

PRODUTOS TÉCNICOS E TECNOLÓGICOS EM SAÚDE MATERNO INFANTIL II: MULTICONTEXTOS DE INTERVENÇÃO



Organizadoras

Claudia Zamberlan
Josiane Lieberknecht Wathier Abaid
Nadiesca Taisa Filippin



CLIQUE AQUI E
BAIXE O LIVRO

PRODUTOS TÉCNICOS E TECNOLÓGICOS EM SAÚDE MATERNO INFANTIL II: MULTICONTEXTOS DE INTERVENÇÃO

CLAUDIA ZAMBERLAN
JOSIANE LIEBERKNECHT WATHIER ABAID
NADIESCA TAISA FILIPPIN

Organizadoras

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

Processo: 23038.003541/2020-10



Santa Maria | 2021
Editora UFN

CONSELHO EDITORIAL

Astrid Viviana Robayo Tellez

Margarida Reis Santos

Rosa Moreira

EDITORA UFN

Coordenação Editorial

Salette Mafalda Marchi

Projeto Gráfico e Supervisão Gráfica

Lucas Rodrigues dos Santos

Capa

Lucas Hoepfers de Araújo

Revisão Gramatical e Linguística

Janette Mariano Godois

FICHA CATALOGRÁFICA

P964

Produtos técnicos e tecnológicos em saúde materno infantil
II: multicontextos de intervenção / organizadoras Cláudia
Zamberlan, Josiane Lieberknecht Wathier Abaid,
Nadiesca Taisa Filippin – Santa Maria, RS : Universidade
Franciscana, UFN, 2021.
388 p. : il. ; 15 x 21 cm.

ISBN: 978-65-5852-180-8 (online)

1. Hospitais – contexto 2. Atenção primária a saúde
3. Educação I. Zamberlan, Cláudia II. Abaid, Josiane
Lieberknecht Wathier III. Filippin, Nadiesca Taisa

CDU 61

AUTORES

Adalgiso Feijó Malaguez

Médico Anestesiologista. Mestre em Saúde Materno Infantil pela Universidade Franciscana - UFN. Professor do Curso de Medicina da Universidade Franciscana - UFN e médico no Hospital São Francisco de Assis em Santa Maria-RS e do Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM/UFSM.

E-mail: amalaguez@ufn.edu.br

Alexandre Antônio Naujorks

Médico Cardiologista. Doutor em Ciências da Saúde: Ciências Cardiovasculares pelo Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul – IC/FUC. Médico cardiologista do Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM/UFSM.

E-mail: alexandre.cardio@gmail.com

Aline Medianeira Gomes Correa

Enfermeira. Mestre em Saúde Materno Infantil pela Universidade Franciscana – UFN. Empregada pública lotada na UTI Pediátrica no Hospital Universitário de Santa Maria.

E-mail: alinemgc@yahoo.com.br

Amanda Costa da Silva

Mestre em Memória Social e Patrimônio Cultural pela Universidade Federal de Pelotas. Técnica Administrativa em Educação da Universidade Federal de Santa Maria - Núcleo de Divulgação Institucional do Campus Cachoeira do Sul.

Ana Cristina Garcia Dias

Psicóloga. Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento pela Universidade de São Paulo. Professora Associada no Curso de Psicologia e no PPG em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: anacristinagarciadias@gmail.com

Ana Laura Zuchetto Pizolotto

Enfermeira. Mestre em Saúde Materno Infantil pela Universidade Franciscana – UFN. Nutricionista Autônoma.

E-mail: analaura_pizolotto@yahoo.com.br

Ana Paula Gularte Barbosa

Nutricionista. Mestre em Saúde Materno Infantil pela Universidade Franciscana – UFN. Vínculo atual (Programa, etc).

E-mail: anapaulab6@gmail.com

Ana Paula Palmeira Marques Lied

Enfermeira. Mestre em Saúde Materno Infantil pela Universidade Franciscana - UFN. Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria. E-mail: apalmarx@yahoo.com.br

Anna Luiza Frazzon Teixeira.

Graduada em Medicina pela Universidade Franciscana - UFN.

E-mail: anna_fteixeira@hotmail.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

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

Carolina Araújo Londero

Estudante do Curso de Enfermagem da Universidade Franciscana - UFN. E-mail: carolina.londero@ufn.edu.br

Chanelle Moraes

Enfermeira. Mestre em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana – UFN. E-mail: chanellemoraes@hotmail.com

Claudia Maria Ferrony Rivas

Estudante do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Franciscana – UFN.
E-mail: claudia.mfrivas@ufn.edu.br

Cláudia Zamberlan (Org.)

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 Cristina Rambo

Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Materno Infantil pela Universidade Franciscana - UFN. Fisioterapeuta da Associação Hospital de Caridade de Ijuí - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. E-mail: danielarambo@hotmail.com

David Fernandes

Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Bolseiro de iniciação à investigação UICISA-E.

E-mail: a22001149@esenfc.pt

Débora Dalbosco Dell'Aglio

Psicóloga. Doutora em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora pesquisadora do PPG Educação Unilasalle e Profa. Aposentada do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRGS, orientadora de mestrado e doutorado e Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Adolescência - NEPA/UFRGS.

E-mail: dddellaglio@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.

E-mail: backesdirce@ufn.edu.br

Edileia Rejane Dotto

Enfermeira e Educadora especial. Mestre em Saúde Materno Infantil pela Universidade Franciscana - UFN. Enfermeira no Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo e técnica de enfermagem no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

E-mail: edileiarejanedotto@gmail.com

Eduardo Marques Machado

Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Franciscana – UFN.

E-mail: eduardo.marques@ufn.edu.br

Eduardo Matias dos Santos Steidl

Fisioterapeuta. Doutor em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. Fisioterapeuta do Hospital de Caridade de Ijuí e Professor dos cursos da área da Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ. E-mail: edumatias2005@gmail.com

Elviani Stefano

Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde e da Vida pela Universidade Franciscana – UFN. Vínculo atual (Programa, etc).
E-mail: stfelvi@yahoo.com.br

Fernanda Berregaray Cabral

Enfermeira Obstetra. Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Professora Adjunta do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Campus Palmeira das Missões. E-mail: cabra-fernandab@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

Enfermeira. Pós-Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Professora Associada do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão - UFMA. E-mail: francisca.gms@ufm.br

Francisco Maximiliano Pancich Gallarreta

Médico. Doutor em Ginecologia e Obstetrícia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP - Ribeirão Preto. Médico do Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM/UFMS. E-mail: fmgallarreta@msn.com

Gabriel Bloedow da Silveira

Estudante do Curso de Graduação em Psicologia pela Universidade Franciscana - UFN. E-mail: gabrielbloedowds@gmail.com

Gabriela Maciel

Médica. Graduada em Medicina da Universidade Franciscana - UFN. E-mail: gabimaciel.gm@hotmail.com

Helena Moro Stochero

Enfermeira. Estudante do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana - UFN, contemplada pelo Acordo Capes/Cofen. E-mail: helena.stochero@ufn.edu.br

Helena Ritter de Abreu

Médica. Mestre em Saúde Materno Infantil pela Universidade Franciscana - UFN. Servidora pública da Prefeitura de Cachoeira do Sul-RS. E-mail: helabreu@hotmail.com

Jessica Aguiar

Estudante do Curso de Graduação em Psicologia pela Universidade Franciscana - UFN. Bolsista PROBEX/UFN.

E-mail: jessica.aguiar@ufn.edu.br

Josiane Lieberknecht Wathier Abaid (Org.)

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. Estudante do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana – UFN.

E-mail: jucimara.michelon@ufn.edu.br

Juliana Rodrigues Praetzel

Cirurgiã-Dentista. Doutora em Ciências Odontológicas, área de concentração em Odontopediatria, pela Universidade de São Paulo (USP/SP). Professora Associada de Odontopediatria da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS/BRASIL).

E-mail: praetzel07@gmail.com

Karol Tolfo

Estudante do Curso de Enfermagem da Universidade Franciscana - UFN. E-mail: karol.tolfo@ufn.edu.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

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

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 Arrussul

Enfermeiro. Estudante do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana – UFN. E-mail: luciano.arrussul@ufn.edu.br

Luiz Fernando Rodrigues Junior

Engenheiro de materiais. Doutor em Ciência e Engenharia de Materiais pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Professor do Curso de Engenharia Biomédica da Universidade Franciscana - UFN. E-mail: luiz.fernando@ufn.edu.br

Lurdes Lomba

PhD; MSc; RN; Professora Coordenadora Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Presidente do Capítulo Phi Xi Sigma Theta Tau International.

E-mail: mlomba@esenfc.pt

Maiara Bert

Cirurgiã-Dentista. Mestre em Saúde Materno Infantil (Universidade Franciscana-UFN). Servidora Pública do Instituto Federal Farroupilha- Campus Panambi.

E-mail: maiara.berlt@iffarroupilha.edu.br

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

Marcia Montagner

Licenciada em Letras e Nutricionista. Mestre em Saúde Materno Infantil pela Universidade Franciscana- UFN. Professora na rede pública estadual de ensino do Rio Grande do Sul. E-mail: mtmtntagner@gmail.com

Márcia Noélia Pestana dos Santos

Enfermeira. Doutora em Ciências da Enfermagem (Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) da Universidade do Porto. Professora Convidada da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. marcianpsantos@esenfc.pt

Marcli Firpo Bittencourt

Psicóloga, Pedagoga, Psicopedagoga. Mestre em Saúde Materno Infantil pela Universidade Franciscana- UFN. Assistente Pedagógica das Aldeias Infantis SOS.

E-mail: marclifirpo@gmail.com

Maria Aparecida Brizola Mayer

Médica Ginecologista e Obstetra. Mestre em Saúde Materno Infantil pela Universidade Franciscana - UFN. Médica obstetra na Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria, RS. E-mail: cidamayer@gmail.com

Maria Luisa Suáres Gutiérrez Cella

Medica. Ginecologista e obstetra. Atua no Hospital de Caridade Brasilina Terra (HCBT), em Tupanciretã/RS e no Hospital Casa de Saúde (HCS) de Santa Maria/RS. Mestre em Saúde Materno Infantil. E- mail:malu_suarez@hotmail.com

Martha Helena Teixeira De Souza

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:marthats@ufn.edu.br

Maurício Polidoro

Geógrafo. Doutor em Geografia (2016) e Pós-doutor em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor Associado (Nível 4) de Geografia/Geoprocessamento do Instituto Federal do Rio Grande do Sul em Porto Alegre, membro dos Grupos de Trabalho de Saúde e Ambiente e de Saúde da População LGBT da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e professor permanente no Mestrado Profissional em Saúde da Família (FIOCRUZ/UFRGS).
E-mail: mauricio.polidoro@restinga.ifrs.edu.br

Michele Vargas Reginatto

Nutricionista. Mestre em Saúde Materno Infantil pela Universidade Franciscana - UFN. Fiscal técnica do Restaurante Universitário da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM - Campus Cachoeira do Sul. E-mail: mi.reginatto@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

Natanna da Rosa

Enfermeira. Estudante do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana - UFN. E-mail: natan-na.rosa@ufn.edu.br

Nathalia Hoffmann Adames

Formação (graduação). Mestre em Saúde Materno Infantil pela Universidade Franciscana – UFN.

E-mail: nathalia.adames@ufn.edu.br

Pâmela Danzmann

Estudante de Psicologia (Universidade Franciscana). Pesquisadora voluntária no Projeto de Extensão Pais Mais (UFN).

E-mail:danzmann.pamela@ufn.edu.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 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

Regina Célia de Castro Gomes

Enfermeira. Estudante do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana – UFN.

E-mail: regina.castro@ufn.edu.br

Roselaine dos Santos Félix

Enfermeira. Mestre em Saúde Materno Infantil pela Universidade Franciscana - UFN. Enfermeira Assistencial da Unidade Tocoginecológica do Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM/UFSM. E-mail: rsstfx@yahoo.com.br

Rosiane Filipin Rangel

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

E-mail: rosiane@ufn.edu.br

Rozane Marcia Triches

Nutricionista. Doutora em Desenvolvimento Rural pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Professora do Curso de Nutrição e de Pós-Graduação Stricto Sensu em Agroecologia e Desenvolvimento Rural Sustentável da Universidade Federal da Fronteira Sul.

E-mail: rozane.triches@gmail.com

Shana Hastenpflug Wottrich

Psicóloga. Doutora em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSC. Professora adjunta do Curso de Medicina da Universidade Federal do Pampa, campus Uruguaiana. E-mail: shana.wottrich@gmail.com

Sheila Dorneles

Enfermeira. Mestre em Saúde Materno Infantil pela Universidade Franciscana - UFN. Vínculo atual (Programa, etc).

E-mail: sheila.dorneles@ufn.edu.br

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 dos Santos Paludo

Psicóloga. Doutora em psicologia (UFRGS). Professora Associada na Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

E-mail:simonepaludo@yahoo.com.br.

Sheila Dorneles

Enfermeira. Mestre em Saúde Materno Infantil pela Universidade Franciscana - UFN. Vínculo atual (Programa, etc).

Thalyta Freitas dos Santos Laguna

Estudante do Curso de Graduação em Psicologia pela Universidade Franciscana - UFN. E-mail: thalytalaguna@gmail.com

Viviane Ramos da Silva

Psicóloga. Mestre em Saúde Materno Infantil (UFN). Agente Socioeducador da Fundação de Atendimento Socioeducativo/RS.

E-mail:vivianeramospsi@yahoo.com.br

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS _____ 24

APRESENTAÇÃO _____ 25

PARTE I - CONTEXTO HOSPITALAR

SOBRE O CONTEXTO HOSPITALAR _____ 30

Francisca Georgina Macedo de Sousa

**1. BLOQUEIO PARAVERTEBRAL TORÁCICO
BILATERAL – UMA NOVA PERSPECTIVA NA
ANALGESIA OBSTÉTRICA: CONSTRUÇÃO
TECNOLÓGICA DE UM E-BOOK INFORMATIVO _____ 33**

*Adalgiso Feijó Malaguez, Rosiane Filipin Rangel,
Anna Luiza Frazzon Teixeira, Gabriela Maciel,
Leris Bonfanti Haeffner, Alexandre Antônio Naujorks*

**2. DESENVOLVIMENTO DE DISPOSITIVO AUXILIAR À
EXTRAÇÃO DO LEITE A PARTIR DA ADAPTAÇÃO DE
UM SUTIÃ CONVENCIONAL DE AMAMENTAÇÃO _____ 49**

*Helena Ritter de Abreu, Aline Medianeira Gomes Correa,
Dirce Stein Backes, Luiz Fernando Rodrigues Junior,
Leris Bonfanti Haeffner, Alexandre Antonio Naujorks*

**3. ADEQUAÇÃO DE PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO
E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM MATERNIDADE DE
RISCO HABITUAL _____ 64**

*Maria Aparecida Brizola Mayer,
Jucimara Montagner Michelin,
Francisco Maximiliano Pancich Gallarreta,
Dirce Stein Backes, Alexandre Antonio Naujorks,
Cláudia Zamberla*

4. A LUDICIDADE NO TRATAMENTO RADIOTERÁPICO INFANTIL: RELATO DE EXPERIÊNCIA _____ 89

*Cláudia Rivas, Eduardo Machado, Karol Tolfo,
Natanna da Rosa, Helena Moro Stochero,
Dirce Stein Backes*

5. MANUAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA MATERNIDADE _____ 102

*Roselaine dos Santos Félix, Regina Gema Santini Costenaro,
Nadiesca Taisa Filippin*

6. PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA AQUÁTICA PARA PREMATUROS INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL _____ 115

*Daniela Cristina Rambo, Eduardo Matias dos Santos Steidl,
Franceliane Jobim Benedetti, Nadiesca Taisa Filippin*

7. “CORAÇÃO MAIS LONGE DO PEITO”: VÍDEO EDUCATIVO SOBRE A MATERNIDADE E O RETORNO AO TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM _____ 132

Ediléia Rejane Dotto, Josiane Lieberknecht Wathier Abaid

PARTE II - ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

PRODUTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE _____ 150

*Márcia Pestana Santos, David Fernandes,
Vera Simões, Lurdes Lomba*

1. FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES NA REALIZAÇÃO DE MAMOGRAFIAS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS _____ 155

*Sheila Dorneles, Bianca Zimmermann,
Mara Caino Teixeira Marchiori, Maurício Polidoro,
Carolina Araújo Londero, Martha Helena Teixeira de Souza*

**2. TECNOLOGIA SOCIAL: DA TEORIA AO
LABORATÓRIO DE PRÁTICA SOCIAL** _____ **170**

*Nathalia Hoffmann Adames, Elviane Stefano,
Keity Lais Siepmann Soccol, Luiz Fernando Rodrigues Junior,
Luiz Fernando Rodrigues Júnior, Dirce Stein Backes*

**3. GUIA INFORMATIVO PARA PROFISSIONAIS DA
SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA: SAÚDE MENTAL DA
GESTANTE/ PUÉRPERA** _____ **193**

*Ana Paula Palmeira Marques Lied, Cristina Saling Krueel,
Shana Hastenpflug Wottrich, Regina Gema Santini Costenaro,
Jessica Aguiar, Josiane Lieberknecht Wathier Abaid*

**4. INSTRUMENTO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA
GESTANTES DE RISCO HABITUAL** _____ **213**

*Ana Laura Zuchetto Pizolotto, Fernanda Berregaray Cabral,
Mara Caino Teixeira Marchiori, Patrícia Pasquali Dotto,
Cláudia Zamberlan*

5. CARTILHA EDUCATIVA “VIVA SEM VIOLÊNCIA” _____ **240**

*Chanelle Moraes, Dirce Stein Backes,
Regina Gema Santini Costenaro, Carolina Araújo Londero,
Martha Helena Teixeira De Souza*

**6. ESTRATÉGIA SEMEAR: QUALIFICAÇÃO DA
SAÚDE MATERNO-INFANTIL EM MUNICÍPIOS
INTERIOANOS DO RIO GRANDE DO SUL** _____ **250**

*Maria Luisa Suárez Gutiérrez Cella, Gabriel Bloedow da Silveira,
Thalyta Freitas dos Santos Laguna, Cristina Saling Krueel*

PARTE III - CONTEXTO EDUCACIONAL

CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA APLICADA NA ÁREA EDUCACIONAL _____ 270

Débora Dalbosco Dell'Aglio

1. “SUPER LANCHEIRA”: DESENVOLVIMENTO DE UM JOGO EDUCATIVO NÃO DIGITAL _____ 277

Ana Paula Gularte Barbosa, Marcia Montagner, Michele Vargas Reginatto, Regina Gema Santini Costenaro, Rozane Marcia Triches, Franceliane Jobim Benedetti

2. PARENTALIDADE MAIS - UM PORTAL VOLTADO À EDUCAÇÃO PARENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA ____ 295

Marcli Firpo Bittencourt, Pâmela Danzmann, Simone dos Santos Paludo, Cristina Saling Krueel, Márcia Noélia Pestana dos Santos, Josiane Lieberknecht Wathier Abaid

3. GINCANA ONLINE DE ENFERMAGEM: LIDERANÇA E INOVAÇÃO EM ANO NURSING NOW _____ 307

Regina Gomes, Luciano Arrusul, Silvana Cruz da Silva, Carla Lizandra de Lima Ferreira, Mara Caino Teixeira Marchiori, Dirce Stein Backes

4. DESENVOLVIMENTO DE UM PORTAL EDUCATIVO PROMOTOR DE ESCOLHAS ALIMENTARES SAUDÁVEIS NA ESCOLA _____ 325

Michelle Vargas Reginatto, Amanda Costa da Silva, Ana Paula Gularte Barbosa, Marcia Montagner Maia, Franceliane Jobim Benedetti, Josiane Lieberknecht Wathier Abaid

5. DIRETRIZES PARA AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE BUCAL EM UM CONTEXTO EDUCACIONAL _____ 347

*Maiara Berlt, Patricia Pasquali Dotto, Jessica Aguiar,
Juliana Rodrigues Praetzel, Franceliane Jobim Benedetti,
Josiane Lieberknecht Wathier Abaid*

6. SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE INSERÇÃO ESCOLAR DE BEBÊS _____ 367

*Viviane Ramos da Silva, Luciane Najar Smeha,
Ana Cristina Garcia Dias, Regina Gema Santini Costenaro,
Josiane Lieberknecht Wathier Abaid*

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradecemos a Deus pelas oportunidades e caminhos que permitiram que tantos trabalhos dedicados pudessem se tornar realidade e tenham ficado reunidos nesta obra. Em seguida, agradecemos à Universidade Franciscana, à CAPES e COFEN, aos incentivos da coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil, Dr^a Dirce Backes, para que pudéssemos reunir mais um volume de amostras das riquezas que se originaram em meio a pesquisas científicas e demandas da comunidade.

Agradecemos ao cuidadoso olhar do corpo editorial desta obra e dos pareceristas dos capítulos que qualificaram este trabalho. Finalmente, agradecemos aos novos mestres e colegas deste mestrado, que reuniram esforços em meio à Pandemia de COVID-19 para atender às normas e prazos estabelecidos, dentro do possível.

Ainda, agradecemos às pessoas reais com quem e para quem os produtos foram desenvolvidos, na esperança de que venham a ser replicados em outros locais e com públicos diversos. Esse é e será nosso maior propósito. Também somos gratas pelo trabalho de excelência desta editora.

As organizadoras.

APRESENTAÇÃO

Dr. Leocarlos Cartaxo Moreira

Conselheiro do Conselho Federal de Enfermagem-Cofen

Este livro, no formato de coletânea, composto por relatos de produção técnica e tecnológica, se inclui em um processo mais amplo de reflexão prospectiva sobre as contribuições do Programa em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana - UFN face à inovação de saberes e práticas. Essa Obra foi concretizada com o recurso apoiado pelo Acordo Cofen/Capes, do qual o Programa vem se beneficiando ao longo de três Edições. Esse Acordo reforça o desenvolvimento da formação de recursos humanos de alto nível e a melhoria dos processos de trabalho, com impacto direto na prática profissional.

A Obra "**Produtos técnicos e tecnológicos em Saúde Materno Infantil II: Multicontextos de intervenção**", que tem por objetivo socializar produções técnicas e tecnológicas oriundas dos trabalhos de conclusão de curso dos alunos do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil, se insere em um contexto interprofissional diversificado e ampliado, que contempla produtos da área hospitalar, da Atenção Primária à Saúde e da área educacional. Embora com características e áreas distintas, as produções se complementam e se potencializam na medida em que visam qualificar a gestão, a organização e atenção em Saúde Materno Infantil, em âmbito local, regional e nacional.

A presente Obra está organizada em três partes. Na primeira parte, relacionada ao **contexto hospitalar**, as produções técnicas e tecnológicas contemplam os seguintes artigos:

Bloqueio paravertebral torácico bilateral - uma nova perspectiva na analgesia obstétrica; Construção tecnológica de um E-book informativo; Desenvolvimento de dispositivo auxiliar à extração do leite a partir da adaptação de um sutiã convencional de amamentação; Adequação de protocolo de acolhimento e classificação de risco em maternidade de risco habitual; Ludicidade no tratamento radioterápico infantil; Manual de segurança do paciente na maternidade; Protocolo de fisioterapia aquática para prematuros internados na unidade de terapia intensiva neonatal; e Vídeo educativo sobre o retorno ao trabalho de profissionais de enfermagem: coração mais longe do peito.

Na segunda parte são apresentadas produções técnicas e tecnológicas relacionadas à **Atenção Primária em Saúde**, quais sejam: Fragilidades e potencialidades na realização de mamografias pelo sistema único de saúde no município de Santa Maria/RS; Tecnologia social: da teoria ao laboratório de prática social; Guia informativo para profissionais da saúde da atenção básica: saúde mental da gestante/puérpera; Instrumento de consulta de enfermagem na estratégia de saúde da família para gestantes de risco habitual; Cartilha educativa “viva sem violência”; Estratégia semear: qualificação da saúde materno-infantil em municípios interioranos do Rio Grande do Sul.

Na terceira e última parte são apresentadas produções técnicas e tecnológicas relacionadas ao **contexto educacional**, tais como: Contribuições da pesquisa aplicada na área educacional; Super lancheira: desenvolvimento de um jogo educativo não digital; Parentalidade mais - um portal voltado à educação parental; Gincana online de enfermagem: liderança e inovação em ano Nursing Now; Desenvolvimento de um portal educativo promotor de escolhas alimentares saudáveis na escola;

Diretrizes para ações educativas em saúde bucal em um contexto educacional; Sistematização do processo de inserção escolar de bebês.

Os autores provocam-nos, em suma, a um novo pensar e agir com caráter interprofissional, ao demonstrarem que cada profissional tem muito a ensinar e a aprender na interação com a comunidade local e regional. Os autores convocam-nos, ainda, à reflexão: como inovar a prática profissional em Saúde Materno Infantil, a partir da produção técnica e tecnológica? Como impulsionar a gestão, a organização e a atenção em Saúde Materno Infantil por meio de novos saberes e práticas interprofissionais?

Uma boa leitura a todos!

SOBRE O CONTEXTO HOSPITALAR

Francisca Georgina Macedo de Sousa

O conhecimento está necessariamente embutido no campo da atividade prática do homem, mas para garantir o êxito desta atividade ele deve relacionar-se necessariamente com a realidade objetiva que existe fora do homem e serve de objeto a essa atividade.

(Kopnin, 1978, p. 125)

Utilizo-me desta assertiva para situar a importância da produção do conhecimento do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana. Este curso, com o esforço de pesquisadores e profissionais da saúde, alcança o desafio de integrar pesquisa e aplicabilidade dos resultados no contexto da atenção e do cuidado em saúde, revelando legitimidade e compromisso social.

O *e-book*, obra vinculada ao Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil, reúne temas de interesse para os serviços e profissionais, configurando-se de grande valor para a ampliação do conhecimento e de fundamentação para a prática. Revestidos de objetividade e de singularidades com o cenário da

prática no contexto hospitalar, os capítulos da Parte I, articulam demandas e necessidades do campo da saúde materno-infantil com impactos relevantes para o curso, para os pesquisadores, profissionais e serviços, com mudanças tanto nos processos cognitivos dos envolvidos como nas práticas assistenciais e nas maneiras de agir.

Além desses aspectos, o conhecimento aqui produzido apoiado na pesquisa aplicada e no formato de produtos e tecnologias, revela a rápida transferência do conhecimento científico para os contextos de cuidado, agregando valores à prática profissional. Do mesmo modo, denota o papel ativo dos profissionais discentes do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil, no qual o conhecimento assimilado torna-se veículo de mudanças assistenciais, a partir da apropriação das tecnologias em uma realidade prática.

Defende-se que as tecnologias em saúde e para o cuidado configuram-se como ferramenta/estratégia para o cuidado e envolvem conhecimentos, saberes e habilidades, entretanto, a forma como cada um aciona estes pilares faz do cuidado e do cuidar um ato singular. Sobre esse aspecto, a Parte I do *e-book* - Contexto Hospitalar - apresenta produção que atende às demandas assistenciais nesse nível de atenção. Dessa forma, os leitores irão encontrar excelente concentração de conhecimento objetivo, prático e atualizado.

Esperamos que a obra responda às necessidades desse campo de atuação e que os conteúdos redefinam ideias e práticas que repercutam nos processos de cuidado.

1. BLOQUEIO PARAVERTEBRAL TORÁCICO BILATERAL – UMA

NOVA PERSPECTIVA NA ANALGESIA OBSTÉTRICA: CONSTRUÇÃO TECNOLÓGICA DE UM E-BOOK INFORMATIVO

Adalgiso Feijó Malaguez, Rosiane Filipin Rangel,
Anna Luiza Frazzon Teixeira, Gabriela Maciel,
Leris Bonfanti Haeffner, Alexandre Antônio Naujorks

RESUMO

O objetivo, do estudo, foi construir uma tecnologia em forma de *e-book* para auxiliar na execução da técnica de Bloqueio Paravertebral Torácico Bilateral, uma técnica de analgesia obstétrica alternativa. A construção do material tecnológico foi realizada em três fases: levantamento bibliográfico; obtenção e produção de imagens para orientação anátomo-topográfica e construção do *e-book* informativo. A tecnologia produzida foi o *e-book* informativo, intitulado Bloqueio Paravertebral Torácico Bilateral – um guia informativo de execução. Esse produto visa contribuir

na oferta de analgesia obstétrica nas maternidades do Brasil, apresentando uma nova perspectiva técnica para realização desse procedimento. Assim, o produto tecnológico construído representa uma ferramenta moderna, de fácil difusão e menos onerosa na fomentação do uso da técnica de Bloqueio Paravertebral Torácico Bilateral na analgesia obstétrica.

