além das pactuações para a continuidade dos trabalhos.

Destaca-se que, devido ao período pandêmico da Covid-19, os encontros obedeceram as normas restritivas e de contingenciamento. Desse modo, os encontros ocorreram em sala específica, higienizada, com o uso de máscaras e a observância do distanciamento preconizado pelas instâncias locais.

Fase II: planejamento de intervenções para a solução do problema

A fim de elucidar a realidade e gerar conhecimento sobre o contexto, elaborou-se três questões norteadoras para melhor compreender o problema e, a partir de então, estabelecer o planejamento. As questões elencadas foram: você realiza o processo de enfermagem em sua unidade básica de saúde? Se sim, como este é realizado? Quais as potencialidades e fragilidades que encontra?

As questões mencionadas acima foram entregues aos enfermeiros participantes do estudo, em formato de questionário impresso, no primeiro encontro. O preenchimento das questões permitiu a troca de ideias entre os participantes. Percebeu-se, com essa dinâmica, grande preocupação por parte dos enfermeiros, pelo fato de não terem implantado, em seu local de trabalho, todas as etapas do processo de enfermagem e pela pouca noção sobre a SAE.

Com base nessas constatações, decidiu-se pela continuidade dos encontros, a fim de promover discussões

teórico-práticas sobre os passos do processo de enfermagem e de como esse se diferencia da SAE. Planejou-se, para tanto, um plano de ações prospectivas, com dias e horários, a fim de pactuar coletivamente o compromisso pelo estudo e qualificação do processo de enfermagem em âmbito local. Esse percurso foi moderado pelo pesquisador principal, com o apoio de um dos enfermeiros participantes.

Dos dados resultantes do questionário previamente aplicado, realizou-se a organização do material e, posteriormente, uma análise de conteúdo. A análise de conteúdo evidenciou potencialidades e fragilidades associadas à operacionalização do processo de enfermagem. Denotou-se que o processo de enfermagem, na compreensão dos participantes, *direciona o cuidado de enfermagem, a partir de metodologia teórico-prática específica*. Por outro lado, os enfermeiros manifestaram preocupação com a *falta de recursos humanos, de tempo e de conhecimento, os quais dificultaram a operacionalização do processo de enfermagem*.

A partir da análise, o próximo encontro destinou-se a apresentação e discussão dos resultados. Aprofundou-se, nesse novo encontro, as potencialidades de dificuldades na perspectiva de cada um dos enfermeiros participantes. Propôs-se aos enfermeiros o planejamento coletivo para o desenvolvimento da ação, neste caso, do manual instrucional proposto.

Nesse processo de discussão, os enfermeiros reconheceram que além de organizar o cotidiano da gestão e da assistência do trabalho do enfermeiro, a SAE é também capaz de proporcionar mais autonomia e reconhecimento aos enfermeiros e, sobretudo, qualificar o cuidado em saúde. Os enfermeiros reconheceram, ainda, que a ESF poderia ser a propulsora desse processo de sistematização. Assim, a partir dessas reflexões ampliadas, direcionou-se a implementação da

ação, a partir dos passos: teorização e construção de um instrumento para a consulta de enfermagem.

Em relação às fragilidades apontadas pelos enfermeiros participantes, pactuou-se a relevância de todos os enfermeiros participarem ativa e colaborativamente de todo o percurso de qualificação e implementação do processo de enfermagem. Apesar da constatação de que os recursos humanos seriam insuficientes para a demanda, todos se comprometeram a abraçar a causa. Pactuou-se, também, que os instrumentos a serem elaborados em relação ao processo de enfermagem deveriam ser objetivos, claros e condensados, a fim de torná-los atrativos e práticos.

Fase III: implementação das intervenções planejadas

Para essa fase foram organizados três encontros, com o seguinte delineamento: o primeiro de teorização, o segundo para a construção dos instrumentos para a consulta de enfermagem e o terceiro para a apresentação de todos os instrumentos revisados, pelo pesquisador, e posterior validação com a participação de profissionais com expertise na área da saúde materno-infantil e políticas de atenção à saúde da mulher, especialmente no período puerperal.

No primeiro encontro, foi realizada a **teorização** com o objetivo de promover a sensibilização dos envolvidos. Para tanto, foram apresentados artigos relacionados ao processo de enfermagem com foco no período puerperal da mulher. Os materiais foram distribuídos para os enfermeiros, os quais realizaram leitura individual prévia. Essa dinâmica teve por objetivo identificar as percepções individuais dos profissionais em relação à temática proposta. Após a leitura individual, realizou-se debate em grupos, sobre as percepções, potencialidades e dificuldades encontradas.

O segundo encontro teve por objetivo elaborar **os instrumentos para a consulta de enfermagem**, a partir da aprendizagem oportunizada na teorização e pela mediação do pesquisador principal. Os instrumentos foram elaborados de forma processual, com o aporte teórico de artigos publicados sobre a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e a Resolução COFEN nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Ao final desse encontro, ficou acordado que os instrumentos seriam formatados e apresentados no próximo encontro pelo pesquisador.