Palavras-chave: analgesia obstétrica; parto natural; bloqueio paravertebral torácico.

INTRODUÇÃO

A atenção durante o trabalho de parto que ofereça a possibilidade de controle da dor, quando necessário, é um direito da mulher respaldado pelas Portarias 569 e 572/2000 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014). De acordo com a Pesquisa de Demografia e Saúde (BRASIL, 2017) somente 30% das gestantes que realizaram parto natural, tiveram acesso a medidas farmacológicas ou não-farmacológicas para o manejo da dor.

O método farmacológico para as pacientes usuárias da rede pública é realizado em torno de 3,5%, muito embora estudo transversal tenha evidenciado a utilização de analgesia farmacológica em 30% das gestantes em uma maternidade do Sistema Único de Saúde (SUS) referência em parto humanizado na região sudeste do Brasil (FELISBINO-MENDES *et al.*, 2017). Comparando com países desenvolvidos, onde a prevalência de analgesia farmacológica é da ordem de 60%, o Brasil está muito aquém das necessidades das gestantes (PENUELA *et al.*, 2019).

Cabe salientar que há deficiência na oferta de analgesia obstétrica no Brasil, sendo que isso tem reflexos na humanização do parto, pois os direitos da mulher considerados na legislação não são contemplados. Além disso, as cesáreas são priorizadas nos casos de fobia da dor do parto natural. Nessa direção,

entende-se que o aumento do número de cesáreas traz consequências, como maiores gastos; tempo de internação prolongado; complicações de acordo com a complexidade do procedimento cirúrgico, tanto na mãe como no neonato (LANDON et. al., 2004).

Na pesquisa “Nascer no Brasil – Inquérito Nacional sobre o Parto e Nascimento”, feita pela Fundação Oswaldo Cruz e publicada em 2014, os resultados apontam para uma taxa de cesáreas de 46% na rede pública e 88% na saúde suplementar. Esse excesso de intervenções – principalmente as cesáreas sem necessidade – tem como consequência aumento de taxas de nascidos prematuros (FIOCRUZ, 2014). A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que as taxas de cesáreas não ultrapassem 15%. No entanto, sabe-se que há uma cultura de cesáreas no Brasil, sendo as justificativas principais: o maior valor pago pela tabela do SUS; a imprevisibilidade ao parto natural; a associação que as mulheres e médicos fazem entre parto natural e satisfação sexual; baixa de qualificação médica na assistência ao parto natural e a fobia à dor (MAIA, 2010).

Nessa ótica, ressalta-se que existem métodos de analgesia obstétrica que podem ser utilizados, tradicionalmente, separados em dois tipos: as técnicas que usam métodos farmacológicos (CHESNUT et. al., 2009); e os que usam métodos não farmacológicos (BRASIL, 2006). Este estudo descreve um produto tecnológico - um *e-book* - o qual orienta de forma rápida por meio de um passo a passo a técnica de analgesia obstétrica, utilizando, o Bloqueio Paravertebral Torácico Bilateral.

Assim, objetivou-se, com o presente estudo, produzir um produto tecnológico e inovador capaz de orientar profissionais da saúde envolvidos com analgesia obstétrica a realizar o Bloqueio Paravertebral Torácico bilateral por meio de um *e-book* informativo.

METODOLOGIA

Inicialmente, para a construção do material, foi realizada uma Revisão Narrativa da Literatura (RNL). Para tanto, partiu-se das questões pesquisa: “Quais os desafios enfrentados na implementação de analgesia de parto farmacológica nas maternidades de risco habitual no Brasil?” e “Bloqueio paravertebral torácico é uma técnica que tem espaço na analgesia obstétrica?”. A partir disso, foi realizada a busca no período de agosto a novembro de 2020, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCieLO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), utilizando os descritores: “Obstetrical analgesia” AND “Natural childbirth” AND OR a palavra-chave “Thoracic Paravertebral blocked”.

Os critérios de inclusão foram artigos completos, disponíveis *on-line* e com acesso gratuito. Os de exclusão foram: teses, dissertações e monografias. Utilizou-se ainda a referência de livros específicos da anestesiologia.

A partir da leitura dos materiais selecionados, confeccionou-se o *e-book* informativo: Bloqueio Paravertebral Torácico Bilateral – um guia informativo de execução. Para tanto, utilizou-se o programa Adobe Indesign 2020. As imagens que demons-

tram a técnica e as referências anatômicas foram produzidas pelo autor principal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, descreve-se o *e-book*, que orienta de forma rápida, por meio de um passo a passo, a técnica de analgesia obstétrica utilizando o Bloqueio Paravertebral Torácico Bilateral. Esse bloqueio bilateral é uma extrapolação da técnica de analgesia pós-operatória que é utilizada em cirurgia torácica (YEUNG et. al., 2016), de mama (SYAL; CHANDEL, 2017) e de segmento superior do abdome, que é o bloqueio paravertebral torácico unilateral.

Considera-se que a técnica é inovadora, pois tem o potencial de apresentar vantagens em algumas situações, comparativamente à anestesia com abordagem de neuro-eixo: tem menor curva de aprendizado; menor flutuação hemodinâmica ((ANTIPIN *et al.*, 2014), sendo mais fácil o controle de parâmetros quando há necessidade de ausência do anestesiolegista por outras demandas da maternidade; abordagem anatômica que foge do neuro-eixo; possibilidade de uso em pacientes com discrasia sanguínea e uso de anticoagulantes (OKUTOMI et. al., 2002); e de fácil realização, pois as referências anátomo-topográficas são menos complexas de demarcar.

A forma de apresentação em *e-book* foi escolhida pela facilidade em compartilhar informação e pelo baixo custo. Dessa forma, é possível difundir de forma abrangente informações que se acredita serem de grande relevância, pois tem a possibilidade de contribuir com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

de no que tange à humanização do parto (BRASIL, 2018).

Na sequência, apresenta-se o *e-book*, que está disponível para acesso gratuito, por meio do *site*: Bloqueio Paravertebral torácico – Analgesia de parto – Descrição da técnica de BPVT como analgesia de parto (bpvtanalgesiaparto.com).

Figura 1 - *E-book* informativo: Bloqueio Paravertebral Torácico Bilateral – um guia informativo de execução.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adaptação do Bloqueio Paravertebral Torácico Bilateral, como técnica de analgesia obstétrica, tem o potencial de ajudar no enfrentamento da problemática relacionada à baixa oferta de analgesia de parto no Brasil. A difusão do conhecimento por meio de um *e-book* aos profissionais envolvidos pode também contribuir para o aprendizado e aprimoramento da técnica.

REFERÊNCIAS

ANTIPIN, É. É. *et al.* Epidural analgesia in the first stage of labor-is there an alternative? **Anesteziolgia i Reanimatologija**, n. 1, p. 18-22, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS** [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

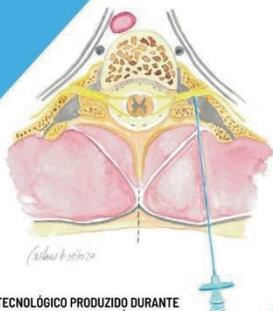
BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno HumanizaSUS: Volume 4 – Humanização do Parto e Nascimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

Adalgiso Feijó Malaguez

BLOQUEIO PARAVERTEBRAL TORÁCICO BILATERAL

UMA NOVA PERSPECTIVA NA
ANALGESIA OBSTÉTRICA.

E-BOOK INFORMATIVO



PRODUTO TECNOLÓGICO PRODUZIDO DURANTE
O MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
MATERNO INFANTIL - UFN



Mestrado Profissional
SAÚDE MATERNO INFANTIL
Universidade Franciscana

2

M245b Malaguez, Adalgiso Feijó
Bloqueio paravertebral torácico bilateral : uma nova perspectiva na analgesia obstétrica / Adalgiso Feijó Malaguez – Santa Maria : Universidade Franciscana – UFN, 2020.
16 p. : il.
Produto tecnológico produzido durante o Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil – UFN
ISBN 978-65-5852-085-6 (online)
1. Parto 2. Analgesia obstétrica I. Título
CDU 618.4
Elaborada pela Biblioteca Eunice de Oliveira CRB10 – 1491

Sumário

INTRODUÇÃO.....	4
HISTÓRICO.....	6
ANATOMIA.....	7
CONSIDERAÇÕES A RESPEITO:.....	10
DESCRIÇÃO PASSO A PASSO.....	11
Passo 1.....	11
Passo 2.....	11
Passo 3.....	12
Passo 4.....	13
Passo 5.....	14
Passo 6.....	15
Passo 7.....	16
REFERÊNCIAS.....	17

INTRODUÇÃO

A dor do parto, é um evento potencialmente muito desagradável que sofre múltiplas influências, tais como: condições culturais; sócio-econômicas; emocionais; variações fisiológicas no limiar de dor em cada gestante; experiências em partos anteriores e qual período do parto a gestante se encontra.

Existem dois períodos do parto para que se entenda o processo fisiológico da dor: o primeiro e o segundo estágio do parto natural.

O primeiro estágio do parto, tem início com as contrações uterinas e termina com o completo apagamento do colo do útero. A dor desse estágio é devida as vigorosas contrações do corpo uterino, que comprimem os vasos intramurais do útero com conseqüente hipóxia da musculatura uterina e causam dor do tipo cólica, clinicamente referida de maneira difusa, com localização na região lombar, no hipogástrico, nos glúteos e na região proximal das coxas. O potencial elétrico gerado nessa dor, trafega através de neurônios não mielinizados do tipo C, que adentram ao Sistema Nervoso Central (SNC), através de seguimentos medulares em T10, T11, T12 e L1, pela via paleo-espinotalâmica. Portanto, bloqueio de impulsos dolorosos nestas vias, causam alívio da dor do primeiro estágio do trabalho de parto (BRASIL, 2017).

No segundo estágio, os estímulos dolorosos devido a contração uterina persistem. Somam-se a eles, estímulos dolorosos que adentram ao Sistema nervoso Central por sinais elétricos carreados por neurônios do tipo A-Delta mielinizados que formam a via neo-espinotalâmica, dos segmentos dorsais de S2, S3 e S4 (nervos pudendos). Está dor é somática e diretamente relacionada às estruturas que são comprimidas na passagem do feto pela pelve, comprimindo estruturas lá contidas e por distensão de ligamentos e movimentos ósseos durante a fase expulsiva (BRASIL, 2017).

Para que se produza analgesia de parto farmacológica, se faz necessário que estes sinais elétricos sejam bloqueados ao chegar no corno dorsal da medula, ou que sequer cheguem no corno dorsal da medula.

Fármacos da classe dos opióides, produzem analgesia ao se ligar com receptores endorfinícos. Isto gera um aumento da corrente de potássio celular no neurônio pós-sináptico das vias dolorosas no corno dorsal da medula (lâmina dois e três – substância gelatinosa) fazendo com que surja um potencial pós-sináptico inibitório, hiperpolarizando neurônios pós-sinápticos e dificultando que crie potencial elétrico nas vias dolorosas. Quando se utiliza opióides através da via parenteral, pode-se provocar para-efeitos deletérios na mãe e no feto, devido ao potencial de depressão respiratória, esse efeito tende a ser menor quando usado no neuro-eixo (STOELTING,2002).

A outra opção farmacológica, é utilização de anestésicos locais injetados próximos aos nervos conduzem estímulos dolorosos até o SNC, esta classe de drogas, bloqueia os canais de sódio que são responsáveis por despolarizar os neurônios e assim evitar a geração de um potencial elétrico, evitando a transmissão da dor ao Sistema Nervoso Central. Os anestésicos locais são injetados próximos aos nervos ao se utilizar técnicas de abordagem com agulhas introduzidas no neuro-eixo: anestesia peridural simples; contínua; combinada a anestesia espinhal; peridural com expansão de volume e peridural com punção de dura-máter; além de anestesia espinhal simples e contínua (CHAU,2018).

Este e-book, tem a finalidade de expandir as possibilidades técnicas de uso de analgesia farmacológica, ao descrever a injeção de anestésico local no espaço paravertebral torácico bilateralmente (BPVTB), para uso em analgesia obstétrica.

5

HISTÓRICO

Pela necessidade de relaxamento da musculatura abdominal, Hugo Sellhein, de Leipzig (1871-1936) realizou o Bloqueio Paravertebral Torácico (BPVT) pela primeira vez em 1905. (BONICA, 1953), (MANDL, 1946). Através da injeção meticulosa de pequenas quantidades de procaina no surgimento de cada nervo espinhal em muitas centenas de pacientes com dor abdominal que posteriormente foram submetidos a laparotomia. No exame *post-mortem*, Låwen *et al* mapeou a inervação segmentar dos órgãos intra-abdominais. Ele então desenvolveu esse conhecimento em uma ferramenta de diagnóstico poderosa para entendimento do controle da dor em cada órgão. (LÅWEN, 1922).

Com esse conhecimento, o segmento específico de entrada de sinais dolorosos no SNC via corno posterior da medula, facilitou os procedimentos que injetam anestésicos locais próximos aos nervos que conduzem informações dolorosas em direção aos centros superior de processamento da dor.

Inicialmente a indicação para o BPVT era o alívio da dor cirúrgica, no começo do século 20, o uso era muito variado. O uso BPVT incluía alívio de angina pectoris, dor maligna intratável, dor advinda de fratura de fêmur proximal, distrofia simpática pós-traumática, também foi usado para tratar taquicardia supraventricular, asma brônquica, cólica renal e manejo de dor de herpes zoster. Este bloqueio era popular nos anos 20 e 30 do século 20, e nos anos 50 e 60 foi praticamente esquecido. No final da década de 1970, ao mesmo tempo que estudos demonstraram visões negativas sobre esta técnica, as publicações começaram a reaparecer. Na década de 1990 os estudos e o interesse por este bloqueio vem ganhando força.

Culminou o interesse, em relação ao bloqueio paravertebral torácico, quando técnica de realização, foi descrita na página dos tutoriais da World Federederation of Societies of anaesthesiologists (WFSA), em 2009, no endereço www.totw.anaesthesiologists.org no tutorial da semana 224.

6

ANATOMIA

O espaço paravertebral torácico, é uma região anatômica em forma de cunha, que se estende ao longo da região lateral da coluna vertebral. Um corte sagital no espaço delimita um triângulo, cuja base está localizada medialmente, e é delimitada pelo aspecto pósterolateral da vértebra, o disco intervertebral e o forame intervertebral. A parte do anterior é delimitada pela pleura parietal e a parte pósterolateral pelo ligamento costotransverso (parte mais lateral) e membrana intercostal (parte mais posterior). Os nervos intercostais com seu ramo dorsal, os ramos comunicantes e a cadeia simpática ao longo da coluna são os conteúdos de tecido nervoso do espaço paravertebral torácico. **Figura 1, Figura 2.**

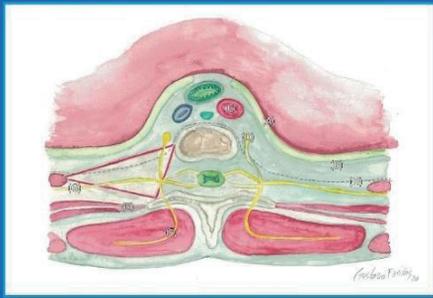


FIGURA 1. Corte transversal do espaço paravertebral (triângulo vermelho) em nível torácico; A: pleura visceral B: pleura parietal; C: aorta; D: cadeia simpática; E: Ligamento intercostal interno, medialmente contínuo com o ligamento costotransverso; F: parte posterior do nervo intercostal; G: nervo intercostal; F: fásia endotorácica.

7

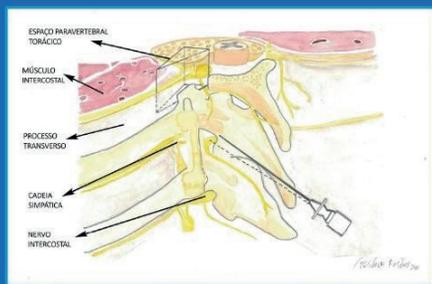


FIGURA 2. Esquema do espaço paravertebral torácico. A fronteira do espaço é representada por uma cunha transparente.

A técnica padrão de localização do espaço é por perda de resistência ao ar ou solução salina. (EASON, 1979). A paciente pode ficar na posição lateral ou sentada. Dois ou três centímetros laterais ao processo espinhoso, uma agulha espinhal 22G biselada de Quincke, ou uma agulha Tuohy se um cateter for escolhido para uma técnica contínua, perpendicularmente a todos os planos da pele é inserida, após botão anestésico com lidocaína 1% sem vaso (1mL). Normalmente após dois a cinco centímetros, a agulha toca no osso da vértebra (processo transversal). Após o contato ósseo, a agulha é recuada por um ou dois milímetros, reangulada superior ou inferiormente e avança de 1 a 1,5 centímetro até que haja perda de resistência ao ar ou solução salina. Ao se penetrar o ligamento costotransverso, um clique deve ser observado. A profundidade da pele é variável, depende do IMC da paciente, mas a agulha normalmente entra numa distância de 4 a 6 centímetros, na região torácica.

8

Quando a agulha toca no nervo da distribuição anterior, parestesia pode ser sentida pela paciente, e é indicativo da ponta da agulha no espaço paravertebral torácico. Porém, se ocorrer parestesia na distribuição do ramo posterior (sob a pele das costas), não é indicativo de presença da agulha no espaço paravertebral torácico, pois pode haver ramos posteriores no trajeto da agulha dentro dos músculos espinhais, e a parestesia pode ser originada do contato da agulha com estes ramos intramusculares.

O tecido areolar do espaço paravertebral torácico, oferece mais resistência à injeção de anestésico local do que normalmente se encontra no espaço peridural (que contém gordura e é mais complacente). Também em comparação com a perda de resistência quando a agulha atravessa o ligamento amarelo que é muito mais resistente, a injeção é quase livre. No espaço paravertebral torácico o método de perda de resistência por vezes não ocorre, por isso é preciso tomar cuidado com o dimensionamento ao progredir a agulha, principalmente se for escolhido uma agulha de ponta cortante, como a tipo Quincke 22G, pois pode haver perfuração pleural. Outro detalhe, a localização anátomo-topográfica do processo espinhoso (referência prioritária), pode ficar impossível de realizar e a técnica fica inviável.

9

CONSIDERAÇÕES A RESPEITO:

É preciso que se observe algumas situações antes de realizar o bloqueio paravertebral torácico bilateral:



Respeitando o pilar prioritário da bioética, a autonomia, a recusa da paciente é uma contra-indicação absoluta da realização da técnica;

Como em qualquer abordagem anestésica, a presença de infecção no local da punção, abscesso ou celulite, inviabiliza a técnica de BPVT bilateral, mesmo que seja de um só lado da punção.



Quando há diagnóstico de anormalidade anatômica (cifose torácica ou escoliose) a distância anterior-posterior do espaço paravertebral é estreita, esta distorção anatômica propicia perda da referência usual e aumenta a chance de pneumotórax.

10

DESCRIÇÃO PASSO A PASSO

Passo 1

Certificar-se que o ambiente que a técnica será executada tem:



1. monitor multiparâmetro (cardioscopia, oximetria, pressão arterial não-invasiva).
2. equipamento para atendimento de PCR (desfibrilador, drogas, laringoscópio, tubo, máscara laríngea, AMBU, fonte de oxigênio)

Passo 2.

Garantir um acesso periférico com Abocath 20G.



11

Passo 3.

Montar de maneira asséptica uma mesa contendo os seguintes itens:



1. Cuba com clorexidina alcólica 0,5% e gaze para assepsia do local da punção.
2. Pinça para executar assepsia.
3. Agulhas de infiltração local.
4. Agulha para punção (Quincke 22G ou Touhy 16G - para colocação cateter).
5. Seringa 10mL com lidocaína 1% sem vasoconstritor.
6. Seringas de 20mL com ropivacaína 2% (para execução do bloqueio).

12

Passo 4.

Fazer as demarcações anátomo-topográficas



1. Vértebra cervical mais proeminente (C7)
2. Linha imaginária imediatamente abaixo do ângulo inferior da escápula (T7).
3. Linha imaginária que perpassa as espinhas ilíacas póstero-supeiores. (L4-L5)
4. A partir destas referências, marcar preferencialmente os espaços entre T10-T11-T12, que será o local de punção.

13

Passo 5.

Infiltração na pele do local de punção.



Após marcação do segmento torácico onde se deseja fazer o bloqueio, a paciente será posicionada na posição sentada, com ombros relaxados e a cabeça fletida em direção a esterno e com os pés apoiados num estrado, com as coxas fletidas e os joelhos levemente abduzidos.

Dois centímetros meio lateral à marcação da impressão anatómica do processo espinhoso da vértebra (preferencialmente T10), bilateralmente, um botão anestésico com lidocaína 1% 1mL será realizado com agulha hipodérmica, e após com agulha 25X0,7 22G acoplada a seringa far-se-á infiltração de tecido muscular mais profundo (em torno de três centímetros) com 2mL de lidocaína 1%.

14

Passo 6.

Punção do espaço paravertebral torácico.

No local onde se fez a infiltração de pele, a agulha Quincke 22G será inserida, perpendicularmente com todos os planos até que toque o processo transverso da vértebra (preferencialmente T10).

Quando se perceber o toque no periósteo, a agulha é então recuada em 2mm.

Após, a agulha é reangulada superior ou inferiormente, em torno de 45 graus.

Uma seringa de teste, com ar ou solução salina é acoplada a agulha, o êmbolo é pressionado e a agulha é inserida em torno de 1mm por segundo como objetivo de sentir o clique da agulha ao passar pelo ligamento costotransverso ou então até que haja perda de resistência no êmbolo da agulha.



15

Passo 7.

Injeção da solução anestésica.



Identificado o espaço, uma seringa de 20mL contendo solução de ropivacaína 0,2% é injetada com a velocidade de 1mL por segundo.

Se houver dor lancinante durante a injeção, pára-se imediatamente e se refaz a punção.

Antes de injetar e a cada 5mL da solução anestésica injetada, se faz aspiração do êmbolo para tentar detectar aspiração de sangue, se a ponta da agulha estiver indiscriminadamente dentro de vaso.

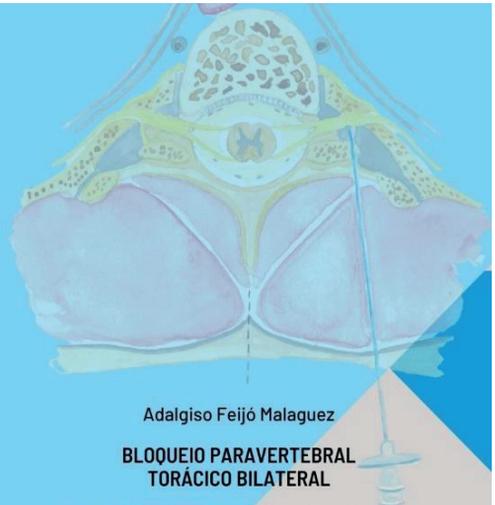
Repetir o processo contra lateralmente.

16

REFERÊNCIAS

1. Bonica JJ. The management of pain with analgesic block. The management of pain. London: Henry Kimpton, 1953; 166–184.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília – DF, 2017.
3. Chau A, Tsen LC. Update on Modalities and Techniques for Labor Epidural Analgesia and Anesthesia. *Adv Anesth*. 2018 Dec;36(1):139-162. doi: 10.1016/j.aan.2018.07.006. Epub 2018 Sep 27. PMID: 30414635.
4. Conacher ID. Resin injection of thoracic paravertebral spaces. *British Journal of Anaesthesia* 1988; 61: 657–661.
5. Eason MJ, Wyatt R. Paravertebral thoracic block-a reappraisal. *Anaesthesia* 1979; 34: 638–
6. Läden A. Ueber segmentäre Schmerzaufhebung durch paravertebralen Novokaininjektion zur Differentialdiagnose intra-abdominaler Erkrankungen. *Medizinische Wochenschriften* 1922; 69: 1423
7. Lönnqvist PA, Hildingsson U. The caudal boundary of the thoracic paravertebral space. A study in human cadavers. *Anaesthesia* 1992; 47: 1051–1052.
8. Lönnqvist PA, MacKenzie J, Soni AK, Conacher ID. Paravertebral blockade. Failure rate and complications. *Anaesthesia*. 1995;50(9):813-815.
9. Mandl F. Paravertebral block. New York: Grune and Stratton, 1946.
10. Naja Z, Lönnqvist PA. Somatic paravertebral nerve blockade. Incidence of failed block and complications. *Anaesthesia*. 2001;56(12):1184-1188.
11. STOELTING RK - Pharmacology and Physiology in Anesthetic Practice, Philadelphia, JB Lippincott Co, 2002.

17



Adalgiso Feijó Malaguez

BLOQUEIO PARAVERTEBRAL TORÁCICO BILATERAL

UMA NOVA PERSPECTIVA NA ANALGESIA OBSTÉTRICA.

E-BOOK INFORMATIVO

PRODUTO TECNOLÓGICO PRODUZIDO DURANTE
O MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
MATERNO INFANTIL - UFN



Mestrado Profissional
SAÚDE MATERNO INFANTIL
Universidade Franciscana

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

CHESNUT, D. H. *et al.* **Chesnut's obstetric anesthesia**: principles and practice. 4th. New York: Elsevier, 2009.

FELISBINO-MENDES, M. S. *et al.* O uso de analgesia farmacológica influencia no desfecho de parto? **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 5, p. 458-465, out., 2017.

FIOCRUZ. **Nascer no Brasil**: inquérito nacional sobre parto e nascimento 2014. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>. Acesso em: 10 jun. 2019.

LANDON, M. B. *et al.* Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. In: National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. **New England Journal of Medicine**, v. 351, n. 25, p. 2581-2589, 2004.

MAIA, M. B. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

OKUTOMI, T. *et al.* Paravertebral block for labor analgesia in a parturient with idiopathic thrombocytopenia. **Masui**, v. 51, n. 10, p. 1123-1126, 2002.

PENUELA, I. *et al.* Epidural analgesia and its implications in the maternal health in a low parity community. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 19, n. 52, 2019.

SYAL, K.; CHANDEL, A. Comparison of the post-operative analgesic effect of paravertebral block, pectoral nerve block and local infiltration in patients undergoing modified radical mastectomy: a randomised double-blind trial. **Indian Journal Anaesth**, v. 61, n. 8, p. 643-648, 2017.

YEUNG, J. H. *et al.* Paravertebral block versus thoracic epidural for patients undergoing thoracotomy. **Cochrane Systematic Reviews**, v. 2, n. 2, 2016.

2. DESENVOLVIMENTO DE DISPOSITIVO AUXILIAR À EXTRAÇÃO DO LEITE A PARTIR DA ADAPTAÇÃO DE UM SUTIÃ CONVENCIONAL DE AMAMENTAÇÃO

Helena Ritter de Abreu, Aline Medianeira Gomes Correa,
Dirce Stein Backes, Luiz Fernando Rodrigues Junior,
Leris Bonfanti Haefnner, Alexandre Antonio Naujorks

RESUMO

Neste estudo, o objetivo foi descrever o desenvolvimento de um protótipo técnico auxiliar à lactação para puérperas. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência sobre o desenvolvimento de um produto desenvolvido durante o Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil na Universidade Franciscana de Santa Maria. A confecção do produto técnico seguiu a anatomia e fisiologia da lactação e favoreceu a saída do leite. O uso desse produto pode ser concomitante à sucção da mama pelo bebê, estimulando a lactação por período ideal conforme orientação dos órgãos governamentais. Portanto, a confecção deste protótipo técnico a partir da adaptação de um sutiã convencional de amamentação consistiu em um instrumento acessível, simples e que prolonga o período de amamentação. Torna-se necessário mais pesquisas que contribuam para o desenvolvimento de tecnologias auxiliares à continuidade da lactação e amamentação.