No terceiro encontro, que teve por objetivo **apresentar os instrumentos elaborados pela equipe**, o pesquisador os apresentou em formato word, com o auxílio de projetor de multimídia, a fim de que todos pudessem realizar as suas contribuições, as quais foram consideradas e alteradas sempre que necessário. Ao final, ficou acordado que os instrumentos seriam enviados para enfermeiros expertises da área da saúde materno-infantil, a fim de procederem com a validação do conteúdo.

Fase IV: avaliação dos resultados

Essa fase foi assumida pelo pesquisador principal, a partir das atividades e ações realizadas nos encontros, sobretudo, com base nos debates e discussões dos participantes. O envolvimento ativo e colaborativo demonstrado pelos enfermeiros no decorrer dos encontros, além da adesão às pactuações realizadas, possibilitou uma avaliação positiva de todo o percurso. A partir da problemática evidenciada, os próprios enfermeiros construíram o seu percurso de melhorias, o qual resultou na

qualificação do processo de enfermagem nas diferentes unidades de saúde.

A avaliação pode ser um processo em que se torna explícito o planejar tanto para a mudança da prática quanto para a avaliação dos efeitos da mudança na prática (TRIPP, 2005). Sob esse enfoque, os efeitos da mudança em relação à qualificação do processo de enfermagem foram avaliados de forma altamente positiva.

Considerou-se, também, nessa fase, o desenvolvimento do produto proposto, denominado “**Manual norteador do cuidado de enfermagem no período puerperal**”, o qual tem por objetivo orientar os enfermeiros na aplicabilidade dos subprodutos ou instrumentos desenvolvidos coletiva e colaborativamente com os enfermeiros participantes do estudo. O manual, após a sua construção inicial e a validação de conteúdo, sofreu um processo de qualificação com o apoio de um profissional técnico da área do Design.

Fase V: retorno dos resultados para a equipe

Essa fase será desenvolvida após a apresentação da dissertação para a banca avaliadora. Intenta-se implementar a SAE nas diferentes unidades de saúde do município em questão, a partir da inclusão dos instrumentos elaborados pelos enfermeiros no sistema CELK - sistema credenciado pelo município, com vistas a criação de banco de dados no ESUS. Procura-se, paralelamente, fomentar cursos de qualificação, com todos os enfermeiros do município, com vistas à implementação efetiva do processo de enfermagem e da SAE.

Resultados: apresentação do manual instrucional

Embora existam vários manuais disponíveis que norteiam o cuidado de enfermagem nos diferentes contextos profissionais do enfermeiro, encontrou-se poucas produções que descrevem as fases para a sua elaboração. Na maioria das vezes, o que existe na literatura são produções que relatam a má qualidade das informações contidas em manuais, bem como a falta de rigor científico-metodológico no percurso de sua construção à implementação.

Buscou-se, com base nessas constatações, desenvolver um manual instrucional atrativo, objetivo, não muito extenso, capaz de fornecer orientações significativa sobre o Processo de Enfermagem e a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Atentou-se para que o manual fosse acessível, de fácil compreensão e para que atendesse as necessidades específicas dos enfermeiros que atuam em equipes de Estratégia de Saúde da Família, a fim de que os mesmos se sintam estimuladas a lê-lo. Buscou-se, ainda, ilustrar as orientações para descontrair, animar, torná-lo menos pesado e facilitar o entendimento, já que, para algumas pessoas, as ilustrações explicam mais que muitas palavras.

É importante transformar a linguagem das informações encontradas na literatura, tornando-as acessíveis ao público-alvo. Essa é, também, uma etapa de extrema importância para a equipe, considerando que, frequentemente, utiliza-se uma linguagem inacessível ou muito distante da realidade dos profissionais envolvidos. Buscou-se, nessa direção, utilizar uma linguagem científica, mas adaptada à realidade do contexto da saúde e enfermagem do município em questão (ECHER, 2015).

A etapa de qualificação do manual visa a validação técnico-científica do material construído. A literatura recomenda que esse processo seja realizado em três etapas de avaliação: a de

profissionais de saúde especialistas na área da temática, a de pacientes individuais e a de grupos de pacientes portadores do evento abordado (SVARSTAD; MOUNT, 2002; COULTER; ENTWISTLE; GILBERT, 1998). Nesse estudo, no entanto, não foram considerados os pacientes, pelo fato de o processo de enfermagem e a SAE serem atividades privativas do enfermeiro. No percurso de qualificação do manual, buscou-se atender as expectativas e as necessidades dos enfermeiros, os quais possuíam conhecimentos e interesses diferentes. Denotou-se que a construção e o processo de qualificação do manual foram, também, uma oportunidade para uniformizar e oficializar as condutas no cuidado à mulher no período puerperal, com a participação ativa e colaborativa dos enfermeiros.

Considerou-se, ainda, por fim, que o conhecimento científico é renovável e que necessita de constantes atualizações. Por isso, a informação contida no manual instrucional não se constitui em verdade absoluta ou receita inquestionável. Assim como a formação é concebida ao longo da vida, também os manuais e demais tecnologias instrucionais requerem atualizações frequentes e ao longo de sua vida útil.

O manual, em seu formato gráfico final, foi apresentado às equipes de Estratégia Saúde da Família, a partir de um encontro específico para esse fim, visando esclarecer dúvidas e enfatizar a relevância deste recurso para a qualificação do processo de enfermagem na referida região. Apresenta-se, a seguir, um esboço ilustrativo resumido do manual instrucional.

Figura 2 - Manual norteador do cuidado de enfermagem no período puerperal.



O produto final, “**Manual norteador do cuidado de enfermagem no período puerperal**”, foi distribuído para as unidades de saúde do referido município, mais precisamente para as 17 equipes de ESF, as quais prestam cuidados às mulheres no período puerperal. Serão discutidas, na sequência, maiores detalhes em relação a sua atualização e manutenção nas unidades.

Considerações finais

A produção do manual mostrou-se um excelente recurso de interlocução teórico-prática com os profissionais de saúde. O mesmo possibilitou, ao longo de seu processo de construção, refinamento e validação, espaço para a autorreflexão e a autoanálise sobre o processo de trabalho e de cuidado em enfermagem e saúde. Desse modo, o mesmo transcendeu o manual físico e possibilitou um espaço concreto de sensibilização e qualificação do cuidado de enfermagem.

O percurso adotado para o desenvolvimento do manual instrucional possibilitou movimentos de interlocução com os profissionais da prática, os quais contribuíram na (re)construção de conceitos, estruturas e fluxos. O manual está alinhado às necessidades do serviço e, dessa forma, resultará em benefícios tanto para os profissionais de enfermagem quanto para as usuárias.

Disponer de um material educativo e instrutivo facilita a linguagem integralizada das orientações a serem fornecidas pelos profissionais, com vistas ao cuidado de enfermagem mais efetivo e resolutivo. Além disso, o manual se constitui em recurso teórico-metodológico que conduz a uma prática científica, planejada e conduzida com base em metas coletivas para o alcance dos objetivos comuns.

Referências

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html Acesso em: 25 maio 2022.

COULTER, A.; ENTWISTLE, V.; GILBERT, D. **Informing patients: an assessment of the quality of patient information materials**. London: King's Fund, 1998.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 5, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000500022> Acesso em: 28 maio 2022.

GUTIÉRREZ, M. G.; MORAIS, S. C. Systematization of nursing care and the formation of professional identity. **Rev Bras Enferm.**, v. 70, n. 2, p. 436-441, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0515> Acesso em: 28 maio 2022.

HERDMAN, H. T. Processo de enfermagem: um momento para relembrar seu propósito. **Rev Rene**, v. 14, n. 3, p. 458-459, 2013. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1396/pdf> Acesso em: 25 maio 2022.

KREMPSE, P. *et al.* Nursing protocol in vascular trauma prevention: peripheral catheterization bundle in urgency. **Rev Bras Enferm.**, v. 72, n. 6, p. 1512-1518, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0457> Acesso em: 25 maio 2022.

SANTOS, D. M. *et al.* Development and implementation of a nursing patient history in Pediatric Intensive Care. **Acta Paul Enferm.**, v. 29, n. 2, p. 136-145, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600020> Acesso em: 22 maio 2022.

SANTOS, G. L. A. *et al.* Implications of Nursing Care Systematization in Brazilian professional practice. **Rev Esc Enferm USP**, v. 55, p. e03766, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020023003766> Acesso em: 29 maio 2022.

SVARSTAD, B. L.; MOUNT, J. K. **Evaluation of written prescription information provided in community pharmacies 2001: final report to the U.S. Department of Health and Human Services and the Food and Drug Administration.** Rockville (MD): FDA/CDER, 2002. Disponível em: <http://www.fda.gov/cder/reports/prescriptionInfo/default.htm> Acesso em: 20 jan. 2004.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 443-466, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ep/a/3DkbXnqBQqyq5bV4TCL9NSH/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 29 maio 2022.

TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Lisiane de Borba Müller

Laura Tais Loureiro Simas

Naiana Oliveira dos Santos

Cristina Saling Krueel

Mara Regina Caino Teixeira Marchiori

Introdução

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) são causadas por agentes patogênicos (vírus, bactérias ou parasitas) que podem ser adquiridos e transmitidos através das relações sexuais sem proteção (anal, oral ou vaginal), transfusão de sangue contaminado, compartilhamento de objetos perfurocortantes contaminados e entre uma mãe infectada e seu bebê durante a gravidez, parto e amamentação. Tais infecções constituem uma das principais preocupações em termos de saúde pública, dada a elevada morbidade e mesmo a mortalidade a elas associada (BRASIL, 2017, 2019).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), todos os dias são contabilizados, no mundo, mais de 1 milhão de casos de ISTs curáveis entre pessoas de 15 a 49 anos. De acordo com o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, o Brasil teve 158.051 casos de sífilis e mais de 40 mil novos infectados pelo HIV em 2019 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Os números descritos refletem um quadro preocupante, em especial, destacam-se os casos de sífilis, que em 2016 foi declarada como um grave problema de saúde pública no Brasil. Em 2010, quando a sífilis adquirida teve sua notificação compulsória implantada, a taxa de detecção era de 2,0 casos por 100 mil habitantes, em 2017, apenas sete anos depois, os números alcançaram 58,1 casos por 100 mil habitantes. Em comparação com o ano de 2016, 2017 apresentou um aumento de 31,8% no número de notificações de sífilis adquirida, 24,8% nas de sífilis gestacional e 16,4% nas de sífilis congênita (BRASIL, 2019).