Palavras-chave: leite materno; amamentação; extração de leite.

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é mundialmente reconhecido como a melhor fonte de nutrição para o recém-nascido, a amamentação traz vantagens imunológicas, psicológicas e intensifica o desenvolvimento saudável. Sua importância é cada vez mais valorizada no dia a dia devido às descobertas contínuas de seus componentes biológicos dinâmicos, nutrientes, com substâncias bioativas como fatores de crescimento endotelial, vascular hepáticos e outros secretados por células-tronco mesenquimais do leite humano (KAINGADE *et al.*, 2016). A Organização Mundial da Saúde (OMS), recomenda que o aleitamento materno exclusivo aconteça até os primeiros seis meses de vida e não oferecer ao bebê nenhum outro tipo de alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja por indicação médica (PEREIRA *et al.*, 2019).

Embora os benefícios da amamentação exclusiva (AME) já tenham sido divulgados, o desmame precoce ainda é uma realidade persistente na sociedade. Nesse sentido, os programas de saúde materno-infantil com a atenção voltada ao período pré-parto, neonatal e puerperal atuam na detecção de fatores que contribuem para que se perca esse processo que era para ser da natureza humana. Estudo aponta que uma das causas principais do desmame precoce são os quadros de depressão pré-natal seguindo à fase puerperal (FIGUEIREDO *et al.*, 2013). Além disso, adolescentes gestantes requerem cuidados especiais frente às mudanças corporais, conjugando com os fatores psicológicos próprios dessa faixa etária e demais intercorrências que possam vir a interferir na AME. Outros fatores relevantes que contribuem para o desmame precoce é o despreparo e mitos

vindos do seio familiar, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, prematuridade, internações com separação do binômio mãe-bebê e assistência ao parto e pós parto nas primeiras horas de vida do recém-nascido (RN) (KAYHAN-TETIK B *et al.*, 2015).

Muitos são os desafios e, desse modo, evidencia-se a importância da conscientização da manutenção da amamentação pelos serviços, equipes e nutriz, bem como a necessidade de um trabalho educativo e assistencial contínuo dos serviços de saúde e o comprometimento de toda a sociedade e demais órgãos públicos. Os programas governamentais com suas diretrizes voltadas às dificuldades socioeconômicas das populações vulneráveis com ênfase no bem estar da gestante, do binômio e com o acolhimento efetivo às intercorrências durante a AME são bem-vindos. A valorização do aleitamento materno, embora em curva ascendente com melhora de seus índices da AME, está muito aquém da sua importância no contexto do desenvolvimento da saúde da criança, necessitando investimentos contínuos (PEREIRA *et al.*, 2019).

Os serviços de saúde devem buscar suprir as necessidades iniciais de amamentação na prevenção do desmame precoce, principalmente no caso de doenças clínica/cirúrgicas do RN (síndromes raras e malformações), prematuridade e outras situações com intercorrências que exigem internações prolongadas. Nos serviços hospitalares, são tomadas algumas medidas que, com indicações clínicas precisas, proporcionam a continuidade do aleitamento materno, tais como o banco de leite humano, manobras auxiliares para a extração de leite manuais e/ou elétricas.

Torna-se evidente que essa temática necessita de propostas empreendedoras que auxiliem à adesão e deem suporte à

manutenção do aleitamento materno por período considerado ideal, tanto do AME como da amamentação complementada até os dois anos da criança. Portanto, neste estudo, tem-se como objetivo descrever o desenvolvimento de um protótipo técnico auxiliar à lactação para puérperas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência sobre o desenvolvimento de um produto durante o mestrado profissional em Saúde Materno Infantil na Universidade Franciscana de Santa Maria. Essa temática ficou evidenciada após a realização de uma revisão bibliográfica referente aos altos índices de desmame precoce, principalmente no período neonatal. Desta forma, propôs-se o desenvolvimento de um protótipo que facilitasse a ordenha do leite de maneira confortável para a puérpera e que levasse em consideração a fisiologia e anatomia da mama.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética com Seres Humanos CEP/UFN, Plataforma Brasil, com parecer N°: 3.742.274, aprovado em 03 de dezembro de 2019. No documento, apresentou-se o passo a passo da evolução técnica para o desenvolvimento do protótipo auxiliar à lactação para puérperas, que favorece a extração do leite. O protótipo ficou designado como Dispositivo Auxiliar para Extração de Leite (DAEL). A pesquisa foi desenvolvida no período de 2019 e 2020, entre a aluna e o orientador e com complementação das atividades no Ambiente de Inovação - ITEC da UFN, acompanhado do aprofundamento teórico sobre as etapas clínicas, as dificuldades frequentes para a AME e principais causas do desmame precoce.

Foram desenvolvidas três etapas para a construção do produto relatado: a teórica, a física e a digital. A teórica se desenvolveu ao longo de todo o processo, com levantamento de dados, fundamentação científica, conhecimento da fisiologia da mama e do processo de aleitamento. A parte física e material do protótipo foi confeccionada por costureira, com base nas informações e solicitações fornecidas pelos pesquisadores. A digital se deu com os registros e construção de vídeo e manual digital explicativo, os quais serão disponibilizados na web de forma gratuita.

A implementação do protótipo ficou atrelada à fase experimental que se deu durante a confecção do manual de instruções, com participação de puérpera para a realização das imagens. É válido ressaltar que se respeitou, nesse processo, o anonimato da participante, para a qual foram explicados os objetivos e pretensões com a pesquisa, e esta autorizou o uso das imagens e assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). A continuidade da pesquisa precisou ser provisoriamente interrompida devido à pandemia da COVID 19. Pretende-se, futuramente, retomar o aprofundamento técnico e experimental, com a proposta de ampliar a divulgação do produto aos serviços de saúde, principalmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O protótipo designado como Dispositivo Auxiliar para Extração de Leite (DAEL) foi planejado e embasado nos conhecimentos do Princípio de Pascal: “o aumento da pressão exercida em um líquido em equilíbrio é transmitido integralmente a to-

dos os pontos do líquido bem como às paredes do recipiente em que ele está contido” (BERGAMIM, 2007, p. 5). Ao pressionar a base da mama com um elástico roliço, este exercerá uma pressão pela base da glândula, propiciando a saída do leite por seu caminho natural, ou seja, por meio dos ductos mamilares, emergindo pelo mamilo.

O dispositivo foi planejado com base no Princípio de Pascal:

Se a pressão existente na superfície do líquido fosse aumentada de uma maneira qualquer - por um pistão agindo na superfície superior, por exemplo - a pressão P em qualquer profundidade deve sofrer um aumento exatamente da mesma quantidade (BERGAMIN, 2007).

Dessa forma, em um sutiã de malha de amamentação convencional, com duplo folheto, nas numerações tradicionais do 38 ao 58, no folheto interno infestado, coloca-se um elástico roliço 1.6, com suas extremidades no quadrante ínfero-medial do sutiã, onde tem-se a ponteira que regula a tensão a ser exercida na base do cone mamário, fixando-se quando tensionado o elástico para a saída do leite. Essa pressão será desfeita pela nutriz por meio da ponteira reguladora. No folheto externo do sutiã não há alterações na confecção, e a presilha na alça anterior para sustentação da mama com o fechamento do folheto externo.

O DAEL foi confeccionado a partir de um sutiã convencional de amamentação, cujas manobras corriqueiras de ordenha da mama causam desgaste físico e psicológico da nutriz. Como a extração de leite geralmente é feita por períodos prolongados, o protótipo pode ser muito útil nesses momentos, pois é de fácil manuseio e confortável para o binômio. Vale ressaltar que o pro-

tótipo desenvolvido consiste na adaptação, feita por costureira, de um sutiã de malha convencional de amamentação para propiciar a extração do leite.

No manual de usabilidade do DAEL, encontram-se informações relevantes, como cuidados de segurança, tempo de uso e modo de reversão ou distensão da pressão do elástico, advertências para sinais inflamatórios, ingurgitamento mamário, reações cutâneas adversas e demais intercorrências. Tais efeitos adversos não puderam ser averiguados por se tratar de um protótipo, embora os pesquisadores tenham a expectativa que o DAEL seja um auxílio promissor na promoção da amamentação por período ideal.

A elaboração técnica e digital, bem como a explicação sobre o funcionamento do protótipo foi desenvolvida a partir de imagens inseridas no manual, conforme pode ser visualizado nas figuras a seguir.

Figura 1 - Usabilidade

1. Sutiã com folheto externo e interno vazado onde repassa o elástico roliço circunferencialmente pelo folheto ser enfiado/duplo contendo elástico, que será tensionado e distensionado na base da mama por ponteira reguladora.
2. Abertura do folheto externo.



Fonte: os autores.

Figura 02 – Funcionalidade

1. Local do elástico e ponteira reguladora (situada no quadrante ínfero-medial de cada mama) para ser tensionado e distensionado. Esta folga externa do elástico poderá ser diminuída, conforme o diâmetro de base de cada mama lactante.



Fonte: os autores.

Figura 03 – Procedimento à extração do leite: Passos 1 e 2

Fonte: os autores.

Figura 04 – Procedimento à extração do leite: Passos 3 e 4

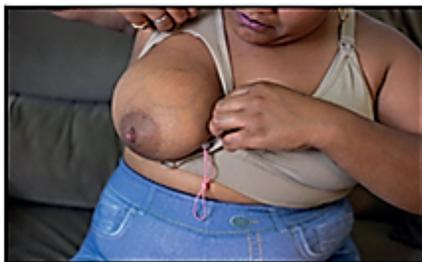
Procedimento à extração do leite (EL):

PASSO 1: Abertura do folheto externo pela presilha de sustentação do sutiã em malha convencional de amamentação.



Procedimento à EL:

PASSO 2: Verificação e ajuste da posição de encaixe do folheto interno com seu elástico circundante na base do cone mamário.



Procedimento à EL:

PASSO 3: Tensionar o elástico através da ponteira reguladora e fixar na base do cone mamário, promovendo uma prensa confortável e efetiva para a EL (a prensa não deve provocar dor, devendo ser similar à força de tensão de uma ordenha manual clássica). Em caso de dor suspender o uso do dispositivo e investigar clinicamente frente aos pesquisadores.



Procedimento à EL:

PASSO 4: Manobras bidigitais podem estar associadas para facilitar a EL, assim como o ato da sucção do lactente em vídeo elucidativo online em anexo a este manual.

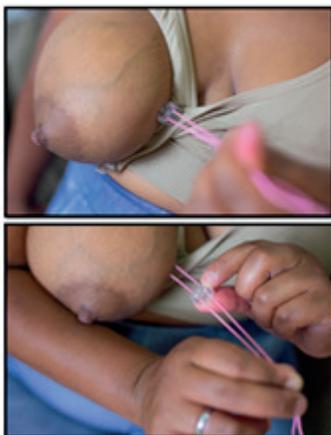


Fonte: os autores.

Figura 05 - Procedimento à extração do leite: Passos 5 e 6

Procedimento à EL:

PASSO 5 : Distensionar o elástico pelo bastonete após seu uso. (Havendo dificuldade nesta manobra, mantenha um objeto cortante em local acessível.)



Procedimento à EL:

PASSO 6 : após acomodação da ponteira e elástico externo nos quadrantes inferiores do sutiã, o folheto externo retorna para encaixe pela presilha (os protetores higiênicos que absorvem o extravasamento natural de leite entre as mamadas podem ser usados, mantendo o folheto externo seco e higienizado).



Fonte: os autores.

Esse produto técnico pode ser utilizado em situações especiais, onde esteja indicada a extração do leite para evitar o desmame precoce, estimulando a lactação por período ideal conforme orientação dos órgãos governamentais. Ainda, é importante salientar que pode ser usado concomitantemente à sucção da mama pelo RN. Os padrões de sucção dos extratores de leite influenciam na produção de leite, e os que simulam os padrões de sucção do lactente produzem mais leite em menos tempo (MEIER *et al.*, 2012). A presença de bactérias no leite materno pela manobra de extração de leite não foi evidenciada por

estar relacionada aos aparelhos usados e sim pela colonização natural do leite (MENSE *et al.*, 2014).

O “lactente cirúrgico”, assim denominado o RN que necessita de cirurgia nos primeiros dias ou meses de vida, coloca em evidência a desatenção de alguns serviços no que se refere à importância da não interrupção da amamentação nesse momento de vulnerabilidade do binômio. Programas de incentivo com desfechos positivos à amamentação devem ser amplamente divulgados. Situações previsíveis com o afastamento do binômio por períodos prolongados exigem a atuação das equipes para o auxílio na ordenha da mama (SALVATORI *et al.*, 2014).

A relactação é um processo trabalhoso na retomada da amamentação em crianças que não receberam LM, que pararam de mamar por rejeição da sucção, por problemas da mãe ou do bebê, por doenças mamárias. Assim, é importante que esses eventos sejam detectados para estabelecer uma relactação. (KAYAHATETI, 2013). A doação de leite humano tem sido uma prática contínua nas UTI Neonatais para manter o AME nos bebês prematuros. Os custos de manter o aleitamento em prematuros é determinado pela própria disponibilidade de leite humano (CARROLL; HERRMANN, 2013).

Os serviços carecem de uma conscientização efetiva perante a necessidade da melhora nos índices da AME, com estímulo da amamentação nas primeiras semanas de vida, propiciando a continuidade por período ideal e conseqüente promoção da saúde do binômio (KAINGADE *et al.*, 2016). Por isso, o DAEL foi desenvolvido com a proposta de facilitar a ordenha do leite de uma maneira confortável por meio de manobras fisiológicas.

O empreendedorismo pode ser amplamente difundido na área materno-infantil em relação à amamentação por

período ideal até os dois anos de idade, seja por meio da livre demanda, da extração mecânica, manual ou elétrica, seja por meio de outros dispositivos promissores que deem conforto e segurança, diminuindo e detectando as intercorrências que evoluem para o desmame precoce. Torna-se, portanto, necessária a manutenção e criação de novas medidas que objetivem o desenvolvimento de tecnologias auxiliares à continuidade da lactação e amamentação, promovendo, assim, tanto a saúde das mães como dos bebês.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os programas de amamentação são vitais na rede pública e fortificados a partir de pesquisas na busca do incentivo e continuidade da AME. Neste estudo, relatou-se o desenvolvimento de um protótipo auxiliar na extração de leite em puérperas a partir da adaptação de um sutiã convencional de amamentação que consistirá em um instrumento acessível, simples e que poderá prolongar o período de amamentação. Os resultados preliminares demonstraram que o protótipo pode facilitar a amamentação por período ideal conforme recomendação de órgãos governamentais de assistência durante o período mais crítico e delicado do binômio mãe-bebê. A proposta vem ao encontro de métodos auxiliares e oportuniza o desenvolvimento de um dispositivo inovador e simples para executar a saída do leite. Torna-se necessário aprofundamento teórico e técnico, portanto, mais pesquisas que contribuam para o desenvolvimento de tecnologias auxiliares à continuidade da lactação e amamentação.

REFERÊNCIAS

BERGAMIM, J. P. C. Princípio de Pascal em um Experimento Auto-explicativo. Campinas: Ifi UNICAMP, 2007. Disponível em: <https://cutt.ly/tGTNNm5>. Acesso em: 14 abr. 2021.

CARROLL, K.; HERRMANN, K. R. The cost of using donor human milk in the NICU to achieve exclusively human milk feeding through 32 weeks postmenstrual age. **Breastfeed Medicine**, v. 8, n. 3, p. 286-290, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3663453/>. Acesso em: 14 abr. 2021.

FIGUEIREDO, B. et al. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. **Jornal de Pediatria**, v. 89, p. 332-338, 2013. Disponível em: <https://cutt.ly/qGTNLiN>. Acesso em: 14 abr. 2021.

KAINGADE, P. M. et al. Breastmilk-Derived Mesenchymal Stem Cells In Vitro Are Likely to Be Mediated Through Epithelial-Mesenchymal Transition. **Breastfeed Medicine**, v. 11, p. 152, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26982656/>. Acesso em: 14 abr. 2021.

KAYHAN-TETIK, B. et al. The Knowledge Level of Medical Personnel in Turkey about Complementary Nutrition. **Iranian Journal of Public Health**, Tehran, v. 44, n. 7, p. 1016-1017, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26576383/>. Acesso em: 14 abr. 2021.

MEIER, P. P. et al. Breast pump suction patterns that mimic the human infant during breastfeeding: greater milk output in less time spent pumping for breast pump-dependent mothers with premature infants. **American Journal of Perinatology**, v. 32, n. 2, p. 103-110, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21818062/>. Acesso em: 14 abr. 2021.

MENSE, L. et al. Bacterial contamination of mechanically extracted breast milk. **American Journal of Perinatology**, v. 31, n. 4. p. 293-298, 2014. Disponível em: <https://cutt.ly/uGTNS2y>. Acesso em: 14 abr. 2021.

PEREIRA, E. B. et al. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e do bebê. In: JORNADA ODONTOLÓGICA DE ANÁPOLIS-JOA, 2019, Anápolis. **Anais** [...]. Anápolis: JOA, 2019. Disponível em: <https://cutt.ly/gGTMj1s>. Acesso em: 14 abr. 2021.

SALVATORI, G. et al. Human milk and breastfeeding in surgical infants. **Breastfeed Medicine**, v. 9, n. 10, p. 491-493, 2014. Disponível em: <https://cutt.ly/iGT10fa>. Acesso em: 14 abr. 2021.

3. ADEQUAÇÃO DE PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL

Maria Aparecida Brizola Mayer, Jucimara Montagner Michelin,
Francisco Maximiliano Pancich Gallarreta, Dirce Stein Backes,
Alexandre Antonio Naujorks, Cláudia Zamberlan

RESUMO

Com este estudo, objetivou-se adequar o Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco do Ministério da Saúde no atendimento a gestantes em uma maternidade de risco habitual. Para isso, foi realizada em uma pesquisa-ação, em uma maternidade de risco habitual de um hospital da região central do estado do Rio Grande do Sul, com coleta de dados realizada por meio de grupos focais, em que os participantes analisaram fluxogramas com foco nas potencialidades ou forças, bem como fragilidades e fraquezas, readequando-as ao contexto local. A partir dos resultados, emergiram colocações acerca da importância do Protocolo de Acolhimento e Classificação e Risco para a maternidade e delinearam-se as potencialidades e forças externas e internas, bem como as fragilidades internas e externas, para a implantação, e os demais grupos preconizaram a adequação dos fluxogramas. Assim, foi reconhecida a necessidade de implantação do protocolo, bem como identificadas as fragilidades do sistema e a necessidade de modificações nos fluxogramas apresentados, para fortalecimento e organização da rede de atenção ao parto, nascimento e puerpério.

Palavras chave: acolhimento; classificação de risco; gestantes; maternidade.

INTRODUÇÃO

A mulher, em seu ciclo vital, passa por períodos de inúmeras transformações, como, a menarca, o climatério (menopausa) e a gestação. A gestação, o parto e o puerpério tornam-se etapas marcadas por alegrias, expectativas, medos e anseios. Nesse enfoque, a estrutura organizacional para que este desfecho seja satisfatório deve oferecer à mulher um adequado acompanhamento de pré-natal (PN) e de trabalho de parto e parto, com acolhimento para as expectativas do momento, além de oferecer ao recém-nascido (RN) condições de boa recepção, atendendo às normas técnicas estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Em junho de 2000, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), para assegurar o acesso e a qualidade do acompanhamento ao PN, à assistência ao parto, pós-parto e neonatal (BRASIL, 2013). Na busca dessa qualidade de atenção e com a observância das diretrizes de acompanhamento de trabalho de parto e parto, surgiu a necessidade de buscar instrumentos e tecnologias para a organização dos serviços, estabelecendo, nesse constructo, a criação de protocolos. Os protocolos caracterizam-se como instrumentos orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política do SUS e se fundamentam em estudos baseados em evidências científicas, tendo como finalidade a padronização de condutas clínicas ambulatoriais e hospitalares (WERNECK; CAMPOS; FARIA, 2009).

Para atenção ao trabalho de parto, parto e puerpério, os protocolos são classificados em clínicos e de organização dos serviços de saúde e obedecem às Conferências de Saúde realizadas pelo SUS e às Conferências de Consenso que orientam a adoção de protocolos assistenciais para o desenvolvimento de melhores práticas nos processos de trabalho em saúde (PAIM, 2004). A sistematização das ações, por meio dessa tecnologia, possibilita um cuidado integral, interligando este às ações dos diferentes profissionais envolvidos no contexto de cuidado.

Os protocolos, por se configurarem como instrumentos de gestão e terem aplicação clínica e de trabalho, são instrumentos que, obrigatoriamente, devem ser reavaliados e atualizados periodicamente, com observância do perfil de cada população e de seus dados epidemiológicos (JACQUES; GONÇALO, 2007). Devem ser respaldados por evidências científicas que embasam suas ações, contribuindo para uma equipe de trabalho sempre atualizada (WERNECK; CAMPOS; FARIA, 2009).

Com base nessas colocações e considerando a importância da adequação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco para gestantes atendidas em uma maternidade de risco habitual, apresenta-se como questão norteadora deste estudo: Como acontece o processo de adequação de um Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco para gestantes atendidas em uma maternidade de risco habitual?

Para justificar esse questionamento, salienta-se, especificamente, que o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco para as gestantes aprimora a avaliação, contribui para uma assistência interdisciplinar e multiprofissional e agiliza as ações e/ou procedimentos a serem instituídos em cada caso, possibilitando uma contribuição para o processo de gestão dos

serviços e da rede de atenção, proporcionando a estratificação de risco no âmbito hospitalar. Em consequência, produz a orientação de uma logística adequada às necessidades locais, dando maior qualificação à assistência ao parto, nascimento e puerpério, por meio da padronização de rotinas de trabalho, procedimentos clínicos e fluxos internos e externos na unidade, na utilização científica de procedimentos e ações, bem como na introdução de novos conhecimentos.

Tendo em vista as características de um instrumento de trabalho importante, como o protocolo, para o atendimento de gestantes a termo, em maternidade de risco habitual, a sua adequação e implantação possibilita atendimento mais qualificado dentro dos padrões preconizados no Programa de Humanização do Pré-natal e Parto e Puerpério do SUS.

Diante dessas considerações, vale ressaltar que o objetivo nesta pesquisa é adequar o Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco no atendimento a gestantes em uma maternidade de risco habitual.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo pesquisa-ação, que se caracteriza como uma pesquisa delineada e implementada em associação com uma ação ou no constructo da resolução de problemas (KOERICH *et al.*, 2009)

Participaram do estudo um médico obstetra, três enfermeiras obstetras, três enfermeiras residentes em enfermagem obstétrica do segundo ano e um docente que atua com acadêmicos no serviço; todos têm experiência na temática. Considerou-se como critérios de inclusão: ser médico obstetra ou enfermeiro obstetra atuante na maternidade de risco habitual,

ser residente do segundo ano de residência em Enfermagem Obstétrica, ser docente que atue com acadêmicos no serviço, ter experiência na temática. Os critérios de exclusão foram: residentes do primeiro ano de Enfermagem Obstétrica, enfermeira atuante na maternidade sem titulação de enfermeira obstetra.

A coleta de dados foi realizada por meio da técnica do Grupo Focal (GF). A interação grupal permite promover problematização sobre um tema ou foco específico (COLOMÉ *et al.*, 2016). O GF contou com a participação de um coordenador (pesquisador principal), com o objetivo de moderar e facilitar os debates, e com um observador, representado por foi uma acadêmica de enfermagem, escolhida previamente, que auxiliou nas atividades das reuniões, na gravação, nas anotações e nas dinâmicas interativas. Os encontros foram realizados no auditório da instituição hospitalar, localizada na região central do Rio Grande do Sul (RS).

Tendo em vista que, neste estudo, analisou-se e adaptou-se um protocolo do MS (2011; 2014) para ser utilizado na maternidade de um hospital de pequeno porte da região central do RS, foi necessário o máximo de profundidade das expressões de cada participante. Por essa razão, optou-se por grupos com no máximo oito pessoas.

Foram realizados seis encontros com os grupos, com reuniões mensais, sendo que o sexto e último grupo somente foi realizado após o período de implantação. Cada participante recebeu por e-mail o convite para participar do GF, e aqueles que aceitaram receberam por e-mail, com sete dias de antecedência, os fluxogramas a serem discutidos nos GFs, com vistas a se familiarizar, previamente, com o seu conteúdo.

Os encontros tiveram duração máxima de duas horas e foram norteados por tema específico. No primeiro, foram dadas as boas-vindas, realizada a apresentação de todos os participantes e desenvolvido, um cronograma de atividades com as datas de todos os encontros subsequentes, bem como todas as sugestões, que foram, de imediato, discutidas e aprovadas pelo grupo. Após, a reunião foi norteada pelos seguintes questionamentos: Qual o conhecimento que você dispõe sobre o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco na Obstetrícia do Ministério da Saúde? Você considera importante esse protocolo para a realidade em que atua? Por quê?

Nos demais encontros, os participantes foram convidados a analisar dois ou três fluxogramas previamente estabelecidos, com foco nas potencialidades ou forças; fragilidades e fraquezas, adequando-os quanto ao contexto local da referida maternidade. As gravações do GF foram transcritas na íntegra pela pesquisadora principal. Após a adequação de todos os itens necessários, os participantes realizaram a releitura de todo o fluxograma (protocolo) e foram sensibilizados a utilizá-lo.

A análise dos dados transcorreu de forma simultânea e intercomplementar à coleta, uma vez que a técnica de análise utilizada não concebe esses processos como momentos pontuais e/ou sequenciais. Assim, os dados foram analisados, *a priori*, no momento da coleta, juntamente com os participantes do estudo, como sugere a Análise Focal Estratégica (AFE) (BACKES *et al.*, 2011). No e com o grupo foram elaboradas sínteses com itens do protocolo a serem readequados.

A partir do momento em que o pesquisador e os participantes ampliaram e aprofundaram a discussão grupal, os encontros subsequentes ocorreram com base nos seguintes pas-

sos, descritos por Backes *et al.* (2011): 1 – Análise Focal Estratégica das potencialidades e fragilidades internas, 2 – Análise Focal Estratégica do cenário externo.

Para finalizar a AFE, foram readequados os fluxogramas (protocolos) por meio da integração das potencialidades e fragilidades, oportunidades e desafios em um processo dinâmico e circular que culminou na minimização das fragilidades do instrumento. O resultado final foi a apresentação de uma tecnologia de cuidado que foi utilizada na maternidade. Os fluxogramas preconizados pela Rede Cegonha, que foram avaliados e adequados para a maternidade, dizem respeito ao Manual de Implantação de Acolhimento e Classificação de Risco (BRASIL, 2014). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição de ensino pelo parecer nº 1.506.979.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram realizados seis grupos focais, no intuito de adequar o protocolo do MS para as especificidades da maternidade estudada, sendo que o sexto grupo somente foi realizado após a implantação. No primeiro grupo (GF1) foi questionado acerca do conhecimento que o grupo tem sobre o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em obstetrícia do MS e se o grupo o considera relevante para a realidade em que atuam.

O grupo enfatizou, de modo geral, que esse protocolo proporciona um direcionamento das ações desenvolvidas, nesse caso, a obstetrícia, e qualifica o serviço. Quanto à importância do protocolo no local onde o grupo atua, o grupo referenciou que é relevante e fundamental para o contexto vigente, tendo em vista que a maternidade (hospital) configura-se como por-

ta aberta para o sistema de saúde e o protocolo proporcionará uma sequência lógica no atendimento local. Além de humanizar o serviço, proporciona segurança e eficácia no cuidado ao paciente e à família, bem como para a tomada de decisão do profissional da saúde que atua neste contexto. Estes relatos podem ser evidenciados nas falas a seguir.