A detecção de gestantes com sífilis no Brasil vem aumentando nos últimos 10 anos. de acordo com o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (MS) de 2019, houve um incremento de 34,6% na taxa de detecção de sífilis congênita, a qual saltou de 3,5 casos/1.000 nascidos vivos em 2008 para 4,3 casos/1.000 nascidos vivos em 2018. Estima-se, que no Brasil, em 2019, 3,5% das gestantes eram portadoras de sífilis, havendo um risco de transmissão vertical do *Treponema* em torno de 50 a 80% e taxas de mortalidade perinatal de até 40% (BRASIL, 2019). A região Sul teve um aumento significativo, apresentando taxa de 4,4 em 2011, passando para 14,2 casos/1.000 nascidos vivos em 2019.

Com base no exposto e no intuito de contribuir para a redução dos casos de sífilis congênita, desenvolveu-se uma tecnologia educacional, do tipo cartilha, sobre a Sífilis Congênita, a ser utilizada pelos enfermeiros na atenção pré-natal, cujo processo será detalhado na sequência.

Etapas percorridas para o desenvolvimento da cartilha

Levantamento bibliográfico

Nesta etapa foi realizada busca nas principais publicações do Ministério da Saúde do Brasil acerca dos cuidados que as gestantes devem ter para evitar a transmissão vertical da sífilis, objetivando levantar as informações existentes para compor a cartilha educativa. Além disso, sabendo-se da necessidade de uma revisão de literatura sólida, específica e exaustiva para identificar as principais publicações acerca da temática e para embasar a formulação da cartilha, optou-se por explorar o tema por meio de uma busca bibliográfica em livros, considerando a própria experiência da pesquisadora e das entrevistadas envolvidas no estudo. Feito isso, realizou-se a seleção e organização de forma sistemática e cronológica das principais informações a serem abordadas no material educativo.

As informações descritas na cartilha foram organizadas em sequência lógica de raciocínio de forma a retratar sucintamente o que é a Sífilis Congênita e os cuidados necessários para evitá-la. O conteúdo abordado foi organizado em domínios, mantendo a coerência das informações abordadas em cada domínio, tendo em vista que o material precisa apresentar riqueza de informações aliada à objetividade. Dessa forma, agrupou-se o conteúdo nos seguintes domínios: apresentação; o que é Sífilis?; quais são os sintomas da Sífilis?; o que é Sífilis Congênita?; como descobrir se você tem Sífilis?; como posso evitar a Sífilis Congênita?; como é o tratamento da Sífilis?; qual a importância do tratamento do parceiro?; tira dúvidas; e fechamento da cartilha.

Elaboração da cartilha educativa

Considerou-se, na elaboração da cartilha educativa intitulada “Prevenindo a Sífilis Congênita”, o seu conteúdo relacionado à evolução da doença, as suas formas de transmissão, as repercussões na gestação e os principais cuidados para a prevenção da transmissão vertical da sífilis. Com base no levantamento bibliográfico, foram elaborados os textos, os quais foram escritos de forma clara e sucinta, com o objetivo de alcançar uma linguagem acessível ao público-alvo, bem como organizados de maneira coerente. Salienta-se que a linguagem das informações encontradas na literatura foi transformada, tornando-as acessíveis às camadas sociais predominantes no SUS, independentemente do grau de instrução das pessoas. Consultou-se uma especialista em desenho para confeccionar as figuras de modo atrativo, de fácil compreensão e condizentes com o contexto cultural do público-alvo.

Para essa etapa de elaboração da cartilha foram consideradas as orientações de Moreira, Nóbrega e Silva (2017), as quais descrevem os aspectos relacionados com a linguagem, ilustração e layout que o profissional de saúde deve considerar para elaborar materiais educativos impressos, de modo a torná-los legíveis, compreensíveis, eficazes e culturalmente relevantes.

Iniciou-se a estruturação da cartilha pela capa, na qual consta o título **Prevenindo a Sífilis Congênita**. O título aproxima o leitor da temática e permite prontamente a compreensão da finalidade ou objetivo da cartilha. Além disso, apresenta-se a imagem dos personagens: a gestante no seu processo gravídico-puerperal, enfatizando a importância da saúde do binômio mãe-bebê estarem envolvidos ativamente nas medidas preventivas abordadas na cartilha. As gestantes constituem o foco principal do processo de aprendizagem através desta cartilha, porém, não se pode deixar de atuar,

também, entre companheiros e familiares. Após a capa, tem-se a folha de rosto e apresentação, onde a personagem que representa uma mãe com um bebê, ressalta o conteúdo da cartilha e público-alvo. Esse tópico é finalizado com um convite à leitura e aquisição de novos conhecimentos de maneira didática e lúdica.

A cartilha foi organizada em 10 domínios, cujos conteúdos estão descritos a seguir:

1º. Apresentação: esse domínio objetivou contextualizar a temática da cartilha, explicar o que é a transmissão vertical da sífilis em uma linguagem simples e mostrar o panorama atual de elevadas taxas de sífilis congênita, sensibilizando o leitor para a importância do controle desse agravo. Além disso, buscou-se informar às clientes os benefícios que elas terão com a leitura do material e a importância de anotar as dúvidas e tirá-las com um profissional durante a sua consulta de pré-natal (PN). Ressalta-se, assim, a importância de se estabelecer a parceria entre o leitor e os profissionais de saúde da ESF/UBS. Sabe-se que existem duas condições para a construção da aprendizagem significativa: a existência de um conteúdo potencialmente relevante e a adoção de atitude favorável para a aprendizagem, ou seja, a postura própria do aprendiz que permite estabelecer associações entre os elementos novos e aqueles presentes na sua estrutura cognitiva (DOMINGUES *et al.*, 2017). Dessa forma, é necessário que haja uma associação entre a disponibilização de um material bem elaborado, objetivo, didático e acessível, juntamente com a prontidão para aprender do leitor.

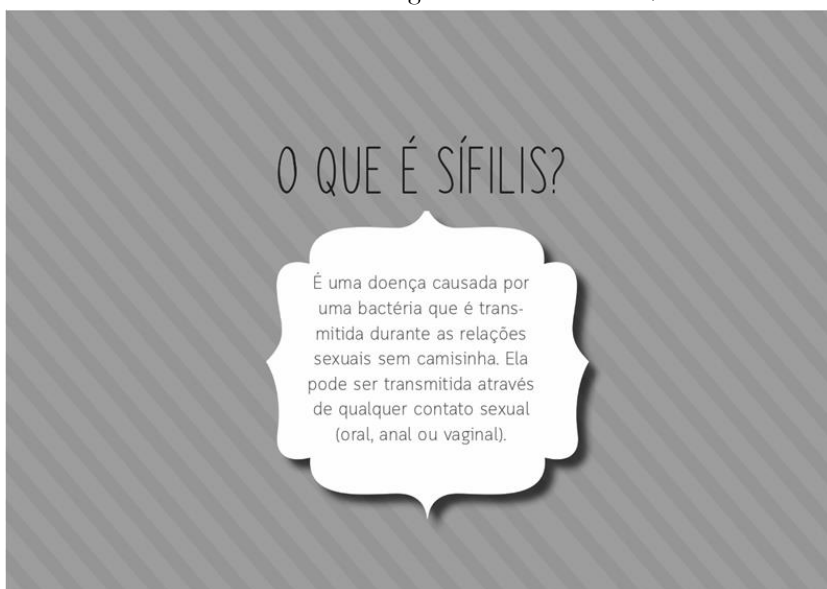
Figura 1 - Ilustração representativa do primeiro domínio da cartilha “Prevenindo a Sífilis Congênita”. Santa Maria, 2022.



Fonte: elaborado pela autora.

2º. O que é Sífilis : Abordou-se o conceito da sífilis, informando-se que é uma doença causada por uma bactéria transmitida durante as relações sexuais desprotegidas. Ressaltou-se, também, que a transmissão pode ocorrer em qualquer tipo de relação sexual, seja oral, vaginal ou anal. Nesse contexto, aproveitou-se para destacar que ela é transmitida durante as relações sexuais sem camisinha.

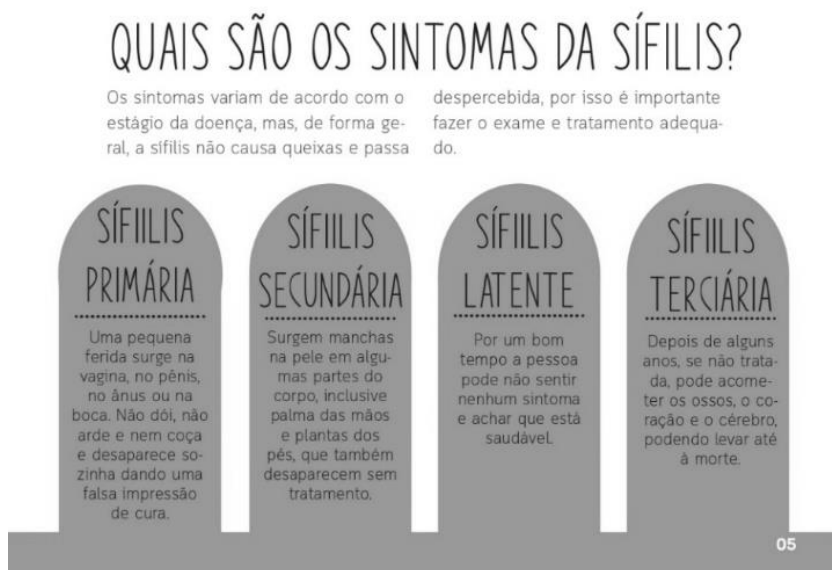
Figura 2 - Ilustração representativa do segundo domínio da cartilha “Prevenindo a Sífilis Congênita”. Santa Maria, 2022.