Esse protocolo é uma ferramenta utilizada pelos serviços de saúde, em especial as maternidades, para nos direcionar quanto aos fluxos que temos que seguir e assim nos mostrando os caminhos realizamos uma prática mais adequada às necessidades das gestantes. (Margarida)

Acho que sim, que este protocolo proporcionará segurança às nossas ações e vai direcionar o cuidado que estamos realizando. (Rosa)

Não tenho muito conhecimento desse protocolo, mas, pelo que estou escutando aqui no grupo penso que fortalecerá as ações dos profissionais que atuam na maternidade e sistematizará as atividades realizadas. (Cravo)

No nosso caso acho que será muito importante a implantação dele (protocolo), pois nossa maternidade é porta aberta. (Rosa)

O segundo grupo focal (GF2) avaliou os aspectos internos e externos que contribuem ou fragilizam a implantação do protocolo, sendo que os **aspectos internos fortes** referidos envolveram questões referentes à comunicação e à equipe qualificada para o atendimento.

Sem dúvida esse protocolo implantado melhora a comunicação. (Rosa)

Acho que proporciona bom entrosamento na resolução de situações clínicas diversas para que se possa ter uma conduta única, e a equipe hoje é bem entrosada de modo geral isso irá ajudar. (Margarida)

A equipe é qualificada para atendimento ao parto de risco habitual então esse é um ponto forte para a implantação do protocolo. (Tulipa)

Referente aos **aspectos internos que fragilizam** a implantação do protocolo, foram destacadas a estrutura da maternidade, as condutas diversas e as evidências científicas que não são seguidas *a priori*, conforme as falas demonstram.

[...] a estrutura da maternidade, não temos uma sala para acolhimento, apenas um quarto Pré parto, Parto e Pós parto PPP. (Margarida)

Não sei... mas há um pouco de divergência de opiniões aqui. (Rosa)

Falta enfermeira obstétrica, falta de pediatra presencial 24 h/dia além disso o acesso a internet na unidade não existe, outra coisa é a privacidade entre os leitos, na realidade muita coisa estrutural está faltando ah... e um partograma adequado, falta de ar condicionado e de termômetro na sala de parto; ausculta de bcf de hora em hora ao invés de 30/30min; poucos profissionais na equipe para acompanhar o trabalho de parto e a padronização de material. (Tulipa)

A equipe de modo geral precisa ter mais conhecimento das boas práticas e das tecnologias, estabelecer funções de cada um da equipe. (Cravínea)

Em relação aos **aspectos externos** e seus **pontos fortes**, foi destacada a atualização profissional e o Programa de Residência e, em detrimento às **ameaças externas**, alguns pontos foram levantados: desde a desinformação da gestante e seus acompanhantes até aspectos estruturais externos que inviabilizam um cuidado rápido e eficaz, conforme destacado nas falas a seguir.

A atualização profissional é um ponto forte externo porque os profissionais estão se qualificando a residência em Enfermagem Obstétrica é um ponto forte eu acredito. (Rosa)

[...] também tem a literatura que embase teoricamente a criação deste protocolo tendo em vista a realidade de nosso serviço, número de funcionários e estrutura física. (Tulipa)

Acho que o despreparo das gestantes no pré natal em relação ao que é o trabalho de parto e parto, despreparo e falta de informação por parte dos acompanhantes; falta de informação e despreparo das gestantes tudo isso são ameaças externas importantes. (Cravínea)

Ameaças eu vejo como a precariedade de equipamentos e de disponibilidade do transporte (ambulância); rede de apoio deficiente; pré-natal pouco qualificado; ambulância sem equipamentos necessários para transferência de parturiente de alto risco; falta de disponibilidade de ambulância [...]. (Rosa)

A partir do terceiro grupo focal (GF3) iniciaram-se as avaliações dos fluxogramas propriamente ditos, sugeridos pelo MS. Nesse momento, foi apresentado o Manual de Acolhimento com Classificação de Risco e explicado como seria a metodologia da avaliação dos fluxogramas. Em relação a todos os fluxogramas avaliados nos grupos focais 3, 4 e 5 (GF3, GF4 e GF5), foram levantados, sugeridos e acatados alguns aspectos importantes para a adequação, conforme se percebe nas falas apresentadas a seguir.

Considero importante a avaliação dos fluxogramas e depois organizar uma atualização de urgência e emergência e treinamento da equipe para urgência materna. (Cravo)

Terá que ter ambiência para emergência, ou seja, sala equipada para emergência. (Rosa)

Eu sugiro para esses fluxogramas que também precisamos de uma melhora nos aspectos laboratoriais da unidade, pois temos dificuldade quanto ao tempo do resultado dos exames, principalmente à noite, e também não temos UTI neonatal. (Azaléia)

Alguns itens do fluxograma indiretamente nos mostram que podem ter implícitas as questões de violência e daí eu tenho dúvida do que fazer com gestantes vítimas de violência. (Tulipa)

Podemos incluir, eu acho, a idade gestacional menor que 37 semanas, prematuridade em vermelho e avaliar a necessidade de avaliar a perda de líquido e elaborar conduta do serviço. (Cravínia)

[...] temos que discutir com a equipe qual profissional realizará a classificação de risco, somos em poucos profissionais aqui. (Margarida)

Percebe-se pelas falas apresentadas que os fluxogramas, quanto aos aspectos clínicos e de diagnósticos, permaneceram praticamente inalterados, com algumas adequações quanto às cores da classificação, pelas necessidades locais. Porém a maior preocupação dos três últimos grupos focais foi quanto à sistemática da implantação, tendo em vista a demanda e o número de profissionais atuantes na maternidade, assim como a estrutura física que pode dificultar um correto acolhimento e classificação.

No contexto vigente, o Acolhimento com Classificação de Risco torna-se um instrumento organizacional importante que vai além da ordem de chegada, mas que propõe ordenar o atendimento de acordo com as especificidades e necessidades de cada caso. Assim, autores pontuam dentre os aspectos relevantes algumas funções e benefícios dessa ordenação, quais sejam: a garantia do atendimento imediato à pessoa com grau de risco elevado, informa se o paciente corre risco imediato, tempo provável de espera, possibilita o trabalho em equipe, por proporcionar a avaliação contínua, discute ambiência, cuidado horizontal, além de realizar pactuações na construção de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2010; JUNIOR; MATSUDA, 2012).

Em analogia ao exposto, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) tem como propósito reconhecer os problemas de saúde da população, de forma a organizar a porta de entrada, proporcionar o primeiro contato com a equipe de saúde, determinando vínculo e confiança maiores entre os usuários

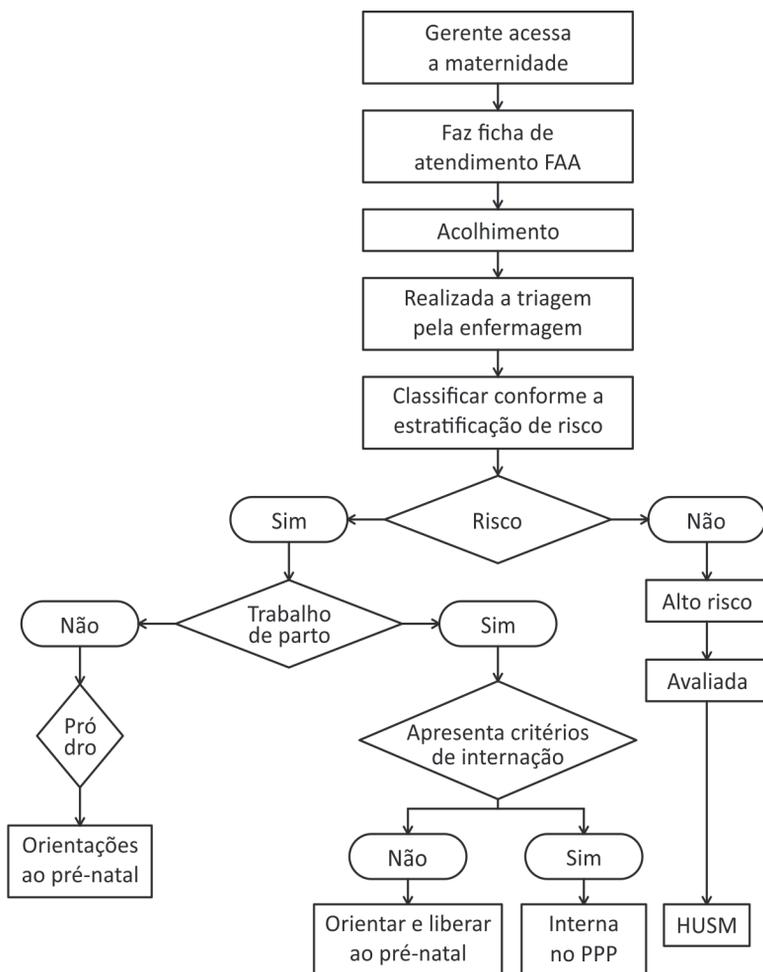
com a equipe e os serviços de saúde (CAVALVANTI, 2013). Nesse sentido, o profissional que realiza o acolhimento desenvolve a aptidão de trabalhar com o imprevisto e realizar a escuta qualificada, constrói um vínculo com o usuário de forma ética, busca a resolutividade dos casos, preocupando-se em não burocratizar o atendimento (BRASIL, 2009). Em relação às urgências e emergências maternas e/ou obstétricas, os protocolos de acolhimento com classificação de risco tornam-se fundamentais, pois há condições maternas que colocam em risco a vida da gestante e do feto. Ao mesmo tempo em que permitem identificar os casos críticos, oferecem a oportunidade de interrupção do processo. Para isso, é fundamental o pronto atendimento e a precisa avaliação do quadro e das alternativas de suporte, disponíveis no âmbito do serviço (BRASIL, 2000).

A necessidade de implantação de um Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco readequado para o contexto da maternidade em estudo tem sua fundamentação na sistematização do processo de trabalho local, enquanto necessidade de adequar esse processo de acordo com o que é preconizado pela Rede Cegonha, bem como pela PNH. Além disso, os participantes do estudo demonstraram o conhecimento acerca da importância do protocolo no contexto das maternidades de porta aberta, em especial, para o ambiente do presente estudo. Esse fato é corroborado por Costa *et al.* (2015), quando expõem que, com a PNH, emergiu a necessidade de reorganização dos serviços de saúde, no intuito de garantir ao usuário um atendimento acolhedor, humanizado e com resolubilidade. Além disso, o Acolhimento com Classificação de Risco veio sistematizar a identificação de paciente e organização do atendimento nas emergências de acordo com a necessidade de cada caso.

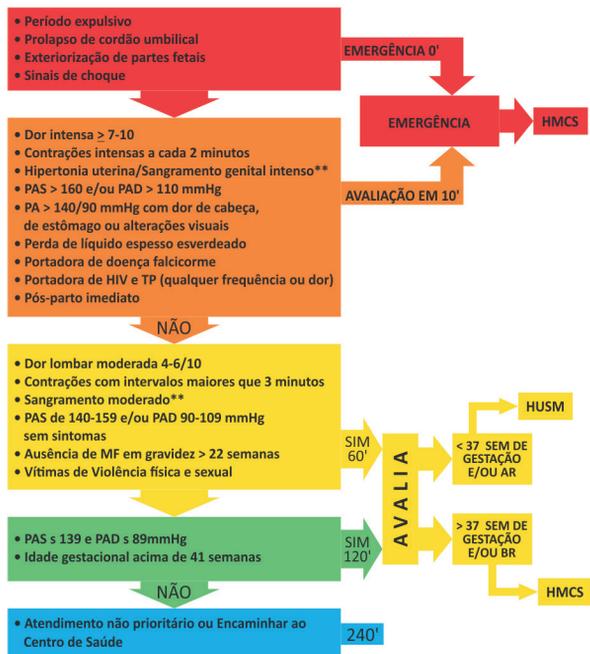
Weinkamp *et al.* (2015) expuseram que a implantação de protocolos de classificação de risco possibilita um cuidado que vai ao encontro dos diferentes níveis de necessidades dos usuários e não mais de acordo com a ordem de chegada. Para tanto, há a necessidade de uma equipe que acolha com conhecimento e respaldo científico. Para isso, as atualizações e capacitações se fazem necessárias como importantes forças externas para a efetiva implementação e não mais por ordem de chegada do usuário.

Nos últimos grupos focais, ocorreram as adequações dos fluxogramas, conforme a necessidade local. Para tanto, foram readequados os fluxogramas pelas características clínicas do protocolo. Reitera-se que o uso de tecnologias/produtos tecnológicos possibilita a redução do tempo dispensado com a realização de registros de informação do paciente de modo inadequado e/ou incompleto e, além disso, extingue a duplicidade dos dados e de informações, para que a tomada de decisão seja a melhor em relação ao cuidado do paciente (ARAÚJO, *et al.*, 2019).

A seguir, demonstra-se o protocolo readequado conforme os encontros focais realizados.

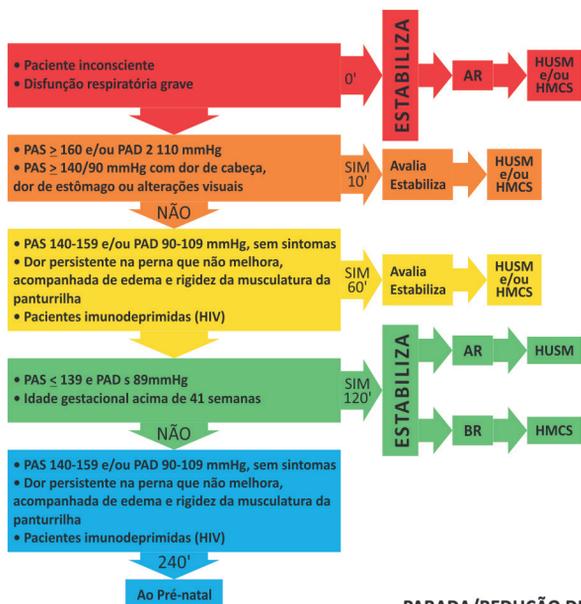


DOR ABDOMINAL/LOMBAR/CONTRAÇÕES UTERINAS

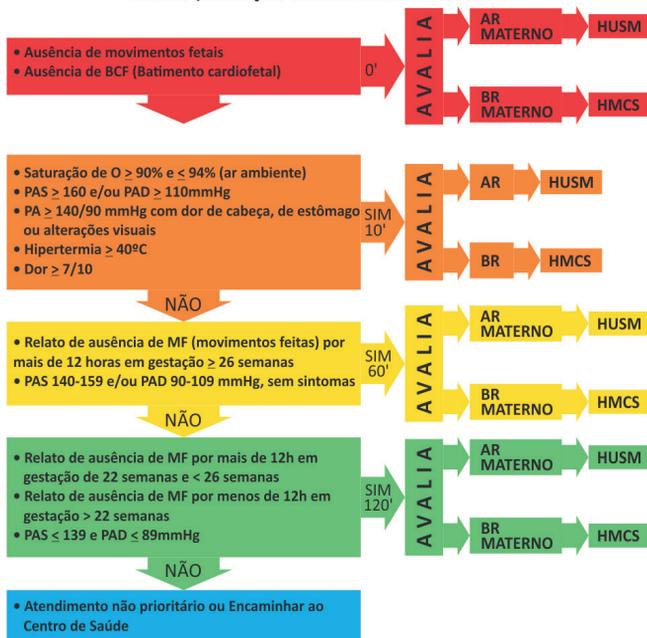


AR - Alto risco
BR - Baixo risco
HMCS - Hospital Municipal
HUSM - Hospital Municipal de Santa Maria
PAS - Pressão Arterial Sistólica
PAD - Pressão Arterial Diastólica

OUTRAS QUEIXAS/PACIENTES ENCAMINHADAS DE OUTRAS
UNIDADES SEM REFERENCIAMENTO

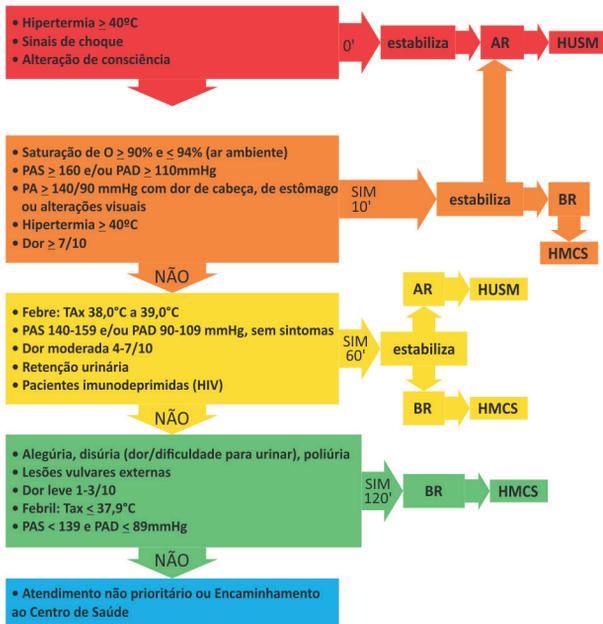


PARADA/REDUÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS



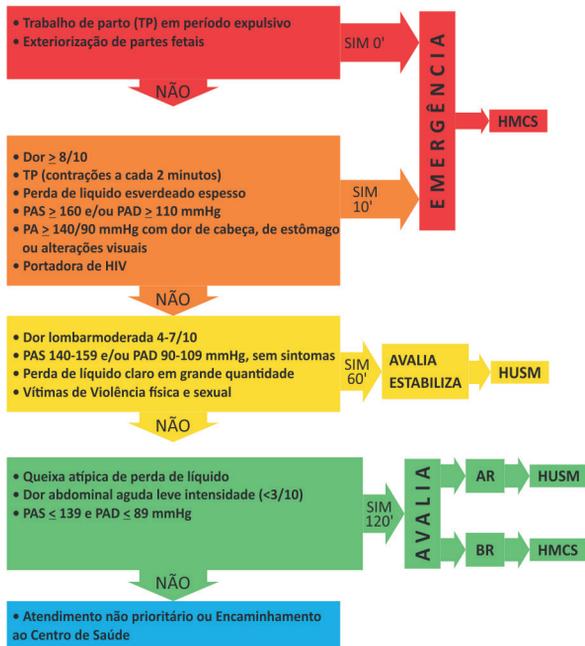
AR - Alto risco
BR - Baixo risco
HMCS - Hospital Municipal
HUSM - Hospital Municipal de Santa Maria
PAS - Pressão Arterial Sistólica
PAD - Pressão Arterial Diastólica

QUEIXAS URINÁRIAS

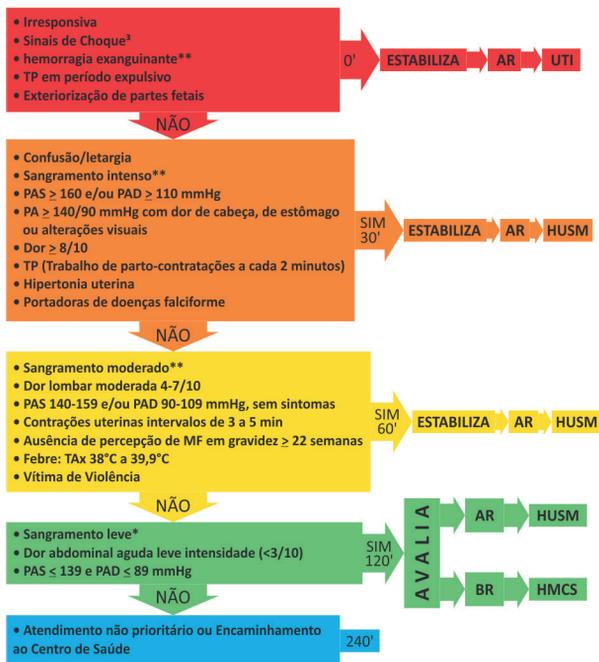


AR - Alto risco
BR - Baixo risco
HMCS - Hospital Municipal
HUSM - Hospital Municipal de Santa Maria
PAS - Pressão Arterial Sistólica
PAD - Pressão Arterial Diastólica

PERDAS DE LÍQUIDO VIA VAGINAL

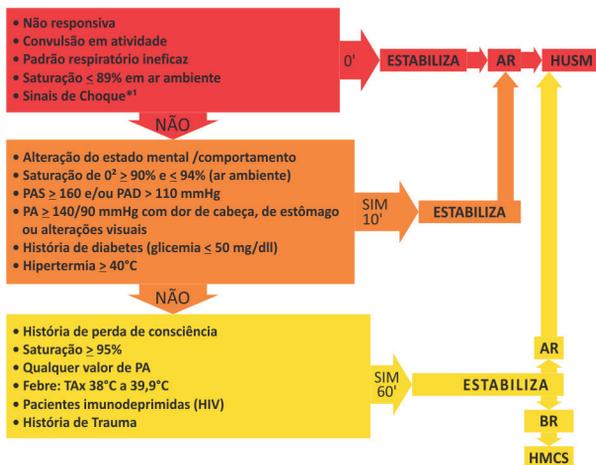


PERDA DE SANGUE VIA VAGINAL

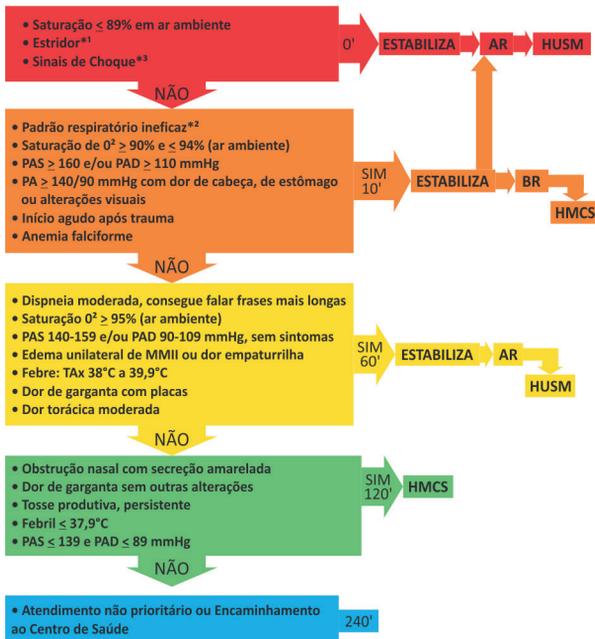


AR - Alto risco
BR - Baixo risco
HMCS - Hospital Municipal
HUSM - Hospital Municipal de Santa Maria
PAS - Pressão Arterial Sistólica
PAD - Pressão Arterial Diastólica

RELATO DE CONVULSÃO

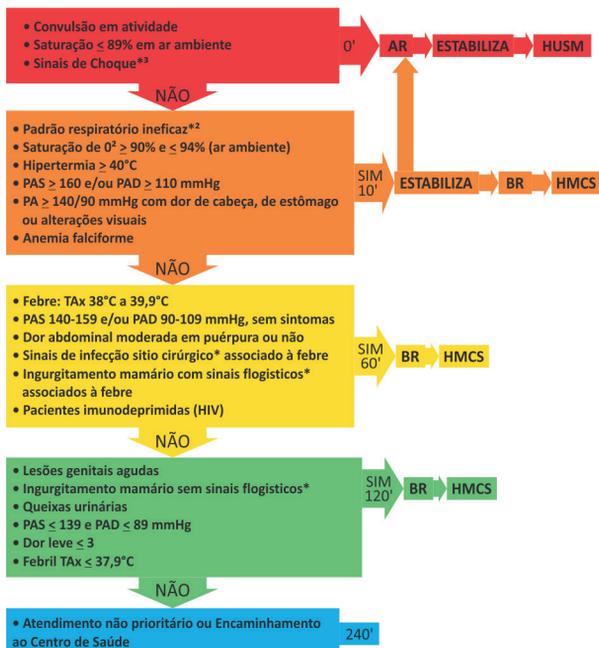


FALTA DE AR/SINTOMAS RESPIRATÓRIAS

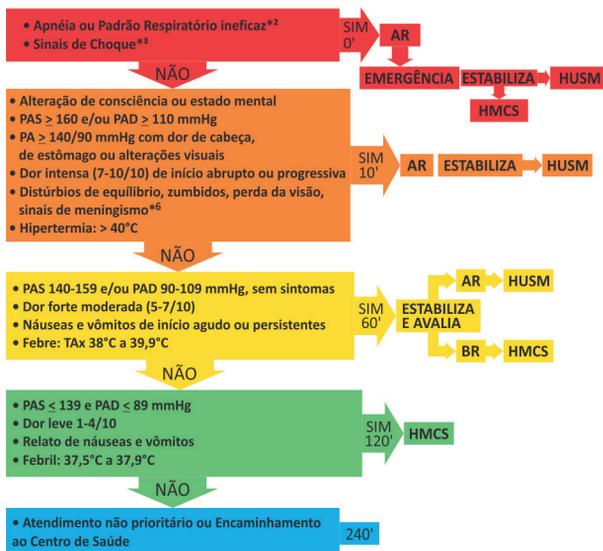


AR - Alto risco
BR - Baixo risco
HMCS - Hospital Municipal
HUSM - Hospital Municipal de Santa Maria
PAS - Pressão Arterial Sistólica
PAD - Pressão Arterial Diastólica

FEBRE/SINAIS DE INFECÇÃO



DOR DE CABEÇA/TONTURA/VERTIGEM



AR - Alto risco
BR - Baixo risco
HMCS - Hospital Municipal
HUSM - Hospital Municipal de Santa Maria
PAS - Pressão Arterial Sistólica
PAD - Pressão Arterial Diastólica

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer dos grupos focais, houve a explanação acerca da importância do Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco, em especial, para a maternidade de risco habitual, por ser um instrumento orientador do cuidado às gestantes direcionando à efetividade do cuidado. Cabe ressaltar que os resultados direcionaram para a readequação dos fluxogramas, por meio da integração das potencialidades e fragilidades, das oportunidades e desafios. O resultado foi a apresentação de uma tecnologia de cuidado que é utilizada na maternidade.

Entre as potencialidades, foram lembrados pontos como a comunicação, equipe qualificada e presença da residência em enfermagem obstétrica. Como fragilidades à implantação do protocolo, foram citados alguns tópicos, em especial, a estrutura física da maternidade, o quantitativo de profissionais que ali atuam em número reduzido e a divergência de condutas. Ainda, a partir da adequação dos fluxogramas, surgiu a necessidade de capacitação da equipe para a efetiva implantação do protocolo.

Por fim, salienta-se que, para o contexto de maternidades de porta aberta, os protocolos de acolhimento com classificação de risco são instrumentos ordenadores e orientadores da prática que otimizam os cuidados realizados.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. L. et al. Aplicativo móvel para o processo de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 28, n.e. 20180210, p. 1-15, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0210>. Acesso em: 12 abr. 2021.

BACKES, D. S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 438-42, 2011. Disponível em: <https://cutt.ly/SGC2FSW>. Acesso em: 10 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento e Classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed., 5 reimp. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://cutt.ly/UGC2Xff>. Acesso em: 12 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher. **Urgências e Emergências Maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

CAVALCANTI, B. F. **Acolhimento com classificação de risco**: uma reorganização do processo de trabalho. 2013. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Alagoas, 2013. Disponível em: <https://cutt.ly/GGC9Z-zp>. Acesso em: 12 abr. 2021.

COLOMÉ, J. S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados: questões teórico-práticas. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (org.). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2016.

COSTA, M. A. R. et al. Acolhimento com classificação de risco: avaliação de serviços hospitalares de emergência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 491-497, set. 2015. Disponível em: <https://cutt.ly/bGC3IID>. Acesso em: 10 abr. 2021.

FIGUEIREDO, A. L. P.; LIMA, A. E. F. Acolhimento com classificação de risco em uma maternidade pública. **Revista de Enfermagem UFPE** [online], Recife, v. 8, supl. 1, p. 2309-2315, jul. 2014. Disponível em: <https://cutt.ly/7GC3vT0>. Acesso em: 15 abr. 2021.

JUNIOR, J. A. B.; MATSUDA, L. M. Implantação do sistema de acolhimento com Classificação e Avaliação de risco e o uso do fluxograma analisador. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 21, n. 1, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://cutt.ly/TGC3WHK>. Acesso em: 12 mar. 2021.

SOUZA, C. C. **Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto socorro utilizando dois diferentes protocolos**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <https://cutt.ly/1GC8d9b>. Acesso em: 28 mar. 2021.