Fonte: elaborado pela autora.

3º. Quais são os sintomas da Sífilis? Nesse domínio é explicado de forma simples os estágios clínicos da doença, assim como os sinais e sintomas presentes em cada estágio: sífilis primária, secundária, latente e terciária. Além disso, destaca-se a característica clínica da doença de ser bastante silenciosa, fato que dificulta ainda mais o diagnóstico e a adesão ao tratamento por parte da mulher e de seu parceiro.

Figura 3 - Ilustrações representativas do terceiro domínio da cartilha "Prevenindo a Sífilis Congênita". Santa Maria, 2022.



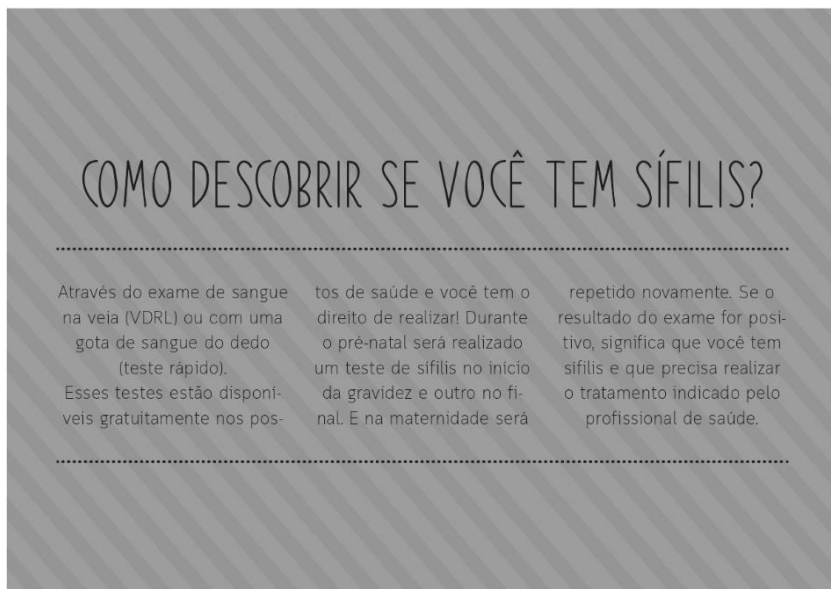
4º. O que é Sífilis Congênita?: Apresenta a definição de sífilis congênita como a transmissão da doença da gestante para seu bebê por meio da placenta, podendo trazer graves consequências para a criança. Tal contexto cria a oportunidade de se fazer um diálogo com a personagem gestante, objetivando tirar as suas dúvidas em relação as consequências da doença para a saúde de seu filho, tais como o risco de abortamento e malformações fetais.

Figura 4 - Ilustrações representativas do quarto domínio da cartilha “Prevenindo a Sífilis Congênita”. Santa Maria, 2022.



5º. Como descobrir se você tem Sífilis ?: Esse domínio se destina a esclarecer sobre os exames para o diagnóstico da sífilis, sendo informado que pode ser feito da maneira convencional, conhecido como VDRL (exame de sangue na veia) ou através do teste rápido (com uma gota de sangue do dedo). Além disso, aborda-se os momentos em que se deve realizar o teste, durante o pré-natal no primeiro e terceiro trimestre da gestação e na maternidade, antes do parto. Ao final do domínio, é mencionada a possibilidade de o resultado do exame ser positivo, significando que a pessoa tem sífilis e precisa realizar o tratamento indicado pelo profissional de saúde.

Figura 5 - Ilustração representativa do quinto domínio da cartilha “Prevenindo a Sífilis Congênita”. Santa Maria, 2022.



Fonte: elaborado pela autora.

6º. Como posso evitar a Sífilis Congênita?: Destina-se a apresentar de forma objetiva as ações necessárias para a prevenção da transmissão vertical da sífilis, tais como: realizar o acompanhamento pré-natal; fazer os exames solicitados durante o pré-natal; mostrar os resultados para os profissionais de saúde; caso o resultado seja positivo, realizar o tratamento completo; comunicar ao parceiro, pois ele precisa realizar o tratamento concomitante com a gestante caso o seu exame também seja reagente; e adotar práticas sexuais seguras, utilizando preservativo.