4. A LUDICIDADE NO TRATAMENTO RADIOTERÁPICO INFANTIL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Cláudia Maria Ferrony Rivas, Eduardo Marques Machado, Karol Tolfo, Natanna da Rosa, Helena Moro Stochero, Dirce Stein Backes

RESUMO

Utilizar alternativas lúdicas como estratégias terapêuticas auxilia a criança a enfrentar procedimentos invasivos e dolorosos. Portanto, o objetivo do estudo foi descrever a experiência vivenciada na elaboração de um projeto para uma gincana virtual, que resultou no desenvolvimento de material didático, na modalidade de cartilha infantil. Para isso, foi feito um relato de experiência que constitui um tipo de estudo descritivo e leva em consideração a documentação das experiências humanas. A experiência permitiu observar que o despertar da ludicidade no tratamento radioterápico infantil se dá por meio de desafios que o tratamento oncológico ocasiona na criança, tais como ansiedade e medo, assim necessitando de acolhimento humanizado e alternativas lúdicas para que a criança se sinta confortável para seguir o tratamento. Visando à ludicidade, foi construída, para melhor adesão ao tratamento oncológico em crianças, uma cartilha “As aventuras do Lolo na desconhecida radioterapia”, bem como capas de super-heróis e um certificado.

Palavras-chave: criança; enfermagem; oncologia; qualidade de vida.

1. INTRODUÇÃO

O câncer infantojuvenil (entre 0-19 anos) vem aumentando com o passar dos anos. Conforme dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA) (2020), para o triênio 2020-2022, tem-se um risco estimado de 137,87 novos casos por milhão no sexo masculino e de 139,04 por milhão para o sexo feminino. Tornam-se necessárias, portanto, ações e estratégias de cuidado diferenciadas que possam contemplar as demandas do público infantil.

Uma das modalidades terapêuticas utilizadas para o tratamento oncológico é a radioterapia, que configura um método de tratamento regional ou local, em que se utilizam altas doses de radiação ionizante para diminuir ou destruir as células tumorais, as quais podem ser de forma curativa ou paliativa. Os resultados com esse tipo de tratamento costumam ser positivos, pois, quando não é possível a cura, o processo auxilia na melhora da qualidade de vida (INCA, 2019).

Brincar e trabalhar o espaço lúdico é um direito da criança, amparado em lei por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), sendo um dever do Estado, da família e sociedade (BRASIL, 1990). Dessa forma, promover atividades lúdicas pode amenizar o impacto dos tratamentos em saúde e torná-los mais atrativos, favorecer a aceitação e obter melhores resultados na recuperação.

Segundo Da Silva *et al.*, (2018), a ludoterapia é de relevância para o desenvolvimento da criança e facilita no processo de socialização, além do aperfeiçoamento da autoconsciência. Assim, por meio da ludicidade é possível que a criança receba um tratamento sem dor, medo ou estresse.

As atividades lúdicas ganham um espaço a mais no ambiente hospitalar, mesmo a criança estando ou não internada, para que se sinta motivada para vencer os desafios que a oncologia apresenta. Além disso, a ludicidade proporciona à criança e até mesmo aos profissionais de saúde descontração, alegria e clima de leveza, mesmo que temporariamente, fazendo com que se esqueça por um momento a dor e a doença que se está vivenciando (MOURA, 2014; MARQUES, 2016).

Conforme Marques (2016), a ludicidade no âmbito hospitalar, principalmente no ambiente oncológico, se torna benéfica no sentido de encorajar a criança a aderir ao tratamento, para o melhor enfrentamento da doença, bem como pelo vínculo entre a criança, família e profissionais de saúde. Defende-se, assim, que as alternativas lúdicas como estratégias terapêuticas auxiliam a criança a enfrentar procedimentos invasivos e dolorosos. Estratégias lúdicas e criativas contribuem para minimizar as barreiras existentes entre o hospital e a vida cotidiana (SPOSITO *et al.*, 2018).

Além disso, percebe-se que, com vistas a minimizar os efeitos da necessidade do tratamento, o lúdico revela-se como uma estratégia essencial para se oportunizar momentos de descontração e diversão às crianças (DE PAULA *et al.*, 2019), deixando a criança mais calma e diminuindo de forma significativa os seus medos (SANTOS *et al.*, 2017). Conforme esses mesmos autores, o uso dessa técnica por profissionais facilita a aceitação dos procedimentos e rotinas envolvidos no processo, tornando o trabalho do profissional de saúde mais fácil acarretando o mínimo de estresse possível.

Destaca-se a relevância de abordagens lúdicas de aprendizado na formação de profissionais de saúde e enfermagem, de

modo a promover um conhecimento transformador que intensifique as práticas laborais de maneira inovadora e de qualidade (NETO *et al.*, 2019). Atualmente, o uso de tecnologias digitais e da internet possibilita novas metodologias de ensino, pesquisa e de interações virtuais, estratégias que foram potencializadas em decorrência do isolamento social imposto pela pandemia de Covid-19 (NETO, 2020). Jogos didáticos, como gincanas virtuais são exemplos de novas abordagens que podem contribuir para o aprendizado e a interação no ensino em saúde, pois estimulam a criatividade por meio do planejamento de atividades e do trabalho em equipe, proporcionando a consolidação do conhecimento (ROMAN *et al.*, 2017).

Diante do exposto, vale ressaltar que o presente estudo tem por objetivo descrever a experiência vivenciada na elaboração de projeto para uma gincana virtual, que resultou no desenvolvimento de material didático, na modalidade de cartilha infantil, referente ao tratamento radioterápico.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, que constitui um tipo de estudo descritivo e leva em consideração a documentação das experiências humanas que possibilita ao pesquisador relatar as suas vivências e ainda contextualizá-las com a literatura pertinente, sendo de fundamental importância para o meio acadêmico (GIL, 2017).O estudo envolveu vivências de acadêmicos de enfermagem e de uma enfermeira oncologista, ao participar de uma gincana virtual promovida pelo Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enferma-

gem em Saúde (GPESES), da Universidade Franciscana (UFN), no segundo semestre de 2020, com o propósito de estimular a inovação, o empreendedorismo e a liderança proativa dos integrantes do GPESES.

O empreendedorismo pode ampliar a visibilidade da profissão e fomentar a criação de novos espaços de atuação para o enfermeiro (COPELLI, 2019). Desse modo, atividades que integram e mobilizam o pensamento empreendedor tornam-se de suma importância para o crescimento profissional na área da enfermagem. O ensino remoto em período pandêmico vem contribuindo para o despertar de novas possibilidades empreendedoras, além de possibilitar inovações nas tecnologias interativas de cuidado em saúde.

No decorrer da gincana, a equipe desenvolveu três produtos tecnológicos de auxílio para as crianças em tratamento radioterápico: uma cartilha infantil intitulada “As aventuras do Lolo na desconhecida radioterapia”, capas de super-heróis e certificado para encorajar crianças que estão realizando tratamento de radioterapia.

3. RESULTADOS: DA TEORIA AO MUNDO IMAGINÁRIO INFANTIL

Os resultados do presente estudo foram divididos em duas subcategorias. A primeira proporciona o conhecimento acerca do campo de intervenção produto, e a segunda tem o objetivo de relatar a experiência quanto ao desenvolvimento da produção tecnológica e apresentá-la.

3.1 Conhecendo o campo de intervenção

A radioterapia consiste na aplicação de radiação ionizante para destruir ou impedir o crescimento de células tumorais preservando ao mesmo tempo os tecidos saudáveis adjacentes. Também é indicada para formas paliativas, como controlar sangramentos, dores e reduzir tumores que estejam comprimindo algum órgão ou sistema. Sua aplicação é imperceptível e indolor. Pode ser empregada em vários locais do corpo, dependendo da localização do tumor. Por ser uma modalidade de precisão, é necessária a colaboração do paciente durante a sessão da terapêutica (SALVAJOLI; SOUHAMI; FARIA, 2013).

Por ser uma terapêutica que exige alta precisão, os pacientes que irão se submeter a essa terapia necessitam passar por etapas para início do tratamento, que consistem em: imobilização do paciente, aquisição de imagens por meio de Tomografia Computadorizada (TC) ou Ressonância Magnética (RM) ou por Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET/CT). Ainda, definição dos volumes alvos e órgãos normais, planejamento da entrega de dose, cálculo da dose necessária, controle de qualidade, verificação do posicionamento do paciente para tratamento e o tratamento propriamente dito (SOCIEDADE BRASILEIRA DE RADIOTERAPIA, 2011).

O tratamento oncológico por si só já traz consigo uma ansiedade e medo do desconhecido. Quando se aplica essa realidade ao câncer infantil, deve-se considerar as limitações do paciente mediante a compreensão das etapas a que ele será submetido.

Assim, com o cenário apresentado na radioterapia, evidencia-se a necessidade de abordagens profissionais acolhedoras, visto que se tem resistência da criança ao tratamento pela sua

complexidade e pelo não entendimento da situação na maioria das vezes. Como consequência da não aceitação do tratamento radioterápico e resistência a ele acaba-se optando pelo uso da sedação para obter a colaboração necessária para o tratamento, causando mais sofrimento à criança (NOVAES, 2014). Dessa forma, ao se trabalhar o cuidado lúdico, possibilita-se estratégias de minimização do medo e da ansiedade e reduz-se o uso de sedativos.

Os tipos de câncer infantil mais comuns são as leucemias, principalmente a leucemia linfóide aguda (LLA) e a leucemia mieloide aguda (LMA), tumor no sistema nervoso central, linfoma, neuroblastoma, tumor de Wilms, osteossarcoma e sarcoma de Ewing, nessa ordem de acometimento. Especificamente os tipos de câncer que envolvem tumores cerebrais contabilizam entre 20% e 30% de todos os tumores malignos pediátricos e possuem taxas de sobrevivência que vêm aumentando com o passar dos anos e com os avanços tecnológicos. Logo, a radioterapia associada ou não a outras técnicas como quimioterapia e a cirurgia oncológica constitui-se um importante aliado para o tratamento oncológico infantil (SANCHES *et al.*, 2015).

Para Souza *et al.* (2021), as contribuições da assistência da equipe de enfermagem no tratamento oncológico infantil, passa principalmente pela comunicação com as crianças e utilização de métodos lúdicos. Ao fazer uso de atividades lúdicas nesses ambientes, se tem a diminuição da sensação de isolamento e distanciamento da família e amigos. O lúdico proporciona bem-estar e alívio da dor, sendo um recurso não farmacológico necessário nesse ambiente.

3.2 Desenvolvendo o produto tecnológico

O desenvolvimento da tarefa final da gincana se deu pela construção de um projeto, o qual contemplou-se a área escolhida anteriormente, a radioterapia infantil, após serem levantadas problemáticas junto à profissional atuante no serviço. Com isso, foi projetado um produto de impacto tecnológico, empreendedor e inovador, com o intuito de solucionar as problemáticas. Os problemas levantados se referem à adesão ao tratamento, ao medo e à ansiedade. Assim, de maneira lúdica, foi pensado em proporcionar motivação e melhor aceitação ao tratamento.

No referido serviço, os profissionais, ao confeccionarem máscaras de imobilização para o tratamento radioterápico, já utilizavam estratégias lúdicas, como pintar e fazer referência a um super-herói. Seguindo nessa linha, os participantes da gincana optaram por projetar e criar uma cartilha infantil, na qual constam os processos realizados durante o tratamento radioterápico, fazendo uso de referências aos super-heróis. Foram criadas capas de super-heróis para serem disponibilizadas durante o tratamento e um certificado de finalização do tratamento.

As atividades lúdicas proporcionam maior interação na relação profissional-usuário, promovendo assim o cuidado integral (PEREIRA; LEITE, 2019). O profissional enfermeiro, como responsável pelo cuidado, deve ampliar a visão diante das problemáticas em busca de ações criativas e empreendedoras para atender em todas as dimensões seus pacientes.

A cartilha infantil foi desenvolvida com o objetivo de esclarecer de maneira lúdica como é realizado o tratamento em uma unidade de radioterapia. Dessa forma, a cartilha conta o passo a passo em que a criança apresenta o passo a passo que deverá

ser seguido pela criança que realizará o tratamento. Esse passo a passo foi desenvolvido com base na forma como o tratamento é realizado no serviço de saúde no qual trabalha a enfermeira oncologista. A cartilha foi produzida pelos participantes da gin-cana com auxílio de uma publicitária.

A capa do super-herói e o certificado foram produzidos pelos autores com o intuito de incentivar a criança a enfrentar os processos do tratamento de maneira motivada e corajosa. Foi feito um protótipo das capas de acordo com o super-herói que a criança escolheu, e o certificado foi produzido com o auxílio de uma publicitária.

Figura 1 - Capa de super-herói



Fonte: os autores.

Figura 2 - Certificado de conclusão do tratamento



Fonte: os autores.

Com a criação dos produtos, foi possível visualizar a grande necessidade de os serviços se aprimorarem para proporcionar o cuidado de forma integral e humanizada. Assim, foram desenvolvidas ações empreendedoras de alto impacto na realização de um tratamento, visto que, com o auxílio dos produtos, é esperado uma melhor aceitação dos pacientes e a redução do medo e da ansiedade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Visando à ludicidade, foi desenvolvido, para melhorar a adesão ao tratamento oncológico em crianças, a cartilha “As aventuras do Lolo na desconhecida radioterapia”, bem como capas

de super-heróis e um certificado. Além da cartilha, foram confeccionadas capas de super-heróis e um certificado de conclusão do tratamento, por entender que, assim, a criança se sente motivada a continuar o tratamento. Assim, a criação da cartilha pode gerar significativos resultados positivos para as crianças em tratamento, pois proporciona bem-estar e qualidade de vida.

Diante de outra perspectiva, percebe-se que a participação em uma prática diferenciada de aprendizado, como a gincana virtual e o desenvolvimento dos produtos tecnológicos, permitiu aos envolvidos maior compreensão e sensibilidade sobre o tema, a aquisição de conhecimento, o estímulo à criatividade, a ratificação da importância do trabalho em equipe e a possibilidade de atuar de modo empreendedor a partir da busca pela resolução de uma problemática constatada. Mesmo de forma virtual, os autores encontraram meios de construir um produto de impacto social.

Por fim, a partir da visão de empreendedorismo por meio das atividades lúdicas citadas, oportuniza-se espaço para que ocorra a implementação em serviços de saúde oncológicos para que os profissionais de saúde que atuam com esse tipo de neoplasia possam aderir a essas técnicas, a fim de qualificar e humanizar o cuidado, apoiando cada criança no seu tratamento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 23 out. 2020.

COPELLI, F. H. S.; ERDMANN, A. L.; SANTOS, J. L. G. Entrepreneurship in Nursing: an integrative literature review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 72, supl. 1, p. 289-298, 2019. Disponível em: l1nq.com/KmHym. Acesso em: 16 abr. 2020.

DE PAULA, G. K. et al. Estratégias lúdicas no cuidado de enfermagem à criança hospitalizada. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 13, p. e238979, 2019. Disponível em: lnq.com/FaeTa. Acesso em: 12 set. 2020.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Estatística de câncer 2020. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Tratamento do câncer. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

MARQUES, E. P. et al. Lúdico no cuidado à criança e ao adolescente com câncer: perspectivas da equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, e20160073, 2016. Disponível em: lnq.com/pGUck. Acesso em: 18 out. 2020.

MOURA S. G. et al. A influência do lúdico no cuidado humanizado a pacientes oncológicos pediátricos no hospital do município de Araçaju-Se. **Revista iberoamericana de Educacion e investigacion en enfermeria**, v. 4, n. 3, p. 26-35, Madrid, 2014. Disponível em: lnq.com/AQSpm. Acesso em: 12 nov. 2020.

NETO, F. R. G. X. et al. Reflexões sobre a formação em Enfermagem no Brasil a partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 37-46, 2019. Disponível em: lnq.com/dkKns. Acesso em: 12 set. 2020.

NETO, J. M. F. A. Sobre ensino, aprendizagem e a sociedade da tecnologia: por que se refletir em tempo de pandemia? **Revista Prospectus: Gestão e Tecnologia**, Itapira, v. 2, n. 1, p. 28-38, 2020. Disponível em: lnq.com/3qPHm. Acesso em: 25 nov. 2020.

NOVAES, P. E. R. S. Radioterapia pediátrica: condições para implantação e estratégias para o aprimoramento da assistência. **Onco&**, 2014. Disponível em: lnq.com/nkdAa. Acesso em: 14 nov. 2020.

PEREIRA, C. V.; LEITE, I. C. G. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em terapêutica hemodialítica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 267-274, 2019. Disponível em: lnq.com/hHTyc. Acesso em: 25 set. 2020.

SILVA, D. O. da et al. A Importância do lúdico no contexto da hospitalização infantil. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 12, n. 12, p. 3484-3491, 2018. Disponível em: lnq.com/8hrqA. Acesso em: 17 set. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE RADIOTERAPIA. **Radioterapia Baseada em Evidências – Recomendações da Sociedade Brasileira de Radioterapia**. São Paulo: SBRT, 2011.

ROMAN, C. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil: uma revisão narrativa. **Clinical & Biomedical Research**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, 2017. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/73911>. Acesso em: 19 out. 2020

SALVAJOLI, J. V.; SOUHAMI, L.; FARIA, S. L. **Radioterapia em oncologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2013.

SANCHES, F. L. F. Z. et al. Comparison of biochemical and immunological profile of pediatric patients with acute myeloid leukemia in relation to healthy individuals. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 5, p. 478, 2015. Disponível em: lnq.com/XYyOu. Acesso em: 26 set. 2020.

SANTOS S. S. et al. A ludoterapia como ferramenta na assistência humanizada de enfermagem. **Revista Recien**, São Paulo, v. 7, n. 21, p. 30-40, 2017. Disponível em: lnq.com/Z6vAR. Acesso em: 15 set. 2020.

SOUZA, R. L. A. et al. A hospitalização na percepção de crianças e adolescentes em tratamento oncológico. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 42, n.e 20200122, 2021. Disponível em: lnq.com/dcPxe. Acesso em: 28 set. 2020.

SPOSITO, A. M. P. et al. Lo mejor de la hospitalización: contribuciones del juego al enfrentamiento de la quimioterapia. **Avances en Enfermería**, Bogotá, v. 36, n. 3, p. 328-337, 2018. Disponível em: lnq.com/Ygsqg. Acesso em: 26 set. 2020.

5. MANUAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA MATERNIDADE

Roselaine dos Santos Félix, Regina Gema Santini Costenaro,
Nadiesca Taisa Filippin

RESUMO

Neste capítulo, apresenta-se a construção de um manual de orientações sobre segurança do paciente para as usuárias de uma maternidade. Trata-se de um estudo descritivo, realizado no ano de 2016, em uma maternidade de um hospital de ensino do interior do Rio Grande do Sul. O material produzido contribui na divulgação sobre o tema segurança do paciente, expondo as metas internacionais, acompanhadas de um breve histórico, de fácil leitura e com imagens para auxiliar e estimular a comunicação e colaboração entre usuários, familiares, profissionais de saúde e instituição. O manual promove o conhecimento sobre a segurança do paciente e as metas internacionais às usuárias, em um momento peculiar em que se busca uma assistência materno-infantil mais qualificada e singular.

Palavras-chave: maternidade; segurança do paciente; hospitais.

1. INTRODUÇÃO

A busca pelo conhecimento perpassa pela trajetória que vai sendo construída ao longo dos anos pelas inúmeras vivências, oportunidades e propósitos a serem alcançados. O mestrado acadêmico ou profissional vem colaborar e preencher uma dessas buscas, especialmente na área da saúde com foco na segu-

rança do paciente (SP). Esse tema obteve ênfase e permanece relevante desde o ano 2000 e está cada vez mais presente nas instituições de saúde que visam à qualidade, prevenção e/ou redução ao mínimo possível do risco de dano aos pacientes, relativo ao cuidado realizado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Na vastidão de pacientes envolvidos, instituições e possibilidades de estudos, foi necessário que, em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) organizasse a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente a fim de colaborar com as demandas identificadas. Dentre algumas, a divulgação de conhecimentos e soluções encontradas sobre o assunto com vistas à qualificação da assistência à saúde, redução dos riscos, sugestão de melhorias por meio de programas, campanhas, pesquisas internacionais, taxonomia e iniciativas como as Metas Internacionais para a Segurança do Paciente (MISP) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004; 2009).

No Brasil, por intermédio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e do Ministério da Saúde (MS), ocorreram inúmeras definições com benefícios para a atenção materno-infantil e a SP. Uma delas é a Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos públicos ou privados (BRASIL, 2013). Além disso, estabeleceu-se um conjunto de protocolos alinhados as MISP da OMS: higiene das mãos; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação correta dos pacientes; melhoria na comunicação; prevenção de quedas e lesões por pressão (BRASIL, 2013).

Em relação às maternidades, estas expandiram-se para atender o aumento da população, os avanços tecnológicos, os interesses do Estado e da saúde suplementar, entre outros.

Diante de vários fatores, ocorreu uma mudança do modelo assistencial, antes domiciliar e focado na participação ativa da mulher para um modelo institucionalizado, com práticas intervencionistas (às vezes sem evidências científicas), com a medicalização do nascimento e um aumento do risco de eventos adversos (SOUZA, 2015; BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2018).

Paralelamente, com a identificação de práticas (des) favoráveis à saúde materna e infantil, houve a necessidade de adequações aos padrões de qualidade e implementação de ações, a fim de reduzir erros ou falhas do processo assistencial, garantindo e promovendo a SP (SANTOS *et al.*, 2015; BRASIL, 2014). Para reduzir lacunas ainda existentes entre pacientes, profissionais e instituição em relação a SP, algumas das possibilidades a serem incentivadas contemplam a comunicação efetiva e clara entre os envolvidos, a participação das pacientes em seus cuidados e também em espaços de discussão, providenciando materiais educativos, instrumentalizando-as para a percepção dos riscos, entre outras (SILVA *et al.*, 2016).

Nessa perspectiva, e congregando a assistência materno-infantil com a SP, que precisa ser conhecida e trabalhada na maternidade, estimula-se a participação da mulher em seu período de internação, mediante informações oportunas sobre o assunto e dentro de uma proposta de pesquisa de mestrado. Sendo assim, foi possível definir como objetivo deste estudo apresentar a construção de um manual de orientações sobre segurança do paciente para as usuárias de uma maternidade, relacionando-o com as metas internacionais de SP.

CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo a respeito da organização e trajetória na construção de um manual sobre SP para usuárias, correspondendo a um dos objetivos específicos da dissertação de mestrado intitulada: Cultura de segurança do paciente em uma maternidade na perspectiva de usuárias e equipe multiprofissional. O estudo ocorreu em 2016, na maternidade de um hospital de ensino do interior do Rio Grande do Sul, Brasil. A referida maternidade possui 31 leitos para o atendimento de gestantes e puérperas por meio do Sistema Único de Saúde.

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi qualificado e ajustado para ser submetido às instâncias legais e seguiu as exigências das pesquisas que envolvem seres humanos. Foi autorizado pela Gerência de Ensino e Pesquisa da organização hospitalar e aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Franciscano com número do parecer 1.506.961 e CAAE: 55094616.6.0000.5306.

A coleta de dados ocorreu em uma população de 492 usuárias, das quais 352 compuseram a amostra final. Os critérios de inclusão foram gestantes e puérperas maiores de 18 anos internadas, com condições físicas, psicológicas e intelectuais para responderem o questionário e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. Os critérios de exclusão foram menores de idade, pós aborto, feto morto, pós laparotomia por gravidez ectópica, com déficit cognitivo, analfabetas e vítimas de violência.

Entre os objetivos do projeto de mestrado, dois específicos se relacionam diretamente, o da identificação do conhecimento das usuárias da maternidade sobre a SP e o da construção do

manual para orientação. Para o alcance desses objetivos, foi organizado pelas pesquisadoras um questionário essencialmente com questões fechadas, o qual foi validado previamente em relação ao conteúdo, *layout*, número de itens, clareza e pertinência, contendo dados sociodemográficos e clínicos, bem como SP relacionando às MISP (identificação correta dos pacientes; melhoria na comunicação e na segurança dos medicamentos; garantia de cirurgias seguras; redução do risco de infecções e de lesões por quedas).

Posteriormente, os dados coletados foram analisados e serviram como base para a construção do manual. Buscou-se revisar o assunto e partiu-se para a estruturação do material em sua primeira versão, definindo-se a sequência dos itens: capa; identificação das organizadoras e colaboradoras; lista de ilustrações e das abreviaturas e siglas; sumário; apresentação do manual; introdução do assunto sobre SP, PNSP, o cenário da instituição hospitalar e a atuação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). A partir desses itens, enunciaram-se as MISP (mantendo as cores padronizadas), com informações relevantes e relacionadas à assistência materna com orientações listadas na seção a seguir. A estrutura foi finalizada com um texto intitulado “Pacientes parceiros na segurança assistencial” e com as referências bibliográficas.

Após essas etapas, inseriram-se as ilustrações fornecidas pela instituição, bem como as imagens necessárias à compreensão do material. A segunda versão foi encaminhada para a avaliação de duas profissionais experientes do NSP, e suas sugestões foram apreciadas. Em seguida, a terceira versão foi analisada pelas pesquisadoras, e os ajustes ocorreram. Nessa etapa, contratou-se uma profissional do desenho industrial para reali-

zar a programação visual e diagramação do manual. A quarta versão recebeu a revisão final, sendo encaminhada à bibliotecária para registro da ficha catalográfica. O tempo percorrido para a construção do manual foi de um ano, o qual é composto por 74 páginas e foi financiado pelas pesquisadoras.

MANUAL COMO FERRAMENTA PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A partir da identificação do reduzido conhecimento das gestantes e puérperas sobre SP e os riscos relacionados à assistência de saúde, o manual de orientação às usuárias da maternidade justificou sua relevância e a necessidade da sua construção (FÉLIX; FILIPPIN, 2019).

Conforme o PNSP e pesquisas sobre a construção de materiais educativos, o desenvolvimento destes configuram-se como uma intervenção eficaz, pois melhoram o conhecimento do assunto SP, favorecem a educação em saúde, o fortalecimento da cultura de SP, desperta maior interesse ao autocuidado, incentiva o esclarecimento de dúvidas, melhora o diálogo com os profissionais, repercute na qualidade de vida e na assistência em geral (BRASIL, 2013; MARTIN; NAYNE; LIPCZAK, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

A educação em saúde é um processo engloba o tripé profissionais de saúde, gestores e a população que necessita adquirir e/ou atualizar seus conhecimentos por meio de informações e canais de comunicação, aumentando sua autonomia. Sendo assim, como as pacientes são o foco da assistência, elas precisam de ferramentas diversificadas que estimulem a participação ativa em seus cuidados. É importante que conheçam seus

direitos e deveres, compreendam os riscos associados com a prestação de serviços em saúde, forneçam informações corretas, dialoguem com os profissionais as instruções recebidas e participem das decisões relacionadas a sua assistência e tratamento (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, o manual foi planejado e organizado com uma linguagem simples, de fácil entendimento, apresentando o tamanho da fonte maior que o habitual, com um breve histórico sobre SP, relacionando as seis MISP (inclusive mantendo as cores que as definem) com as orientações da instituição, as quais foram elencadas de acordo com as especificidades da maternidade e com o momento vigente da organização. Além desses aspectos, o manual apresenta ilustrações para atrair a leitura e auxiliar na compreensão do texto, como em outros tipos de materiais educativos (BARBOSA *et al.*, 2020). A seguir, a figura 1 representa um cartaz do MS sobre SP, as metas e a padronização das cores.

Figura 1 - Cartaz Segurança do Paciente



Fonte: Ministério da Saúde.

As Metas Internacionais para a Segurança do Paciente são as seguintes: a meta 1 corresponde à identificação correta dos pacientes, no caso, a gestante ou puérpera e seu bebê com os identificadores padronizados pela instituição conforme protocolo recomendado do MS; a meta 2 diz respeito a melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde com vistas à manutenção de informações claras, eficazes e consistentes, especialmente na área materno-infantil a qual pode ter mudanças repentinas e ações em tempo hábil; a meta 3 visa melhorar a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos por serem a maior causa de falhas e intercorrências, sendo indispensável a padronização dos medicamentos, manuais de diluição e várias etapas de checagem para evitar o erro (BRASIL, 2017).

A meta 4 busca assegurar cirurgia no local de intervenção, procedimento e paciente correto mediante a implementação de *checklist* pré-operatório para o parto cesáreo e vaginal; a meta 5 abrange higienizar as mãos para evitar infecções durante a internação hospitalar e para os cuidados no domicílio e a meta 6 que visa reduzir o risco de quedas e lesões por pressão, pois as quedas ocorrem por vários motivos, entre eles, a má qualidade do sono, o cansaço físico e mental, momentos de dor, por alterações metabólicas e hidroeletrólíticas, dificuldade em sair do leito, uso de medicações (BRASIL, 2017).

Em relação às ilustrações, todas tiveram a identificação da fonte e são essencialmente da instituição. A respeito das fotografias, poucas foram utilizadas, sendo estas do arquivo da pesquisadora e ela serviu de modelo para demonstrar a identificação do binômio e a saída do leito com segurança para evitar quedas. Conforme a figura 2, a capa do manual recebeu uma cor diferenciada e atual, apresentando uma corrente de pacientes, familiares e profissionais de mãos dadas, transparecendo a união e os esforços em conjunto que precisa existir para um objetivo comum: a segurança dos pacientes em todas as suas dimensões.

Figura 2 - Capa do manual.



Fonte: as autoras.

Conforme o PNSP e pesquisas sobre a construção de materiais educativos, o desenvolvimento destes configura-se como uma intervenção eficaz, pois melhoram o conhecimento do assunto SP, favorecem a educação em saúde, fortalecem a cultura de SP, despertam maior interesse ao autocuidado, incentivam o esclarecimento de dúvidas, melhoram o diálogo com os profissionais, repercutem na qualidade de vida e na assistência em geral (BRASIL, 2013; MARTIN; NAYNE; LIPCZAK, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Além disso, ao final do manual, foi apresentado um texto que abordada a importância da participação das pacientes e

familiares na segurança assistencial, pois, ao adquirir conhecimento sobre o tema, as usuárias podem atuar de forma ativa, contribuindo na prevenção de falhas (às vezes são a última barreira), apontando estratégias positivas, sugerindo outras iniciativas em prol da segurança e da qualidade na prestação do cuidado (BRASIL, 2013). Constata-se, por meio de uma revisão integrativa, algumas estratégias de engajamento, como a adoção de uma comunicação aberta e efetiva entre os envolvidos, a vigilância por parte do acompanhante, o conhecimento dos eventos adversos, a conferência dos procedimentos, o fornecimento de informações às pacientes e a promoção do autocuidado, aumentando a qualidade e a segurança dos atendimentos (SILVA *et al.*, 2016).

Portanto, a construção do manual como um recurso impresso, possibilita seu acesso a qualquer momento, tanto para as usuárias como para seus familiares e/ou acompanhantes. E, como ele recebeu a colaboração de duas profissionais do NSP e de uma profissional do desenho industrial, estas contribuíram para adequá-lo ao cenário proposto.

CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou apresentar o caminho percorrido na construção do manual para a SP na maternidade, contemplando os objetivos propostos da dissertação. Além disso, configura-se como um material educativo importante porque visa promover o conhecimento sobre segurança do paciente e as MISP, com orientações específicas para as usuárias da maternidade.

O manual produzido também colabora na percepção geral de itens relacionados, que instrumentalizam pacientes, familiares e acompanhantes a observarem, fiscalizarem e questionarem sobre o que for necessário, tornando-os ativos nos processos assistenciais e na prevenção dos riscos inerentes ao cuidado.

A construção do manual contempla as iniciativas internacionais e nacionais para envolver os pacientes em seus cuidados, ampliando os espaços de discussões e esclarecimentos, especificamente durante a internação hospitalar, repercutindo na recuperação e promoção da saúde, bem como na prevenção e redução de falhas durante a assistência.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, E. M. G. et al. Development and validation of an educational booklet for postpartum health and well-being. **Revista Rene**, n. 21, e43824, 2020. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/43824>. Acesso em: 16 jan. 2021.

BOURGUIGNON, A. M.; GRISOTTI, M. Concepções sobre humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras. **Saúde e Sociedade**, v. 4, n. 27, p. 1230-1245, 2018. Disponível em: lnq.com/jfcOV. Acesso em: 15 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria GM/MS 529 de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, 02 de abril de 2013. Seção 1, nº 62, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade**. Brasília, DF: ANVISA, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente?: orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes**. Brasília, DF: ANVISA, 2017.

FÉLIX, R. S.; FILIPPIN, N. T. Segurança do paciente na perspectiva de gestantes e puérperas. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 13, n. 1, p. 96-104, 2019. Disponível em: lnq.com/JO7CS. Acesso em: 21 mar. 2021.

MARTIN, H. M.; NAYNE, L. E.; LIPCZAK, H. Involvement of patients with cancer in patient safety: a qualitative study of current practices, potentials and barriers. **BMJ Quality & Safety**, v. 10, n. 22, p. 836-42, 2013. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/22/10/836>. Acesso em: 14 jan. 2019.

OLIVEIRA, S. C. et al. Effect of an educational intervention on pregnancy: a cluster randomized clinical trial. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 3, n. 31, p. 291-298, 2018. Disponível em: lnq.com/xmJSo. Acesso em: 15 jan. 2019.

SANTOS, J. O. et al. Perfil obstétrico e neonatal de puérperas atendidas em maternidades de São Paulo. **Journal of research: fundamental care**, v. 7, n. 1, p. 1936-1945, 2015. Disponível em: lnq.com/NA2aC. Acesso em: 25 mar. 2021.

SILVA, T. O. et al. Patient involvement in the safety of care: an integrative review. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 18, e1173, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/33340>. Acesso em: 25 mar. 2021.

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. Disponível em: encurtador.com.br/hyENV. Acesso em: 16 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety: forward programme**. Geneva: WHO, 2004.

____. **World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report**. Geneva: WHO, 2009.

6. PROTOCOLO DE FISIOTERAPIA AQUÁTICA PARA PREMATUROS INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Daniela Cristina Rambo, Eduardo Matias dos Santos Steidl, Franceliane Jobim Benedetti, Nadiesca Taisa Filippin

RESUMO

Com este estudo, objetiva-se descrever a criação de um protocolo de fisioterapia aquática para recém-nascidos prematuros (RNP) internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). A ideia surgiu a partir dos atendimentos realizados pela equipe de fisioterapia neonatal de um hospital do interior do estado que incluíam a hidroterapia na atenção aos RNP internados na UTIN sempre que estes apresentassem sinal de choro, estresse, alterações nos sinais vitais ou dor após um procedimento invasivo e doloroso. Inicialmente, foi feito um levantamento bibliográfico a respeito dos efeitos, indicações e contra-indicações relativas e absolutas da terapia aquática. Em seguida, foi contatada uma gráfica de designer e impressão para criação do protocolo na versão impressa e um ilustrador gráfico de desenhos para elaborar a capa do protocolo. Assim, o protocolo foi constituído por 12 páginas que incluem uma breve introdução sobre a terapia aquática e tópicos, como: benefícios da fisioterapia aquática, contra-indicações relativas, contra-indicações absolutas e orientações sobre como realizar a terapia passo a passo, juntamente com imagens reais da aplicação do método,

que foi baseado no método Watsu. A fisioterapia aquática constitui uma ferramenta importante para o acompanhamento dos recém-nascidos internados, e o protocolo possibilita contribuições às ações e intervenções qualificadas em uma UTIN, podendo ser utilizado diariamente na unidade.

Palavras-chave: fisioterapia aquática; recém-nascido pré-termo; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Watsu.

INTRODUÇÃO

A terapia aquática tem sido usada para reabilitação musculoesquelética e neuromuscular por mais de 100 anos. Baseada em princípios da hidrodinâmica (flutuabilidade, densidade relativa, viscosidade, resistência, pressão hidrostática, turbulência e fluxo) é indicada por fornecer vários estímulos sensoriais por meio da temperatura da água, alívio de peso e *biofeedback* vestibular (MORTIMER *et al.*, 2014). Para Hind *et al.* (2017), fisioterapia aquática, também conhecida como hidroterapia, é uma terapia que utiliza as propriedades da água com o acompanhamento de um fisioterapeuta capacitado para melhorar a função de um indivíduo.

Entre as técnicas utilizadas na fisioterapia aquática, o método Watsu, descrito pela primeira vez na década de 1980, consiste em movimentos lentos e suaves, sendo que suas indicações são para tratar condições musculoesqueléticas e neurológicas, constituindo-se uma ferramenta para reabilitação (SCHITTER *et al.*, 2020).

Além das aplicações mencionadas, a fisioterapia aquática vem sendo também utilizada para o tratamento de recém-nascidos (RN) internados em Unidade de Terapia Intensiva

Neonatal (UTIN). Entre os benefícios da fisioterapia aquática, estão o desenvolvimento do sistema biológico em prematuros, promoção do ganho de peso e tolerância alimentar, redução da dor, melhora da qualidade do sono, redução dos efeitos dolorosos provocados pelos procedimentos rotineiros da UTIN e estimulação tátil necessária para o seu neurodesenvolvimento (VALIZADEH *et al.*, 2017).

A hospitalização de um recém-nascido prematuro (RNP) e a necessidade de UTIN introduzem ao bebê um ambiente estressante, em que a exposição intensa a estímulos, como ruídos, luz intensa e contínua, bem como procedimentos clínicos invasivos constantes e rotineiros levam ao estresse e à dor. Sendo assim, a imersão em água morna reduz a desorganização neuropsicomotora, pois promove melhor ajuste do RN ao meio e torna mínimo o estresse sobre os bebês, proporcionando relaxamento e atenção individualizada e respeitando as peculiaridades dos RN (KRELING; ROSA, 2016).

A dor é um evento subjetivo, o qual envolve aspectos como experiências pessoais, questões afetivas e cognitivas, sociais e comportamentais de cada indivíduo. Apresenta-se, também, relacionada, ao ambiente onde os estímulos dolorosos são experimentados. Por muitos anos, julgou-se que os RN não sentiam dor, devido à imaturidade do seu sistema nervoso, no entanto, a partir da década de 1980, vários estudos demonstraram que tanto os RN a termo como os pré-termo apresentam as estruturas anatômicas e fisiológicas responsáveis pela resposta à dor. Atualmente, a prevenção da dor e do estresse está inserida em todas as esferas de cuidado dos RN, visto que, em curto e longo prazo, são fatores que geram impactos negativos no desenvolvimento biológico e comportamental (ARAUJO, 2016).

A terapia aquática aplicada em RN já vem sendo descrita na literatura há alguns anos, apontando aspectos positivos no seu uso. Silva *et al.* (2017) avaliaram 30 RNP antes e após aplicação da hidroterapia, em suas sessões com dias alternados, em balde com água aquecida, e os RN imersos até as clavículas. Observaram que os prematuros tiveram redução da frequência cardíaca e obtiveram ganho de peso.

Vignochi, Teixeira e Nader (2010) avaliaram 12 RNP antes e após sessão de fisioterapia aquática, com as crianças imersas e estimulando posturas flexoras e de organização postural. As autoras observaram que os sinais vitais permaneceram estáveis, já o sono e a dor apresentaram diferença significativa, concluindo que a fisioterapia aquática é um método não invasivo de melhora desses parâmetros.

Estudo semelhante foi realizado por Novakoski *et al.* (2018), no qual foram avaliados 22 RNP quanto a seus parâmetros fisiológicos, estado de sono e vigília e dor. A avaliação foi feita em três momentos diferentes (5 minutos antes da intervenção, imediatamente após e 10 minutos após, com os pré-termos envolvidos em lençóis e imersos em água aquecida no nível dos ombros). Os autores observaram melhora dos parâmetros de sono e vigília, redução da dor e melhor estabilidade clínica.

Na perspectiva de a fisioterapia aquática servir como instrumento de analgesia não medicamentosa após procedimentos invasivos, como demonstrado nos estudos de Rambo *et al.* (2019) e de incentivar o cuidado humanizado aos RNP internados em UTIN, tornou-se pertinente a criação de um protocolo de fisioterapia aquática para esse público.

Dessa forma, o objetivo deste capítulo é descrever a criação de um protocolo de fisioterapia aquática para RNP internados na UTIN.

CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de um produto desenvolvido como parte da dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil, intitulado “Protocolo de Fisioterapia Aquática para Prematuros Internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”, originado de um ensaio clínico não randomizado, do tipo séries temporais, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Franciscana, parecer número 2.325.525 (CAAE: 77675417.9.0000.5306).

A ideia surgiu a partir dos atendimentos realizados pela equipe de fisioterapia neonatal de um hospital do interior do estado, que incluíam a hidroterapia na atenção aos RNP internados na UTIN sempre que estes apresentassem sinal de choro, estresse, alterações nos sinais vitais ou dor após um procedimento invasivo e doloroso. Assim, sentiu-se a necessidade de sistematizar a aplicação do procedimento de fisioterapia aquática a partir da elaboração de um protocolo.

Inicialmente, foi feito um levantamento bibliográfico a respeito dos efeitos, indicações e contra-indicações relativas e absolutas da terapia aquática. Em seguida, realizou-se a pesquisa de mestrado “Efeitos da fisioterapia aquática em prematuros internados na unidade de terapia intensiva neonatal”, na qual se aplicou a fisioterapia aquática baseada no método Watsu nos RNP internados na UTIN do hospital e, durante esses atendimentos, foi realizado o registro fotográfico do passo a passo da

aplicação do método, sendo as fotos autorizadas pelos pais e/ou responsáveis dos RN.

Após organizar as informações pertinentes para o protocolo e reunir os registros fotográficos, foi contatada uma gráfica de designer e impressão para criação do protocolo na versão impressa e um ilustrador gráfico de desenhos para elaborar a capa do protocolo. O projeto do protocolo enviado pela gráfica e ilustrador foi aprovado pelas pesquisadoras e impresso para utilização na UTIN do hospital.

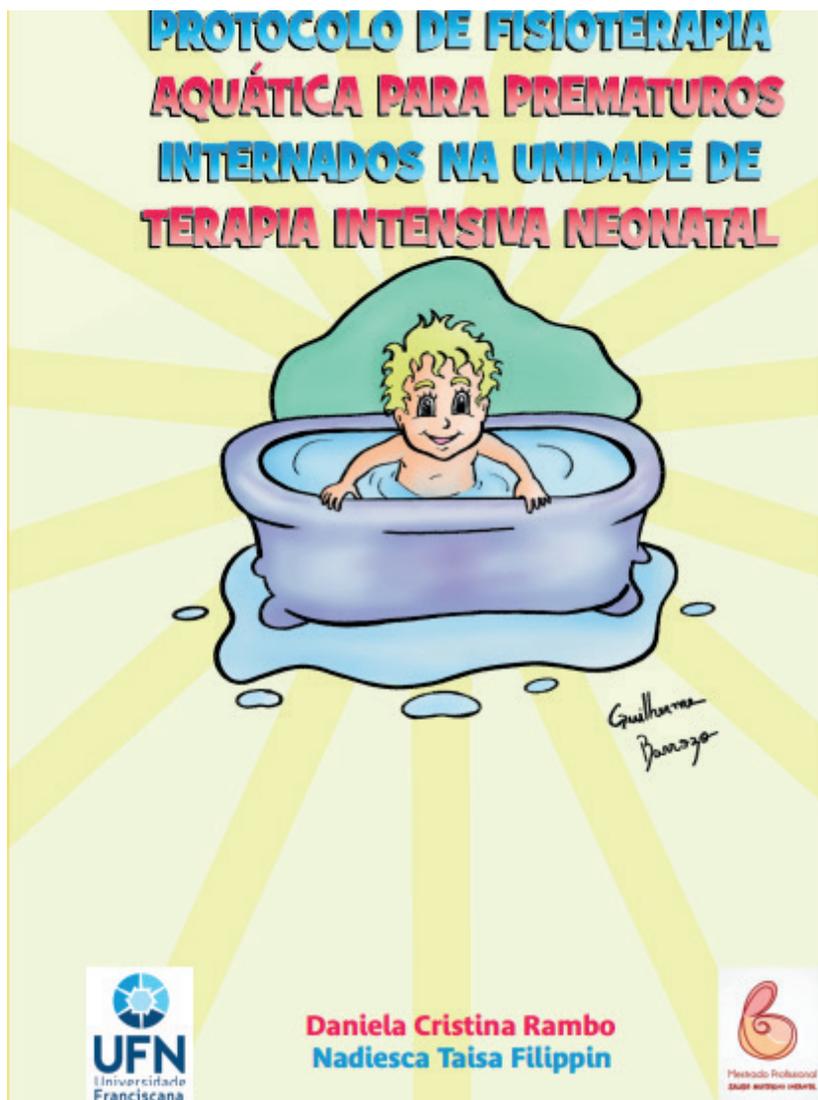
O PROTOCOLO E SUA CONTRIBUIÇÃO

No presente estudo, visou-se descrever a criação de um protocolo de fisioterapia aquática para RNP internados na UTIN. De acordo com os resultados da dissertação da autora principal e outros estudos prévios, a fisioterapia aquática tem efeito positivo quando aplicada em recém-nascidos hospitalizados, principalmente nos parâmetros fisiológicos frequência cardíaca (FC), sono e também estabilização da frequência respiratória (FR), saturação de oxigênio (SpO₂) e dor, tranquilidade no RN.

O protocolo está constituído por 12 páginas que incluem uma breve introdução sobre a terapia aquática e tópicos, como: benefícios da fisioterapia aquática, contra-indicações relativas, contra-indicações absolutas e orientações sobre como realizar a terapia passo a passo, juntamente com imagens reais da aplicação do método, o qual foi baseado no método Watsu.

Nas figuras 1, 2 e 3, pode-se observar o *layout* do protocolo elaborado.

Figura 1 - Representação gráfica da capa do Protocolo de Fisioterapia Aquática para Prematuros Internados na UTIN



Fonte: os autores.

Figura 2 - Representação gráfica do tópico benefícios da fisioterapia aquática do Protocolo de Fisioterapia Aquática para Prematuros Internados na UTIN

BENEFÍCIOS DA FISIOTERAPIA AQUÁTICA

- **Diminui a frequência cardíaca e a frequência respiratória;**
- **Aumenta a saturação periférica de oxigênio;**
- **Transmite um momento prazeroso de relaxamento;**
- **Diminui o estresse;**
- **Proporciona sono profundo e prolongado;**
- **Diminui a dor.**

Fonte: os autores.

Figura 3 - Representação gráfica do tópico contra-indicações relativas e absolutas do Protocolo de Fisioterapia Aquática para Prematuros Internados na UTIN

CONTRA-INDICAÇÕES RELATIVAS

- **Uso da ventilação mecânica invasiva e não invasiva;**
- **Histórico de convulsões.**

CONTRA-INDICAÇÕES ABSOLUTAS

- **Recém-nascidos com lesões de pele;**
- **Pós-operatório imediato;**
- **Quadro clínico instável;**
- **Cardiopatía grave;**
- **Traqueostomia;**
- **Gastrostomia.**

Fonte: os autores.

Na sequência, são apresentadas as etapas para aplicação da terapia aquática em RNPT internados na UTIN.

Etapa 1 - Avaliação dos sinais vitais: (FC, FR, SAT O2, PAM, Dor por meio da escala PIPP e Sono por meio da escala de Brazelton)

O (A) fisioterapeuta avalia FC, SpO2 e pressão arterial média (PAM) por meio do monitor; FR observando o movimento abdominal durante 1 minuto; dor por meio da escala *Premature Infant Pain Profile* (PIPP), sendo que, de acordo com o seu escore, valores menores ou iguais a 6 indicam ausência de dor e valores iguais ou maiores que 12 indicam a presença de dor moderada ou intensa; e sono por meio da escala do Estado de Sono e Vigília de Brazelton, sendo 1= sono profundo, 2= sono leve, 3= sono-lento, 4= acordado, 5= totalmente acordado e 6= choro.

O exame físico requer conhecimento, atitude, habilidade e prática para reconhecer sinais e sintomas que tenham significado para os profissionais da saúde e que expressem alterações do estado do paciente (LUIZARI *et al.*, 2008).

Etapa 2 – Realização de procedimentos de rotina da UTIN

A hospitalização do RNP na UTIN está associada à sua submissão a um número excessivo de procedimentos, como as punções venosas, as sondagens orogástricas e vesicais, as glicemias capilares, a realização de curativos, a aspiração de vias aéreas e a intubação endotraqueal, o que pode gerar desconforto, estresse e dor.

Um RNP na UTIN recebe cerca de 130 a 234 manipulações nas 24 horas, sendo que muitas dessas manipulações são dolorosas. Além disso, ao ser internado em uma UTIN, o recém-nascido está entrando num ambiente totalmente diferente do útero materno (SANTOS *et al.*, 2012).

Etapa 3 - Aplicação da fisioterapia aquática após procedimento de rotina da UTIN com o objetivo de analgesia

Em uma banheira de acrílico, com água morna entre 37 e 38 graus, verificada por um termômetro aquático durante todo o procedimento, o RNP é imerso até os ombros. O (A) fisioterapeuta realiza movimentos lentos e rítmicos, alongamentos de membros superiores e inferiores, rotação da cintura pélvica e escapular, posicionamento em padrão flexor, flutuação do RN com apoio somente na cabeça para o deslizamento no meio líquido durante 7 a 10 minutos, com o uso de uma touca para evitar perda de calor excessivo. Após, o recém-nascido é seco, aquecido no seu berço e posicionado em decúbito dorsal com membros fletidos.

Procedimentos de alívio da dor melhoram a homeostase e estabilidade dos recém-nascidos e são essenciais para o cuidado e suporte aos neonatos imaturos. Técnicas de banho podem promover redução do choro e da angústia com a melhora do comportamento e qualidade do sono ((VIGNOCHI; TEIXEIRA; NADER, 2010), 2010).

Etapa 4 - Reavaliação dos sinais vitais (FR, FC, PAM, SAT O2, Dor e Sono, após a fisioterapia aquática)

O (A) fisioterapeuta avalia FC, SpO2 e PAM pelo monitor, FC durante 1 minuto pelo movimento abdominal, dor através da escala PIPP e sono através da escala Brazelton após o recém-nascido ter sido submetido ao procedimento de fisioterapia aquática para analgesia.

O banho de imersão no ambiente hospitalar favorece o ganho de peso e o desenvolvimento neuropsicomotor e afetivo de recém-nascidos prematuros de baixo peso estáveis clinicamente. Isso é obtido por meio da redução da dor e do estresse e do controle do ambiente, promovidos pelas propriedades da água aquecida e pelo posicionamento contido em padrão flexor. Essa terapêutica tem contribuído para um melhor desfecho clínico e uma maior funcionalidade desses bebês (GONÇALVEZ *et al.*, 2017).

O RNP internado na UTIN encontra-se em uma situação de fragilidade, pois seu sistema nervoso central não possui as condições básicas para enfrentar e organizar os estímulos advindos de um ambiente desconhecido e desfavorável, porém necessário para a sua sobrevivência. Ele pode apresentar durante o período de internação na UTIN riscos para alterações no desenvolvimento, por questões do próprio ambiente da UTIN, como iluminação excessiva e ruído elevado, e pelas rotinas da equipe, como manuseio frequente, procedimentos dolorosos e o desrespeito dos períodos de repouso (OTONI; GRAVE, 2014). Os avanços tecnológicos nos tratamentos intensivos trouxeram maior sobrevida aos pacientes, porém muitas vezes podem

causar irritabilidade durante os procedimentos, pois geralmente são invasivos e dolorosos.

No período neonatal, os estímulos dolorosos se manifestam em múltiplos órgãos e sistemas como, por exemplo, no sistema cardiovascular, com aumento da frequência cardíaca e pressão arterial e variação de pressão intracraniana; no sistema respiratório, com elevação do consumo de oxigênio, queda na saturação de oxigênio e alteração na relação ventilação/perfusão (BRASIL, 2011). Sendo assim, a fisioterapia aquática é uma aliada para diminuir o desconforto desses pacientes, proporcionando melhor qualidade no atendimento durante este período de internação.

A hidroterapia neonatal é uma alternativa terapêutica que permite ao recém-nascido fazer movimentos que são facilitados pelo ambiente aquático, estimulando o metabolismo da reabsorção óssea, proporcionando alívio e relaxamento (TOBINAGA *et al.*, 2016). A terapia aquática pode promover relaxamento muscular, melhora da oxigenação periférica e redução da dor, pode ser sugerida como um método complementar no manejo da dor e do estresse em RN hospitalizados (BARBOSA; CARNEIRO; WEFFORT, 2015). Através dos movimentos lentos e suaves da terapia no meio líquido, o RN consegue reorganizar o seu sistema nervoso, a água morna e o padrão flexor proporcionam condições básicas para enfrentar os estímulos diários durante a internação.

Estudo de abordagem revisão integrativa realizado por Rambo *et al.* (2019) mostrou que a maioria dos estudos se propõem a avaliar os efeitos da fisioterapia aquática em relação à dor, ao estresse, ao sono e sinais vitais em RN, demonstrando redução da frequência cardíaca e respiratória, melhora no sono

e diminuição da dor, aumento da saturação periférica de oxigênio, assim como, bons resultados no desenvolvimento motor de bebês, com melhora do tônus muscular e qualidade de vida. Além disso, Silva *et al.* (2017), também verificaram ganho de peso corporal dos RNPT internados e que receberam fisioterapia aquática.

A partir dessas considerações, o protocolo pode ser uma importante ferramenta para minimizar os desconfortos do tratamento intensivo, com potencial para aplicabilidade em recém-nascidos, em especial RNP. A fisioterapia aquática representa um recurso seguro de baixo custo, podendo ser aplicado por fisioterapeuta capacitado, e de fácil uso para uma UTIN, sendo importante para estabilização dos sinais vitais, alívio da dor, aumento do peso corporal e qualidade no sono profundo, proporcionando relaxamento por RNP internados na UTIN, podendo refletir em um desenvolvimento saudável.

De modo geral, estas informações servem de base preliminar sobre um recurso ainda inédito em muitos países, mas cada vez mais utilizado no cuidado de RNP brasileiros (SILVA *et al.*, 2027).

O presente protocolo foi constituído a partir de uma visão mais humanizada ao RNP e pode ser implementado na realidade de todas as UTIN do Brasil, com a participação de toda a equipe de saúde do setor, por meio de capacitação e treinamento, quando necessário.

A sua aplicação está direcionada aos cuidados do recém-nascido prematuro e a versão final do protocolo foi disponibilizada em forma de manual impresso e URL: <http://www.tede.universidadefranciscana.edu.br:8080/>, ISBN: 978-65-5852-028-3.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação do protocolo de fisioterapia aquática para RNP internados na UTIN apresenta potencial para minimizar os efeitos nocivos do tratamento intensivo desses pacientes, no sentido de proporcionar mais conforto, bem como, orientar os profissionais que trabalham na área. A fisioterapia aquática se constitui em temática importante, e a aplicação de um protocolo possibilita contribuição às ações e intervenções qualificadas em uma UTIN, um instrumento a ser utilizado diariamente na unidade.

A disponibilização do protocolo gerado a partir da pesquisa poderá auxiliar na redução da dor, na normalização dos parâmetros fisiológicos, como frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação periférica de oxigênio e melhora do seu estado comportamental, fazendo com que o RN se estabilize mais rápido após procedimentos que causam dor e desconforto, facilitando o relaxamento e o sono profundo e prolongado. Além disso, a aplicação da terapia poderá contribuir para evitar consequências, como maior tempo de internação, perda de peso, uso de fármacos, taquicardia e dispneia durante o processo de crescimento e desenvolvimento dos bebês.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, G. C. Estratégias de identificação e intervenção na dor dos recém-nascidos. **Revista Atualiza Saúde**, v. 4, n. 4, p. 32-39, jul./dez. 2016. Disponível em: lnq.com/gIzS2. Acesso em: 16 mar. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BARBOSA, L. P. C.; CARNEIRO, E. M.; WEFFORT, V. Impacto da hidroterapia em recém-nascidos hospitalizados. **Fisioterapia Brasil**, v. 16, n. 3, p. 207-211, 2015. Disponível em: lnq.com/gIzS2. Acesso em: 25 jan. 2021.