Diante das várias falhas observadas na assistência, tais como o início tardio do pré-natal, quebra na continuidade do cuidado com mudança de unidade de saúde durante a assistência, dificuldades no diagnóstico da sífilis, falhas no tratamento da gestante e, principalmente, do parceiro, além de

falta de orientações sobre a doença e sobre uso de preservativos, verifica-se que a qualidade e efetividade da assistência para a redução da transmissão vertical da sífilis está muito aquém do preconizado pelas políticas ministeriais visando a erradicação da sífilis congênita (ANDRADE *et al.*, 2018).

Dessa forma, a presente cartilha educativa orienta as gestantes e seus parceiros quanto aos principais cuidados para se prevenir a transmissão vertical da sífilis, objetivando minimizar as lacunas identificadas na literatura por meio de um empoderamento da gestante e seu companheiro, para que os mesmos sejam capazes de promover a sua saúde e adotar comportamentos saudáveis.

Figura 6 - Ilustrações representativas do sexto domínio da cartilha “Prevenindo a Sífilis Congênita”. Santa Maria, 2022.



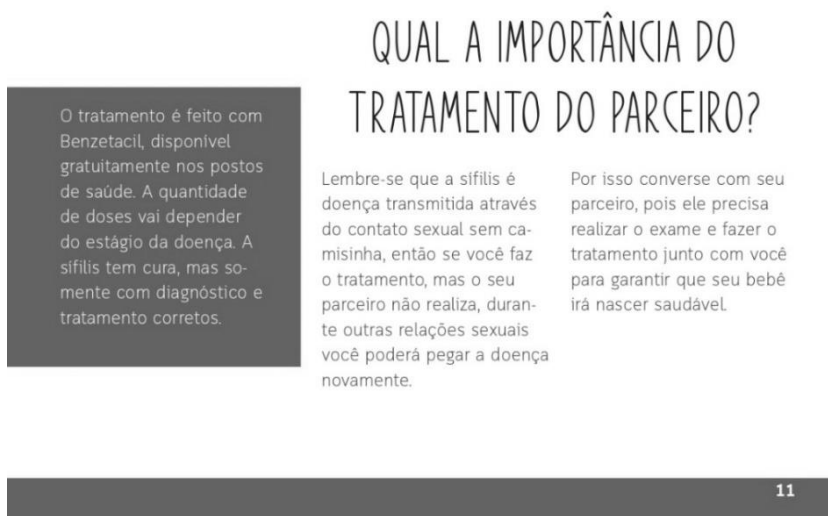
Fonte: elaborada pela autora.

7º. Como é o tratamento da Sífilis, bem como o tratamento do parceiro?: objetivou-se explicar que o tratamento da sífilis é realizado com a administração de Benzetacil, o qual é disponível gratuitamente nos postos de saúde. Enfatiza-se que a quantidade de doses depende do estágio clínico da doença.

Vale lembrar que o tratamento adequado da sífilis na gestação é considerado toda terapêutica de acordo com o estágio da doença, realizado com Penicilina G Benzatina e finalizado pelo menos 30 dias antes do parto, tendo sido o parceiro sexual com sífilis tratado concomitantemente. O tratamento materno pode reduzir, em muito, as complicações, como abortamento, prematuridade, natimortalidade, sequelas nos bebês e óbito neonatal (BRASIL, 2017).

Destacou-se na cartilha educativa que o tratamento é disponibilizado gratuitamente nos postos de saúde, visto que o tratamento com penicilina deve ser iniciado sem hesitação por parte da equipe de saúde na própria atenção básica. Em casos raríssimos de reações adversas, que podem ser evitadas por meio de anamnese, o protocolo de atendimento estabelecido pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) deve ser seguido nas unidades básicas de saúde (BRASIL, 2017).

Figura 7 - Ilustrações representativas do sétimo domínio da cartilha “Prevenindo a Sífilis Congênita”. Santa Maria, 2022.



Fonte: elaborado pela autora.

9º. Tira Dúvidas: esse domínio promoveu um resumo dos pontos principais abordados na cartilha educativa, por meio de perguntas e respostas. Dentre os aspectos abordados novamente, destacam-se: as formas de transmissão da sífilis; a importância do tratamento correto e completo; o incentivo ao sexo seguro utilizando preservativo; e as repercussões para o bebê caso a gestante não realize o tratamento completo. Ademais, diante da problemática da falta de matéria-prima para a produção de Penicilina G Benzatina, enfatizou-se que na falta de tal medicação no posto de saúde, caberá ao profissional de saúde substituir por outro antibiótico, mas que tal tratamento será efetivo apenas para a gestante, não impedindo a transmissão vertical da doença, sendo necessário um acompanhamento e tratamento adequado do bebê após seu nascimento.

Figura 8 - Ilustrações representativas do oitavo domínio da cartilha “Prevenindo a Sífilis Congênita”. Santa Maria, 2022.

POSSO PEGAR SÍFILIS MAIS DE UMA VEZ?

Sim, você pode pegar sífilis sempre que tiver uma relação sexual sem camisinha com alguém que tem a doença.

DURANTE O TRATAMENTO DA SÍFILIS POSSO TER RELAÇÕES SEXUAIS?

Sim, desde que seja com camisinha para não colocar você, seu bebê ou o seu parceiro em risco de pegar a doença.