GONÇALVES, R. L. et al. A. Hidroterapia com ofurô como modalidade de fisioterapia no contexto hospitalar humanizado em neonatologia. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA CARDIORRESPIRATÓRIA E FISIOTERAPIA EM TERAPIA INTENSIVA. **PROFISIO Programa de Atualização em Fisioterapia Pediátrica e Neonatal**: Cardiopulmonar e Terapia Intensiva: ciclo 6. Porto Alegre. Artmed Panamericana, p. 59-90, 2017.

HIND, D. et al. Aquatic therapy for boys with Duchenne muscular dystrophy (DMD): an external pilot randomised controlled trial. **Pilot and Feasibility Studies**, v. 3, n. 16, p. 1-17, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28357131/>. Acesso em: 16 mar. 2021.

KRELING, J. C.; ROSA, T. R. Hidroterapia em Unidade Neonatal. **ASSO-BRAFIR Ciência**. v. 7, n. 2, p. 7-9, ago. 2017. Disponível em: <https://cutt.ly/jGMEgD4>. Acesso em: 25 mar. 2021.

MORTIMER, R.; PRIVOPOULOS, M.; KUMAR, S. The effectiveness of hydrotherapy in the treatment of social and behavioral aspects of children with autism spectrum disorders: a systematic review. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, Austrália, v. 7, n. 3, p. 93-104, fev. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24520196/>. Acesso em: 16 mar. 2021.

NOVAKOSKI, K. R. M. et al. Back to the liquid environment: effects of aquatic physiotherapy intervention performed on preterm infants. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 20, n. 6, p. 566-575, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcdh/a/VZ-B8kzgzksjpHZ9B9Mbd3WTH/?lang=en>. Acesso em: 16 abr. 2021.

OTONI, A. C. S.; GRAVE, M. T. Q. Avaliação dos sinais neurocomportamentais de bebês pré-termo internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 25, n. 2, p.151-158, 2014. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/56841>. Acesso em: 25 abr. 2021.

RAMBO, D. C. et al. Fisioterapia aquática aplicada em recém-nascidos e crianças: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 30, p. 728, ago. 2019. Disponível em: <https://cutt.ly/bGMR9BF>. Acesso em: 16 abr. 2021.

SANTOS, L. M.; RIBEIRO, I. S.; SANTANA, R. C. B. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, p. 269-275, 2012. Disponível em: <https://cutt.ly/IGMTnGR>. Acesso em: 17 mar. 2021.

SCHITTER, A. M. et al. Applications, indications, and effects of passive hydrotherapy WATSU (Water Shiatsu) – A systematic review and meta-analysis. **PLoS ONE**, v. 15, n. 3, p. 1-25, mar. 2020.

SILVA, H. A. et al. Efeitos fisiológicos da hidroterapia em balde em recém-nascidos prematuros. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 28, n. 3, p. 309-315, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/136699>. Acesso em: 16 mar. 2021.

TOBINAGA, W. C. O. et al. A. J. Short-term effects of hidrokiestherapy in hospitalized preterm newborns. **Rehabilitation on Research and Practice**, v. 2016, p. 1-8, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27672453/>. Acesso em: 17 jun. 2021.

VALIZADEH, L. et al. Effect of early physical activity programs on motor performance and neuromuscular development in infants born preterm: a randomized clinical trial. **Journal of Caring Sciences**, v. 6, p. 67-79, mar. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28299299/>. Acesso em: 12 abr. 2021.

VIGNOCHI, C.; TEIXEIRA, P. P.; NADER, S. S. Efeito da fisioterapia aquática na dor e no estado de sono e vigília de recém-nascidos pré-termo estáveis internados em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 14, n. 3, p. 214-220, maio/jun. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbfis/a/WdfjmKX3qzStdTr6gfkkyG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 abr. 2021.

7. “CORAÇÃO MAIS LONGE DO PEITO”: VÍDEO EDUCATIVO SOBRE A MATERNIDADE E O RETORNO AO TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Ediléia Rejane Dotto, Josiane Lieberknecht Wathier Abaid

RESUMO

A volta ao trabalho após a licença-maternidade constitui um momento delicado para as mães, que precisam se separar de seus bebês e voltar para a rotina, que pode ter sofrido modificações neste período. Neste trabalho, mostra-se como foi produzido um vídeo educativo para informar as mães de seus direitos e de tranquilizá-las quanto ao retorno, passando informações claras e precisas que as ajudarão a superar este momento de sensível preocupação. O vídeo, intitulado “Coração mais longe do peito: vídeo educativo sobre a maternidade e o retorno ao trabalho de profissionais de enfermagem” é um material didático produzido a partir de uma pesquisa realizada com mães profissionais de enfermagem de um hospital-escola do interior do Rio Grande do Sul. Com duração de 12 minutos, seu conteúdo versa sobre os direitos trabalhistas, a percepção em relação à equipe e à instituição no retorno, a experiência de ser mãe e trabalhar em tempo integral e o suporte social oferecido pelas famílias e empresas. Espera-se que o vídeo, após sua implantação em diferentes instituições, possa encorajar a mãe no processo de retorno ao trabalho.

Palavras-chave: licença-maternidade; retorno ao trabalho; vídeo educativo.

1. INTRODUÇÃO

O aumento da participação da mulher no mercado de trabalho consiste em uma decorrência da evolução econômica e social e configura-se como uma das transformações mais significativas da sociedade, modificando de forma contundente o *status* sobre seu papel social. No entanto, apesar de desempenharem diferentes funções nos mais diversos segmentos de atividade, as funções de cuidado com a prole e com as tarefas da casa ainda permanecem como sendo exclusivas ou majoritariamente femininas, ensejando um acúmulo de responsabilidades que é própria da mulher contemporânea: a conciliação entre o mundo doméstico e o mundo do trabalho, no qual profissionalização, maternidade e cuidados do lar constituem um cotidiano que exige muito em termos de atributos físicos e psíquicos. Se é certo que a mulher se emancipou, não se pode dizer o mesmo do restante da sociedade e a entrada no mercado de trabalho aumentou sobremaneira a sua carga de atividades (ALVES, 2009).

A sociedade, mesmo que tenha assimilado a necessidade da mulher se construir profissionalmente, ainda continua reproduzindo uma posição cômoda e passiva, esperando que ela seja a mantenedora da família, da casa e do filhos. A imagem da mulher perfeita, capaz de assumir muitas tarefas, ainda é perpetuada no meio social e nas mensagens divulgadas nos meios de comunicação. Apesar de serem estimuladas e encorajadas a buscar uma inserção profissional, as mulheres ainda precisam

enfrentar o dilema de administrar as necessidades da carreira, do lar e da família, que são acentuadas durante o período da maternidade (VINHAS, 2009).

Do ponto de vista legal, as mulheres são protegidas em seus direitos como resultado de uma ampla mobilização social e evolução do sistema normativo. A licença-maternidade é uma grande conquista, pois permite que as mães fiquem com os bebês no período inicial da amamentação, oferecendo-lhes carinho e proteção em tempo integral. Considera-se esta evolução como um progresso geral da sociedade, que entendeu ser necessário este período para o bem-estar da civilização que, ao proteger as mulheres, está protegendo seu futuro (CAVALCANTI; BAÍA, 2017).

No entanto, o retorno às atividades laborais consiste em uma condição imperativa, tanto para as mulheres como para o mercado de trabalho, havendo necessidade de que as mães possam conciliar a maternidade com os desafios que a carreira impõe, pois entende-se que a maternidade não pode ser um impeditivo de seu crescimento profissional e de seu sucesso e realização enquanto pessoa. O trabalho tem um significado muito amplo e poder estar inserida significa para a mulher um conjunto de benefícios, como realização pessoal e autoestima, sentido para a vida além da família, construção de sua identidade, desenvolvimento de habilidades, ganho econômico, comodidade e conforto, independência, contatos pessoais e redes de relacionamento e sentimento de utilidade e pertencimento social. É para este mundo de significados que a mulher volta após ter cumprido a licença-maternidade (SANTOS, 2006).

Nesse sentido, em face das responsabilidades assumidas pelas mulheres com seus bebês, na permanência prioritária de

suas atividades como organizadora e cuidadora do lar e no acúmulo de tarefas com sua volta ao trabalho, torna-se necessário questionar como essas mães encaram o seu retorno e como isso as afeta, tanto física como emocionalmente. A partir da pesquisa realizada com enfermeiras de um hospital público localizado no centro do Estado do Rio Grande do Sul e da confrontação com a literatura especializada, foi possível produzir um vídeo educativo para auxiliar as mulheres nesse período crítico de volta ao trabalho.

2. OBJETIVO

Com este trabalho, pretendeu-se descrever o processo de construção de um vídeo educativo sobre o retorno ao trabalho, após a licença-maternidade, em face da conciliação entre os cuidados com os bebês, as atividades do lar e o desempenho profissional.

3. METODOLOGIA

Neste trabalho, utilizam-se metodologias que se complementam. A primeira delas consiste em uma revisão narrativa de literatura com um viés qualitativo. A revisão narrativa caracteriza-se por partir de uma questão de pesquisa específica e bem definida, utilizando um protocolo para sua confecção, com a procura por fontes determinadas que vão gerar um conjunto de informações úteis para a formação dos conceitos finais (CORDEIRO *et al.*, 2007).

A segunda metodologia utilizada consiste em um estudo descritivo-exploratório realizado com mães trabalhadoras da área de enfermagem de um hospital-escola do interior do Rio Grande do Sul, que retornaram após a licença-maternidade,

cujos resultados foram analisados por meio da construção de categorias de análise de acordo com Bardin (2011).

O viés qualitativo, refere-se a uma abordagem que é diferente dos modelos matemáticos e estatísticos, visto que está sujeito à subjetividade e interpretação dos autores, tanto na escolha dos materiais como nas interpretações posteriores. Trata-se de estabelecer um diálogo com pesquisadores do assunto no sentido de tecer novos significados em face da cultura ou ideologia existentes.

Da confrontação e comparação entre os resultados da pesquisa bibliográfica e de campo, foram identificados os elementos considerados necessários para a produção do vídeo educativo.

O desenvolvimento de tecnologia ocorreu em três fases: pré-produção, produção e pós-produção do vídeo. Na fase de pré-produção, construiu-se um roteiro com base em estudos científicos, ou seja, com linguagem científica e, após, traduziu-se para uma linguagem simples e acessível, tendo em vista a intenção de produzir uma tecnologia que possa ser amplamente utilizada, ao alcance de pessoas com qualquer grau de instrução. Após a pesquisa científica, foram definidos os conteúdos que fizeram parte do vídeo.

Na fase seguinte, da produção do vídeo, foi realizada a escolha das cenas descritas na pré-produção (FLEMING; REYNOLDS; WALLACE, 2009). Nessa etapa foi importante a participação da equipe técnica especializada em criação multimídia para que se obtivesse uma boa qualidade da produção.

Na terceira e última fase, a pós-produção, foram editadas as cenas escolhidas, a narração, a inclusão dos personagens, textos e também do áudio. O conteúdo final do vídeo tem uma duração de 12 minutos (FLEMING; REYNOLDS; WALLACE, 2009).

A avaliação do conteúdo, a aparência e funcionalidade do vídeo, foi realizada por meio de um teste piloto e disponibilizado para duas pessoas para avaliar a sua eficácia e verificar a necessidade de possíveis adequações e ajustes. O retorno dado foi que precisava melhorar a sincronização das informações entre áudio e vídeo e isso foi modificado na versão final. Em geral, o vídeo foi avaliado como bom e apresentou informações que os ouvintes do projeto piloto ainda não conheciam.

O vídeo produzido será disponibilizado às mães trabalhadoras profissionais de enfermagem em mídias sociais, o qual deverá ser muito útil para utilização em ações de educação em saúde, em instituições públicas, principalmente para o público feminino.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa realizada com as mães profissionais de enfermagem resultou na criação de quatro categorias de análise: a) conhecimento das profissionais entrevistadas em relação à legislação e seu retorno ao trabalho; b) Percepção em relação à equipe e à instituição no retorno da licença-maternidade; c) A experiência de ser mãe e trabalhar em tempo integral; d) O suporte social na percepção das mães entrevistadas. Essas categorias foram a base para a criação do roteiro de vídeo.

4.1 O CONHECIMENTO DAS PROFISSIONAIS ENTREVISTADAS COM RELAÇÃO À LEGISLAÇÃO E SEU RETORNO AO TRABALHO

Nesta primeira categoria, verificou-se que a legislação trabalhista protege a mulher gestante e puérpera no processo de nascimento e criação dos bebês, entendendo esta fase como decisiva para o desenvolvimento de crianças saudáveis e equilibradas, aptas a crescer com bom desenvolvimento físico e cognitivo. No entanto, verificou-se que nem todas as profissionais entrevistadas tinham conhecimento de todos os benefícios aos quais têm direito em relação ao seu afastamento e retorno, incluindo as questões relativas à amamentação.

Os depoimentos indicaram que havia um conhecimento parcial a respeito dos direitos adquiridos neste período, salientando-se que existe pouca divulgação e orientação desses direitos, havendo necessidade de ações concretas de promoção dessas garantias no período entre a gravidez e os primeiros meses de vida do bebê, como forma de valorizar as mulheres que decidiram ser mães em períodos de tantas incertezas (RODRIGUES *et al.*, 2016).

4.2 PERCEPÇÃO EM RELAÇÃO À EQUIPE E À INSTITUIÇÃO NO RETORNO DA LICENÇA MATERNIDADE

Nesta segunda categoria, foi possível compreender que a saída para realizar o parto e os primeiros dias de cuidados com o bebê promovem uma mudança substancial na rotina da mulher, pois são momentos que misturam muita alegria com as dificuldades naturais do processo, ainda mais se é a primeira

vez que estas serão mães. Porém chega o momento em que é preciso voltar ao trabalho esse período de transição exige uma mudança de rotina que afeta não só a mulher, mas todo o contexto familiar.

Entre as mulheres entrevistadas, houve aquelas que consideraram a volta tranquila e as que viram na volta ao trabalho um momento de preocupação, em função do apego com o filho e com a separação. Percebeu-se, nos depoimentos, que o retorno se torna preocupante não tanto no que diz respeito ao trabalho em si, mas pelo fato de terem se acostumado a ficar o dia inteiro com o bebê. No que diz respeito às questões relativas ao trabalho, as preocupações se dividem em medos ou receios de que o ambiente tenha mudado, que tenha sido trocada de setor, de que os colegas não tenham sensibilidade para entender sua necessidade de se ausentar para amamentar ou ainda uma certa culpa por ter abandonado as atividades durante a licença-maternidade, o que sobrecarregou os colegas da unidade onde trabalham.

Muitas mulheres sentem-se culpadas por estarem ausentes no momento de cuidar dos filhos e pela necessidade de uma reorganização doméstica na volta. Algumas, inclusive, reconhecem que há uma preferência em relação ao bebê, deixando o trabalho em segundo plano, o que acaba prejudicando seu desempenho profissional. Ao mesmo tempo, vivenciam sentimentos contraditórios em relação aos colegas e à empresa, pois ficaram meses afastadas, e o retorno se torna mais complicado em razão da recepção dos colegas e chefes (BELTRAME; DONELI, 2012). Além disso, uma preocupação que ficou relevante durante as entrevistas, até por serem da área da saúde e por estarem passando por uma pandemia, foi a questão da saúde, no

cuidado para não levar doenças para casa, o que exigia cuidados maiores no momento em que chegavam em casa, sempre antes de entrar em contato com a criança.

A volta constitui um momento delicado, pois sempre são criadas expectativas sobre a possibilidade de o ambiente ter mudado, de ficar deslocada em relação às mudanças, de como será recebida pelos colegas, além das questões pessoais que dizem respeito ao seu cansaço físico e à preocupação com o bebê (BELTRAME; DONELI, 2012). Havia também a possibilidade de não voltar para o mesmo setor ou que houvesse mudanças dentro do local de trabalho que gerassem dificuldades no retorno às atividades. Os depoimentos revelaram que sempre há mudanças no retorno às atividades, pois há rotinas novas implantadas no seu período de licença, além da chegada de novos colegas. Salienta-se o fato de que a licença-maternidade, nesta instituição, é de seis meses, e muita coisa pode mudar nesse período, devido a novas conjunturas, troca de chefias ou legislações que foram modificadas. O fato de haver o acúmulo das tarefas domésticas com as atividades profissionais deixa essas mulheres mais cansadas e demora um pouco para se acostumarem com a rotina dupla, o que efetivamente diminui seu desempenho no trabalho, gerando também uma insegurança (PORTO, 2011; KRAUSE, 2017).

4.3 A EXPERIÊNCIA DE SER MÃE E TRABALHAR EM TEMPO INTEGRAL

Nesta categoria, foi possível compreender o significado da experiência de ser mãe para as entrevistadas. Para estas, está sendo uma experiência única, muito emocionante, que será

sempre superior a todo e qualquer percalço que surja. Todas as entrevistadas ressaltaram a enorme satisfação em terem sido mães, o amor que sentem por seus filhos e a certeza de que tudo que fazem vale a pena, mesmo tendo que se ausentar para trabalhar, pois a recompensa sempre vem quando chegam em casa. Porém é necessário salientar que este processo é cansativo em função da dupla jornada, que exige muito sacrifício as mães de primeira viagem. Muitas acabam sofrendo cobranças sobre o duplo ideal de serem mães e profissionais ao mesmo tempo, gerando dilemas que provocam sentimentos de culpa e desgaste emocional no retorno ao trabalho (CAVALCANTI; BAÍA, 2020).

Os depoimentos mostram uma triste realidade da mulher, que ainda é a maior responsável pelas tarefas que dizem respeito ao cuidado com o bebê e com os afazeres domésticos, o que conduz a uma dupla ou até tripla jornada de trabalho, gerando um cansaço muito grande. Essa exaustão física e emocional pode ser superada, conforme as entrevistadas, em função da experiência de ser mãe, que é muito gratificante e ajuda a superar todos os desafios. O desgaste físico é proporcionado pelo cuidado com o filho, com as tarefas do lar, o cuidado pessoal e o relacionamento com o companheiro, gerando uma carga semanal maior em comparação com a do parceiro (JABLONSKI, 20003). No entanto, essa realidade pode estar mudando em algumas famílias, pois muitos homens estão ampliando seu envolvimento na esfera privada, ainda que de forma incipiente (CHARRAZ, 2017)

4.4 O SUPORTE SOCIAL NA PERCEPÇÃO DAS MÃES ENTREVISTADAS

Nesta categoria, foi possível compreender a preocupação das mães quando deixam seus filhos em casa para ir trabalhar. A maior parte das mães entrevistadas deixa seus filhos com familiares, incluindo o marido ou avós, com alguma contratando pessoas de confiança para cuidar dos bebês. Porém, apesar de confiar em seus cuidadores, a preocupação continua, pois não podem ter a certeza de que tudo está sendo feito conforme gostariam, tendo os cuidados com a alimentação, com a higiene e com todos os sinais que o bebê apresenta. Como mães, a impressão que geraram nas entrevistas é que somente elas têm a capacidade de entender todas as necessidades de seus filhos e por isso não se sentem seguras ao deixá-los com outras pessoas. O retorno ao trabalho implica reorganização das famílias para dividir o cuidado com o filho, causando sentimentos de incertezas e angústias para as mães (VANALLI; BARHAM, 2012).

4.5 A PRODUÇÃO DO VÍDEO EDUCATIVO

As entrevistas e a consulta da literatura evidenciaram uma questão própria da evolução social, que inseriu as mulheres dentro do mercado de trabalho, mas gerou um efeito cumulativo com o papel de mães, incidindo em um jornada mais extensa, mesmo que a família consiga apoiá-la em todos os momentos. Há, claramente, sentimentos contraditórios e que precisam ser conciliados entre o desejo de ter filhos e as exigências profissionais, o que as mães entrevistadas conseguiram demonstrar ter superado.

Nesse sentido, o vídeo educativo aborda aspectos relacionados com o retorno da mãe ao trabalho, como o conhecimento da legislação, a percepção em relação à equipe e à instituição no retorno da licença-maternidade, a percepção em relação ao retorno, a experiência de ser mãe e trabalhar em tempo integral e o suporte social na percepção das mães entrevistadas.

Há muitos casos em que o retorno ao trabalho após a licença-maternidade está relacionado a um elevado número de atestados de saúde. Tal questão justificou a proposta de criação de um vídeo educativo com o intuito de contribuir para minimizar possíveis conflitos da mãe trabalhadora no regresso ao trabalho e, com isso, buscar prevenir futuros afastamentos em decorrência da carência de informações.

Utilizar recurso audiovisual pode significar uma estratégia sofisticada na relação ensino-aprendizagem, visto que, por meio dele, consegue-se captar a atenção do público, bem como despertar a curiosidade em relação às temáticas abordadas, considerando que a sociedade atual vive uma cultura na qual a habilidade visual e a capacidade de processar informações são constantemente exercitadas.

Devido a sua versatilidade e aplicabilidade, o vídeo educativo tem sido utilizado por enfermeiros como estratégia eficaz para promoção da saúde. Reproduzir imagens em movimento desperta interesse e, conseqüentemente, melhora o aprendizado de quem o assiste.

Desse modo, ao utilizar o recurso audiovisual, oferece-se ao público uma base sólida de conhecimentos para que ele compreenda melhor as informações, tenha a capacidade de formar uma opinião crítica sobre determinado tema e anseie transfor-

mar o ambiente em que está inserido, visando a uma melhor qualidade de vida e satisfação pessoal.

O conteúdo foi produzido com informações divididas entre áudio (parte falada) e vídeo (imagens), de forma que se complementassem. Utilizou-se uma fala pausada, bem explicativa e uma trilha sonora que passasse tranquilidade aos ouvintes. Entre as locuções, aparecem alguns depoimentos colhidos durante a pesquisa com as entrevistadas.

Foram pesquisadas imagens de mães com seus filhos que estão disponibilizadas de forma gratuita em portais educativos. As cenas procuram mostrar mães de diferentes características pessoais com o objetivo de inserir a ideia de diversidade. Na construção do vídeo, teve-se a intenção de mostrar diferentes relações que as mães têm com seus filhos com o intuito de evidenciar uma ampla percepção da maternidade.

A trilha pesquisada tem o objetivo de gerar um clima de tranquilidade. A locução é masculina para a narração e feminina para os depoimentos das mães, ambas gravadas em ritmo bem pausado para gerar informações de forma tranquila e educativa. A transição entre as imagens tem o objetivo de deixar uma pausa para reflexão. As cores utilizadas no vídeo têm como objetivo transparecer um ambiente de paz, amor e carinho. As letras utilizadas no vídeo geram fácil assimilação do conteúdo pela escolha da fonte, tamanho e movimento, facilitando o entendimento.

5. CONCLUSÃO

A pesquisa inicial teve como objetivo conhecer a percepção de profissionais de enfermagem de um hospital-escola do

interior do Rio Grande do Sul sobre a experiência de ser mãe e da percepção sobre o seu retorno às atividades profissionais após a licença-maternidade.

As mulheres entrevistadas optaram por ser mães após terem ingressado no mercado de trabalho, o que evidencia sua preocupação em oferecer conforto e qualidade de vida aos bebês, por se sentirem responsáveis por parte do rendimento da família. A maternidade em períodos de maior maturidade tem sido evidenciada, mostrando a preocupação e a responsabilidade com o planejamento familiar.

A maternidade, nessas condições, significa também que essas mulheres não querem abrir mão da possibilidade de ser mãe e nem de exercer suas atividades profissionais. As garantias oferecidas pela lei permitem um afastamento de cento e oitenta dias, considerado crucial para o período de parto e puerpério. Dessa forma, após esse período, o retorno ao trabalho é inevitável e é preciso lidar com esta nova realidade.

Separar-se do bebê é um momento complicado, pois a mãe está acostumada a ficar o dia inteiro com seu filho. Uma das consequências dessa separação é a preocupação com o bem-estar do bebê, o que ficou evidenciado nos depoimentos, já que a mãe não confia totalmente nos cuidadores.

O retorno ao trabalho pode gerar mal-estar e sensação de deslocamento, o que será superado com o passar do tempo e com a ajuda dos colegas. Assim, será preciso readaptar-se à rotina do trabalho e aos cuidados com o bebê em casa.

Outra questão está no esforço demandado para conciliar a maternidade com os desafios do trabalho, pois a jornada dupla exigirá muito destas mães para atender as duas demandas. Aqui, em todos os depoimentos, restou uma certeza, de

que todos os desafios serão sempre menores do que o amor desenvolvido durante a experiência de ser mãe, que sempre será a força capaz de superar qualquer obstáculo.

Salienta-se a importância de, na medida do possível, que as empresas e organizações propiciem condições para que as mães sejam acolhidas em seu retorno, fornecendo instalações adequadas para as necessidades de amamentação do bebê e outros cuidados necessários, bem como a preparação da equipe através de protocolos de atendimentos e materiais informativos, que ressaltem a importância de receber bem e de entender aquele momento especial que a mulher está passando, pois considera-se extremamente importante para a sociedade que se possa garantir a maternidade e, ao mesmo tempo, o direito às condições de trabalho, como resultado da emancipação feminina. O vídeo educativo cumpre a dupla função de informar as mães de seus direitos e de tranquilizá-las quanto ao retorno, passando informações claras e precisas que as ajudarão a superar este momento de sensível preocupação.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. E. D. Inserção social e exclusão política das mulheres brasileiras. **APARTE - Inclusão Social em Debate**, Rio de Janeiro, p. 1-15, 2009.

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

BELTRAME, G. R.; DONELLI, T. M. C. Maternidade e carreira: desafios frente à conciliação de papéis. **Aletheia**, n. 38-39, p. 206-217, mai./dez. 2012.

CAVALCANTI, N. C. S. B.; BAÍA, D. C. P. Ser mãe no mundo do trabalho: notas sobre os desafios da reinserção de mulheres no mercado de trabalho após a experiência de maternidade. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 11.; MUNDOS DE MULHERES: TRANSFORMAÇÕES, CONEXÕES, DESLOCAMENTOS, 13., 2017, Florianópolis. **Anais** [...]. Florianópolis: [S. n.], 2017. Disponível em: <https://cutt.ly/rHeyNEC>. Acesso em: 17 jan. 2021.

CHARRAZ, A. S. P. **Conciliação entre o trabalho e a família**: identificação das práticas organizacionais vigentes e contributos para a implementação de novas práticas de conciliação. 2017. 74 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Évora, Évora, 2017. Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/20913>. Acesso em: 11 mar. 2021.

CORDEIRO, A. M. et al. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 34, n. 6, p. 428-431, 2007. Disponível em: <https://cutt.ly/4Hepv46>. Acesso em: 19 set. 2021.

JABLONSKI, B. Afinal, o que quer um casal? Algumas considerações sobre o casamento e a separação na classe média carioca. In: FÉRES-CARNEIRO T. (Ed.). **Família e casal**: arranjos e demandas contemporâneas. Rio de Janeiro: Loyolla; 2003. p. 141-168.

RODRIGUES, E. S. R. S. et al. Percepção das mulheres sobre seus direitos no ciclo gravídico-puerperal. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 5, p. 1786-1804, maio, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-29665>. Acesso em: 19 abr. 2020.

SANTOS, C. A. **Significado do trabalho e conduta ético-profissional**: um estudo de caso na Polícia Militar baiana. 2006. 146 f. Dissertação (Mestrado) – Núcleo de Pós-graduação em Administração – NPGA, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/8965/1/7777qqq.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2020.

VANALLI, A. C. G.; BARHAM, E. J. Após a licença-maternidade: a percepção de professoras sobre a divisão das demandas familiares. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 1, 130-138, jan./abr. 2012. Disponível em: <https://cutt.ly/vHeaOLZ>. Acesso em: 21 abr. 2021.

VINHAS, A. P. B. L. **Mitos da maternidade**: um estudo a partir do olhar sistêmico. 2009. 40 f. Monografia (Especialização em Teoria Relacional Sistêmica) – Familiar Instituto Sistêmico, Florianópolis, 2009. Disponível em: <https://cutt.ly/hHesbSQ>. Acesso em: 17 jan. 2021.