A SÍFILIS PODE SER TRANSMITIDA UTILIZANDO O MESMO COPO, TOALHA OU VASO SANITÁRIO DE UMA PESSOA QUE TEM A DOENÇA?

Não, pois a sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST), sendo transmitida através do sexo oral, vaginal ou anal sem preservativo.

FUI ATÉ O POSTO DE SAÚDE MAIS PRÓXIMO DA MINHA CASA FAZER O TRATAMENTO PARA A SÍFILIS, MAS ESTAVA FALTANDO A BENZETACIL, O QUE DEVO FAZER?

Não se preocupe que o profissional de saúde saberá conduzir e lhe orientar nesse caso especial.

13

Figura 9 - Ilustrações representativas do oitavo domínio da cartilha “Prevenindo a Sífilis Congênita”. Santa Maria, 2022.

O TRATAMENTO COM BENZETACIL É DOLORIDO?

Sim, mas somente ele poderá evitar o nascimento de uma criança com sífilis congênita. Lembre-se: a sífilis tem cura, mas somente com diagnóstico e tratamento corretos.

TIVE SÍFILIS NA GRAVIDEZ E NÃO REALIZEI O TRATAMENTO ADEQUADO. O QUE PODE ACONTECER COM O MEU FILHO?

Seu filho pode nascer com sífilis congênita e precisará ficar internado por 10 dias, realizando vários exames, devido ao risco de surdez, cegueira, deficiência mental ou morte.

POSSO TRANSMITIR A SÍFILIS ATRAVÉS DO MEU LEITE?

Não há transmissão da sífilis pelo leite materno, mas você não pode amamentar seu filho caso tenha feridas de sífilis nas suas mamas.

14

10º. Fechamento da Cartilha: Esse domínio teve como objetivo concluir a cartilha com uma frase para sensibilização dos casais/gestante em relação a importância de ambos atuarem ativamente na prevenção da transmissão vertical da sífilis; e, também, na importância em ter um profissional da saúde em quem confiar durante todo o PN. A cartilha é finalizada com o apelo: “Se você tem mais alguma dúvida, não as leve para casa! Anote as suas dúvidas e procure um profissional da saúde.”

Figura 10 - Ilustração representativa do nono domínio da cartilha “Como prevenir a transmissão da sífilis de mãe para filho? Vamos aprender!”. Fortaleza, 2016.

SE VOCÊ TEM MAIS ALGUMA DÚVIDA, NÃO LEVE-AS PARA CASA!

.....
Anote as suas dúvidas e procure um profissional da saúde.



15

Considerações finais

Conclui-se, que as mulheres que conceberam filhos com Sífilis Congênita não possuíam conhecimento adequado sobre a doença no período gestacional, considerando que as informações estiveram relacionadas apenas ao tratamento.

Embora parte das mulheres tenha realizado o pré-natal conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, elas não foram esclarecidas sobre a Sífilis Congênita, levando ao questionamento: onde estão as lacunas relacionadas aos casos de Sífilis Congênita? Estariam nos profissionais que realizam o pré-natal, nas políticas públicas ou nas gestantes e seus parceiros? É premente que hajam posturas proativas por parte dos próprios profissionais da saúde, a fim de acessar as gestantes com resultados de exames alterados e que necessitam de atenção diferenciada durante o pré-natal e com a adesão dos parceiros.

A tecnologia educacional, do tipo cartilha, intitulada **Prevenindo a Sífilis Congênita**, foi desenvolvida no intuito de sensibilizar e conscientizar tanto usuários quanto profissionais de saúde sobre a relevância da prevenção e tratamento da Sífilis Congênita, com vistas a redução das taxas de morbimortalidade materna e infantil. Demonstra-se, com essa tecnologia, que recursos tecnológicos simples, práticos e de fácil e amplo acesso podem contribuir de forma promissora e intuitiva para o alcance de melhores práticas no âmbito da atenção pré-natal no contexto das Estratégias de Saúde da Família. O produto tecnológico educacional, no formato de cartilha, está diretamente relacionado à qualificação do pré-natal e, também, à redução da incidência de sífilis congênita em âmbito regional, a partir de um recurso tecnológico prático, didático e acessível aos profissionais de saúde.

Referências

ANDRADE, A. L. *et al.* Diagnóstico tardio de sífilis congênita: Uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36, n. 3, p. 376-381, 2018.

BRASIL. **Sisprenatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/sisprenatal> Acesso em: 27 jul. 2022.

BRASIL. Boletim Epidemiológico de Sífilis. **Secretaria de Vigilância em Saúde**, out. 2019 Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/outubro/30/Boletim-S--filis-2019-internet.pdf>. Acesso em: 07 set. 2021.

DOMINGUES, R. M. *et al.* Sífilis congênita: Evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 147-157, 2017.

MOREIRA, K. F. A. *et al.* Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 2, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexually Transmitted Infections (STIs)**: The importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75838/WHO_RHR_12.31_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=yAcesso em: 8 abr. 2021.