PARTE II
ATENÇÃO
PRIMÁRIA

PRODUTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Márcia Pestana Santos, David Fernandes,
Vera Simões, Lurdes Lomba

A primeira definição de atenção primária em saúde (APS) tem mais de 40 anos e consta do documento emitido após a conferência internacional sobre cuidados primários de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), realizada no ano de 1978. Nesse documento, conhecido como “Declaração de Alma-Ata”, consta que “os cuidados de saúde primários são cuidados essenciais de saúde baseados em método e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação” (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, p.1).

A prestação de cuidados em saúde é cada vez mais complexa e exige uma abordagem multissetorial, integrando políticas de promoção da saúde e de prevenção da doença, por meio da apresentação de soluções que respondam às necessidades das comunidades e disponibilizando serviços centrados nas pessoas (ANDRÉ; TAKAYANAGUI, 2017). Esta é uma abordagem à saúde e bem-estar, centrada nas necessidades e preferências das pessoas, famílias e comunidades. Considerada a melhor estratégia para garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde, uma vez que possibilita o atendimento à população de um modo preventivo, integrado e de uma forma contínua.

A APS tem ainda como propósito contribuir para a consecução dos determinantes de saúde mais vastos, incidindo sobre os aspetos completos e interrelacionados da saúde física, mental e social, e do bem-estar (OMS, 2021). Para ser efetiva, esta deve ocorrer o mais proximamente possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, privilegiando os cuidados preventivos em detrimento dos curativos. Contudo, sempre que necessário, as pessoas que necessitam de intervenções diferenciadas e especializadas são identificadas e prontamente encaminhadas para outro nível de assistência.

Com os desafios emergentes no âmbito da saúde, para compreender e dar resposta às complexidades, torna-se essencial tratar as pessoas e comunidades como atores chave na manutenção da sua saúde e bem-estar. O investimento a nível da APS na comunidade e nas unidades de saúde periféricas contribui para construir resiliência, facto este que é determinante para defender os meios de proximidade dos cidadãos dos impactos que ocorrem no sistema de saúde. O investimento de qualidade nas APS é relevante, pois reduz os encargos totais com a saúde e melhora a eficiência, já que diminui os internamentos hospitalares (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021).

Numa ótica global, a existência de cuidados de saúde primários robustos é essencial para atingir os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados com a saúde e com a cobertura universal de saúde.

Esses cuidados contribuem para a consecução de outros objetivos para além destes, mas que também estão relacionados à saúde, como são os relativos à pobreza, fome, educação, igualdade de gênero, água potável e saneamento, trabalho e crescimento econômico, reduzindo também as desigualdades e o impacto climático (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021).

É nesse contexto que, no Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana, os mestrandos, com o apoio e supervisão dos orientadores, são desafiados a desenvolver produtos cujo foco incida numa das áreas: a) Capacitação profissional, formação e atuação no âmbito da saúde materno infantil; b) Intervenções para as crianças e/ou seus pais e para a comunidade, enquanto usuários do serviço de saúde; e ainda c) Novas intervenções que resultem da discussão sobre temas da APS à luz das Políticas de Saúde Públicas.

A capacitação e a formação profissional ocupam um lugar de destaque, pois têm tradução direta na qualidade dos serviços prestados e na forma como eles são aceitos pelos indivíduos alvo dos cuidados. São os profissionais de saúde que aconselham e assistem as pessoas em temas sensíveis, como são as áreas da contracepção, orientações e recomendações para a obtenção de melhores resultados na gravidez, ingestão de ácido fólico, nutrição da grávida e da criança e ainda sobre o desenvolvimento do bebê (MANZE *et al.*, 2020). Por conseguinte, na área de Saúde Materno-infantil, a falta de formação e preparação adequadas dos profissionais pode ter repercussões negativas logo no período de gravidez, passando pelo nascimento e, posteriormente, na vigilância do desenvolvimento da criança, caso estes tenham condutas desatualizadas ou atitudes consideradas menos adequadas. Desse modo, há uma relação direta entre a capacitação dos profissionais de saúde, como os médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes operacionais, com a realização de procedimentos seguros e a qualidade de cuidados prestados à pessoa (SIQUEIRA *et al.*, 2017). Dessa forma, é necessário existir um comprometimento e investimento na APS, visando a obtenção dos melhores resultados, tanto

no âmbito da formação dos profissionais como da prevenção e identificação precoce dos sinais de alarme, promovendo assim o acompanhamento ou encaminhamento adequado a cada situação na qual seja identificado algum risco para a criança ou para a família.

No que diz respeito às intervenções para as crianças e/ou seus pais e para a comunidade, enquanto usuários do serviço de saúde, o contributo dos mestrandos - que são ao mesmo tempo profissionais no âmbito da prática clínica e, como tal, conhecedores não só da cultura e das necessidades, como também dos recursos disponíveis da sua população - representa uma mais-valia na adequação e conseqüente eficácia dos produtos desenvolvidos. Adicionalmente, e com a premissa de que os cuidados na APS devem ocorrer junto da população, nos últimos tempos, houve necessidade de readaptação da forma de monitorizar e acompanhar as crianças e gestantes para que os aspetos importantes da vigilância materna e infantil fossem atempadamente identificados. Com o propósito de “não deixar ninguém para trás”, alguns dos produtos que haviam sido desenvolvidos, ou encontravam-se em fase avançada de desenvolvimento para serem implementados no âmbito da APS, precisaram ser readaptados, pois com a pandemia de COVID-19, verificou-se que eles eram ainda mais pertinentes. O facto de o desenvolvimento desses produtos carecer de diferentes competências e colaboração nesse domínio multiprofissional, que, por vezes, vai para além dos profissionais somente ligados à saúde, torna-os mais robustos, credíveis e acessíveis. Esse trabalho colaborativo permite que os profissionais de saúde se concentrem no desenvolvimento da estratégia/intervenção em si, deixando os aspetos técnicos de operacionalização, por exemplo,

relacionados com a tecnologia, com os profissionais dessa área. Esse trabalho colaborativo e de extensão da universidade com a sociedade permitiu, que dotados da melhor evidência disponível, fossem criados produtos com o propósito de implementar intervenções que respondam aos problemas previamente identificados na população.

É nesse contexto que, neste capítulo, se dá a conhecer esses produtos, desenvolvidos em colaboração com Universidade Franciscana e direcionados para a atuação em Saúde Materno-infantil no contexto da APS.

REFERÊNCIAS

ANDRÉ, S.; TAKAYANAGUI, A. Atenção primária à saúde como instrumento para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio. **Revista APS**, v. 20, n. 1, p. 130-139, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15514/8144>. Acesso em: 18 nov. 2021.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. 1978. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 16 jan. 2021.

MANZE, M. G. et al. Women's Perspectives on Reproductive Health Services in Primary Care. **Family Medicine**, v. 52, n. 2, p. 112-119, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32050265/>. Acesso em: 17 mar. 2021.

SIQUEIRA, F. P. C. et al. A capacitação dos profissionais de saúde que atuam na área do aleitamento materno. **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**, v. 19, n. 1, p. 171-186, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145249416012.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados de saúde primários**. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>. Acesso em: 3 dez. 2021.

1. FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES NA REALIZAÇÃO DE MAMOGRAFIAS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS

Sheila Dorneles, Bianca Zimmermann,
Mara Caino Teixeira Marchiori, Maurício Polidoro,
Carolina Araújo Londero, Martha Helena Teixeira de Souza

RESUMO

Neste estudo, teve-se por objetivo identificar as fragilidades e potencialidades vivenciadas pelas mulheres, para realização de exame de mamografia, disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde. Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, exploratória e de caráter descritivo, realizado com usuárias dos serviços públicos de saúde, em um município da região central do Rio Grande do Sul, no período de agosto a outubro de 2020. A partir dos resultados obtidos, emergiram três categorias temáticas, sendo elas: a importância da detecção precoce, dificuldades de acesso ao exame da mamografia e estratégias para ampliar a utilização do mamógrafo. Percebeu-se que, apesar de disponibilizado pela rede pública, as mulheres nem sempre têm acesso ao exame. Fatores geográficos, sociais e econômicos surgiram como justificativas para o não comparecimento ao serviço de saúde pública para a efetivação do exame para auxílio ao diagnóstico. Situações de fragilidade, como a demora para a aquisição do resultado, aparecem como fator que desmotiva a sua realização.

Palavras-chave: câncer de mama; mamógrafo; serviço público de saúde.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama permanece como o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o primeiro entre as mulheres (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2005). No Brasil, as estimativas feitas para o ano de 2020 apontaram que o câncer de mama ocuparia a segunda posição entre as patologias mais incidentes, seguido de câncer de colo do útero e câncer de pele não melanoma (BRASIL, 2019). Em relação à mortalidade, o câncer de mama em mulheres foi o mais frequente no Brasil no ano de 2016 (BRASIL, 2016).

Visando melhorar o diagnóstico precoce e prevenção, o Ministério da Saúde (MS) indicou a realização de exame clínico das mamas para todas as mulheres a partir dos quarenta anos de idade, com periodicidade anual. Esse procedimento também é compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independentemente da faixa etária. Já a mamografia é mais indicada para mulheres com idade entre 50 e 69 anos de idade, com intervalo máximo de dois anos entre os exames. Entretanto, para mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer da mama, indica-se o exame Clínico das Mamas e a Mamografia Anual a partir de 35 anos de idade (BRASIL, 2006).

Tendo em vista o envelhecimento populacional e considerando-se que os dados apontam que o câncer de mama, em geral, acomete mulheres acima de 50 anos de idade, a prevenção dessa patologia torna-se um desafio no cenário atual no enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2019).

Algumas condições individuais que aumentam a probabilidade de desenvolvimento do câncer de mama foram apontadas em pesquisas epidemiológicas, tais como os fatores hereditários, hormonais e reprodutivos, certos tipos de doença benigna da mama, idade e raça (APOSTOLOU; FOSTIRA, 2013).

O cuidado integral para a prevenção do câncer, pelo Sistema Único de Saúde (SUS) inclui ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos que devem ser oferecidos de acordo com a necessidade e no tempo correto, permitindo o estabelecimento de uma linha de cuidado (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2019). Nesse sentido, a mamografia é considerada o principal exame de rastreamento do câncer de mama, sendo o mais frequente entre as mulheres em todo o mundo. Procedimentos de rastreamento para câncer de mama são fundamentais para a detecção precoce da doença. Salienta-se que o diagnóstico e tratamento precoces estão associados à redução da mortalidade (ELTING *et al.*, 2009).

O MS revelou que há mamógrafos suficientes no Brasil, para o completo atendimento da população, tendo em vista os parâmetros propostos para disponibilização desses equipamentos pelo MS (BRASIL, 2015). A quantidade de mamógrafos em uso em dezembro de 2015 era de 4.647 máquinas. Destas, 2.083 estavam disponíveis para o SUS, o que seria mais do que suficiente para atender à demanda estimada de 12,7 milhões de exames por ano (AMARAL *et al.*, 2017).

A Secretaria de Saúde de Santa Maria, no seu Plano Municipal de Saúde, referente ao período de 2018-2021, priorizou a necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometem a sua população. Entre as temáticas elencadas, encontra-se a rede de atenção às doenças e condi-

ções crônicas, incluindo-se, principalmente, o câncer de mama, a partir da intensificação da prevenção e controle dessa patologia. Nesse sentido, o plano apontou a necessidade de acréscimo da realização de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos, na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2018).

O Hospital Casa de Saúde oferece mensalmente, mais de setecentas mamografias pelo SUS, por meio de equipamento moderno com tecnologia de ponta. Porém, a procura é baixa e metade das mulheres não comparece ao exame (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2019a). Tendo em vista o exposto, o presente trabalho, teve-se por objetivo identificar as fragilidades e potencialidades vivenciadas pelas mulheres para realização de exame de mamografia disponibilizado pelo SUS.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, exploratória e de caráter descritivo, realizado com usuárias dos serviços públicos de saúde, em um município da região central do Rio Grande do Sul, no período de agosto a outubro de 2020. A pesquisa qualitativa considera aspectos complexos e profundos inerentes às relações humanas, que são percebidos no cotidiano, na vivência das pessoas e na explicação do senso comum e das questões empíricas (MINAYO, 2010).

Foram convidadas a participar desta pesquisa, mulheres encaminhadas por Unidades Básicas de Saúde (UBSs) para os serviços públicos de saúde para a realização de mamografia pelo SUS. Os critérios de inclusão foram: ser maiores de 35 anos, tendo em vista que a recomendação do MS para a realização de

mamografia é para mulheres acima dessa idade, que pertencem a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama. Algumas das situações de risco elevado para o desenvolvimento de câncer de mama incluem: mulheres com história familiar de diagnóstico de câncer de mama, mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ* (BRASIL, 2006).

Excluíram-se as mulheres que apresentavam algum problema de saúde durante o período de coleta de dados. Ao todo, foram entrevistadas 14 mulheres, as quais atendiam aos critérios de inclusão e exclusão. Após esclarecimento de todas as dúvidas, as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram entrevistadas individualmente. A pesquisa desenvolveu-se com o apoio de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), tendo em vista a necessidade de isolamento devido à pandemia da COVID-19 e à impossibilidade da pesquisadora coletar os dados por meio de visitas domiciliares, como havia sido previamente planejado. As ACS receberam orientações da pesquisadora sobre como coletar os dados e fizeram esse processo presencialmente, tendo em vista que estavam realizando as visitas na comunidade. As respostas foram gravadas e, após, transcritas para favorecer a análise dos dados. Para resguardar o anonimato, a identificação das interlocutoras foi feita a partir das iniciais M (Mulheres) seguidas do número de entrada na ordem do texto. Utilizou-se a técnica de análise temática, seguindo as fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2010).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Franciscana, sob o número 3.845.479, conforme Resolução nº. 466/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao todo, participaram 14 mulheres, moradoras da região oeste do município, com idades entre 35 e 62 anos. O grau de escolaridade predominante foi ensino fundamental incompleto. A ocupação laboral variou entre funcionárias públicas, recicladoras, do lar e uma agente comunitária. A partir dos resultados obtidos, emergiram três categorias temáticas, sendo elas: A importância da detecção precoce, Dificuldades de acesso ao exame da mamografia e Estratégias para ampliar a utilização do mamógrafo, as quais serão discutidas a seguir.

A importância da detecção precoce

Graças à implantação de programas de detecção precoce e tratamento oportuno, as taxas de mortalidade por câncer de mama vêm diminuindo (BRASIL, 2019). Nesse sentido, inclui-se o diagnóstico precoce, apontando lesões em fases iniciais e rastreamento quando há aplicação sistemática de um exame, em populações assintomáticas, para identificar mulheres com anormalidades (BRASIL, 2010).

As interlocutoras desta pesquisa reconhecem a importância da realização do exame, conforme se percebe pela fala a seguir: “sei que tenho que fazer o exame. Tenho medo, pois minha mãe teve câncer de mama. Fui no Hospital fazer e fiquei aliviada quando deu tudo certo. Acho que algumas mulheres não vão fazer o exame porque têm medo, falta orientação, mas é importante descobrir cedo” (M2).

Devido à baixa procura do exame, a Prefeitura, por meio da Secretaria de Saúde, incentiva que o público feminino residente em Santa Maria realize exame de mamografia. Salienta-

-se que no mês dedicado à prevenção do câncer de mama, intitulado “Outubro Rosa”, mulheres de qualquer idade podem solicitar o exame de mamografia. Para tanto, devem dirigir-se a uma Unidade Básica de Saúde (UBS). O exame é feito pelo SUS na Casa de Saúde ou no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). A oferta é de 780 exames por mês na Casa de Saúde e de 115 por mês no HUSM (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2019a).

Considera-se relevante a instituição de ações de rastreamento para que o diagnóstico seja realizado em estádios iniciais, o que melhora, consideravelmente, as possibilidades de intervenções conservadoras e melhor prognóstico de sobrevivência (BRASIL, 2011). Apesar de identificarem a importância do exame, algumas mulheres reclamaram da demora no processo, como se depreende da fala: “fui algumas vezes no posto, mas o médico não estava. Depois fui encaminhada para o exame, mas sempre acontecia alguma coisa que impedia de fazer. Nesse tempo entre conseguir o pedido e fazer se foram uns seis meses” (M5).

Segundo o MS, o tempo entre a requisição da mamografia e o resultado é de até trinta dias, em pouco mais de um terço dos exames, com certa predominância entre as mamografias diagnósticas, o que não se verifica nos demais intervalos. É desejável que as mamografias diagnósticas sejam priorizadas na liberação do laudo para reduzir a ansiedade da paciente e favorecer o início mais rápido do tratamento, quando for o caso (BRASIL, 2006).

Apesar de o município disponibilizar exames de mamografias pela rede pública de saúde, algumas entrevistadas apontaram dificuldades para a realização do exame. Esse fato pode

colaborar para justificar a baixa procura do mesmo. Ao realizar o encaminhamento para a realização de mamografia, considera-se importante a sensibilização das mulheres para a efetiva finalização do processo. Nesse sentido, observou-se que a maioria não sabia o motivo da necessidade do exame, conforme M11: “Olha eu nem sei porque me encaminharam. Não sinto nada de anormal nos meus seios. Nunca senti caroços, ou coisa parecida. Então não fui fazer o exame. Já ouvi falar que além de demorar para fazer é doloroso” (M11).

Existem vários fatores de risco para o câncer de mama, incluindo a idade avançada, obesidade e sobrepeso após a menopausa, sedentarismo e inatividade física, consumo de bebida alcoólica, história familiar de câncer de mama na família e uso de contraceptivos hormonais (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2019). O suporte de orientação para salientar a relevância deve ser considerado no momento de atendimento dessas mulheres, impulsionando para que superem os obstáculos quando se dirigirem para a realização do exame.

Dificuldades de acesso ao exame da mamografia

A Secretaria de Saúde refere que inúmeros fatores podem levar a paciente a faltar ao exame e vem modificando o sistema de marcações por meio do Setor de Regulação e Marcação de Consultas e Exames. A intenção é localizar de forma mais ágil as pacientes e informá-las do dia, do horário e do local da consulta com mais antecedência. A iniciativa começou em metade de setembro, e deve-se sentir os resultados já ao fim deste mês (PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA, 2019b).

Apesar das tentativas de melhora de acesso das usuárias ao exame de mamografia, algumas entrevistadas citaram dificuldades para realização do exame:

Olha, marcaram o exame, tudo certo. Mas no dia eu não tinha nem dinheiro para pegar um ônibus. Sou recicladora e a vida não é fácil. Então perdi o exame e agora nem sei quando vou conseguir marcar outro. (M6)

Eu até sei onde é o hospital que faz o exame, mas é muito longe da minha casa, então complica bastante. Tu tem que perder um dia inteiro e às vezes nem consegue ser atendida. (M11)

Ainda que se tenha mamógrafos em número suficiente para atender à população alvo, há que se considerar a distribuição geográfica dos equipamentos, número e qualificação dos profissionais, além de mecanismos capazes de garantir a utilização desses serviços, tomados em relação aos locais de residência da população alvo. Estudos mostram que longas distâncias a percorrer funcionam como barreira ao uso (HUANG *et al.*, 2009; MAHESWARAN *et al.*, 2006).

Sabe-se que a redução da morbimortalidade associada ao câncer de mama está diretamente relacionada com a detecção precoce e ao tratamento efetivo, embora 60% dos tumores de mama, no Brasil, ainda sejam diagnosticados em estádios avançados (SANTOS JUNIOR; SOARES, 2012).

Além das dificuldades acima apontadas, as mulheres evidenciam que frente à pandemia da COVID-19 novas barreiras para a realização da mamografia foram impostas:

Sempre consulto no posto perto da minha casa, mas quando fui encaminhada para fazer a mamografia tive medo, pois toda hora tem notícia de pessoas internadas com COVID no hospital. Imagina eu ir para prevenir câncer e pegar COVID! Só vou fazer o exame depois que isso tudo passar. (M12)

Somado aos agravantes previamente citados pelas participantes da pesquisa, o contexto pandêmico desencadeado pela COVID-19 endossa esse cenário, ao gerar preocupações, ansiedade e restrição social, devido às medidas protecionistas de controle (SOUZA *et al.*, 2020).

Os fatores citados, acrescidos das dificuldades de deslocamentos enfrentadas por ocasião da pandemia do coronavírus, sugerem a necessidade de ampliação da divulgação acerca da realização de mamografias ofertadas pelo SUS no município, favorecendo, dessa forma, o diagnóstico precoce e, com isso, aumentando a chance de cura nos casos positivos.

Estratégias para ampliar a utilização do mamógrafo

Visando pensar estratégias que favoreçam a utilização do mamógrafo disponibilizado pelo serviço público de saúde, as entrevistadas foram questionadas sobre meios de comunicação que possuem acesso:

Em casa quase nem vejo televisão, nem dá tempo. Rádio até ouço. Mas na verdade todo mundo fala é pelo celular. Hoje ninguém vive sem celular. Qualquer um, consegue um aparelho. Às vezes até as crianças já tem um. (M8)

Aqui na comunidade todo mundo tem acesso a celular. Só dá briga quando tem que usar junto com as crianças, pois eles querem jogar o tempo inteiro. Mas eles também ajudam a buscar informações no telefone, então evito brigar. (M10)

Os tempos atuais revelam a importância da educação e a comunicação como áreas do conhecimento que fluem e se atualizam de acordo com as oportunidades oferecidas pelas mais diversas inovações tecnológicas (VALENTE, 2014). A realidade da pandemia tornou ainda mais necessária a utilização de mídias digitais como ferramenta de educação em saúde.

Atualmente, vive-se num tempo profundamente marcado pela tecnologia e artefatos digitais, no qual há uma erosão de fronteiras entre o mundo real e o virtual, resultando em papel crescente que as relações sociais *online* passaram a desempenhar na organização social (CASTELLS, 2004).

As tecnologias digitais de comunicação e educação alteraram visivelmente os meios de comunicação e ampliam possibilidades de comunicação. É possível vislumbrar mudanças substanciais nos processos comunicacionais, alterando a maneira como se recebe e acessa a informação (VALENTE, 2014).

Portanto, os tempos atuais exigem novas abordagens educativas para enfrentamento dos problemas de saúde, tais como o câncer de mama, e empreender novas formas de atuar sobre esta contemporaneidade, em que as tecnologias de informação e comunicação se fazem presentes.

Considerando-se o câncer uma doença crônica que pode interferir, diretamente, na qualidade de vida das mulheres acometidas, seja com a imagem do próprio corpo ou pela limitação das atividades cotidianas, este pode levar à depressão, an-

siedade, ideação suicida, insônia e medo, além do isolamento social. Com a necessidade de isolamento social, muitas pessoas buscam o espaço virtual como meio de interação, por meio das páginas e grupos de apoio relacionados à sua doença. Esses espaços, além de proporcionarem informações sobre a doença, prevenção e suporte, trazem esperança para o enfrentamento do problema, seja pelo compartilhamento de experiências, seja pelo reconhecimento e identificação de outras na mesma situação (MELO, 2016).

A partir do momento em que se conhecem as fragilidades econômicas e sociais que podem interferir no acesso à mamografia, as políticas públicas da saúde da mulher se fortalecem e, com isso, há melhora na assistência de saúde oferecida, tendo uma redução na morbimortalidade por câncer de mama em todo o Brasil (BEZERRA, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o objetivo identificar as fragilidades e potencialidades vivenciadas pelas mulheres para a realização de exame de mamografia disponibilizado pelo SUS, percebeu-se por este estudo que, apesar da disponibilização do exame na rede pública, as mulheres nem sempre o acessam.

Fatores geográficos, sociais e econômicos surgiram como justificativas para o não comparecimento no serviço de saúde pública para a efetivação do exame para auxílio ao diagnóstico. Situações de fragilidade, como a demora para a aquisição do resultado, aparecem como fator que desmotiva a sua realização.

Sugere-se que a divulgação de modos de prevenção do câncer de mama, fatores de risco e outras informações impor-

tantes, sejam amplamente divulgadas nas Unidades de Saúde, bem como nos meios de comunicação. Propõe-se, inclusive, como produto final, a criação de ferramenta digital com informações pertinentes ao câncer de mama e possibilidade de interação com as usuárias, tendo em vista que a maioria possui acesso à internet.

REFERÊNCIAS

AMARAL, P. *et al.* Distribuição espacial de equipamentos de mamografia no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, v. 19, n. 2, p. 326-341, maio/ago. 2017. Disponível em: <https://rbeur.anpur.org.br/rbeur/article/view/5417>. Acesso em: 21 dez. 2020.

APOSTOLOU, P.; FOSTIRA, F. Hereditary breast cancer: the era of new susceptibility genes. **BioMed Research International**, v. 2013, Article ID 747318, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/747318>. Acesso em: 17 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Parâmetros técnicos para programação de ações de detecção precoce do câncer da mama: recomendações para gestores estaduais e municipais**. Rio de Janeiro: INCA, 2006. Disponível em: <https://bityli.com/GW-WuTI>. Acesso em: 26 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA) Coordenação Geral de Ações Estratégicas Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas. Sistema de Informações sobre mortalidade. **Óbitos por residência segundo causa CID-BR-10**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

CASTELLS, M. **A galáxia internet**: reflexões sobre internet, negócios e sociedade. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.

ELTING, L. S. Mammography capacity impact on screening rates and breast cancer stage at diagnosis. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 37, n. 2, p. 102-108, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19524392/>. Acesso em: 27 out. 2020.

HUANG, B.; DIGNAN, M.; HAN, D.; JOHNSON, O. Does distance matter? Distance to mammography facilities and stage at diagnosis of breast cancer in Kentucky. **Journal Rural Health**, v. 25, n. 4, p. 366-371, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19780916/>. Acesso em: 16 set. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativa 2006**: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **A situação do câncer de mama no Brasil**: síntese de dados dos sistemas de informação. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://cutt.ly/WHa2Klq>. Acesso em: 17 nov. 2020.

MAHESWARAN, R. Socioeconomic deprivation, travel distance, location of service, and uptake of breast cancer screening in North Derbyshire, UK. **Journal of Epidemiology Community Health**, v. 60, n. 3, p. 208-212, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2465550/>. Acesso em: 26 set. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. **Plano Municipal de Saúde de 2018-2021**. Santa Maria: PMSM, 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. **Prefeitura reforça pedido para que mulheres solicitem exames de mamografia em unidades de saúde**. Santa Maria: PMSM, 2019a. Disponível em: <https://bityli.com/tRjzdY>. Acesso em: 25 nov. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. **Hospital Casa de Saúde realiza programação especial em função do Outubro Rosa**. Santa Maria: PMSM, 2019. Disponível em: <https://bityli.com/xYlrTx>. Acesso em: 25 abr. 2020.

SANTOS JUNIOR, J. C.; SOARES, L. F. M. Câncer de Mama. In: VIEIRA, S. C. et al. **Oncologia básica**. Teresina: Fundação Quixote, 2012. p. 41-60.

SOUZA, J. B. et al. Câncer em tempos de COVID-19: repercussões na vida de mulheres em tratamento oncológico. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, p. e51821, 2020. Disponível em: <https://cutt.ly/FHa1996>. Acesso em: 26 set. 2020.

VALENTE, J. A. A Comunicação e a Educação baseada no uso das Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação. **UNIFESO – Humanas e Sociais**, v. 1, n. 1, p. 141-166, 2014. Disponível em: <https://cutt.ly/THa2hk2>. Acesso em: 16 mar. 2020.

2. TECNOLOGIA SOCIAL: DA TEORIA AO LABORATÓRIO DE PRÁTICA SOCIAL

Nathalia Hoffmann Adames, Elviane Stefano, Keity Lais Siepmann Soccol, Luiz Fernando Rodrigues Junior, Dirce Stein Backes

RESUMO

Objetivou-se descrever o percurso de implementação da tecnologia social denominada: “Tecnologia Social: produção emancipatória e empreendedora com mulheres de uma associação de materiais recicláveis”. Trata-se de uma pesquisa-ação desenvolvida de forma original, sistematizada, construtiva e colaborativa com mulheres de uma Associação de Materiais Recicláveis, no sul do Brasil. Desenvolvido entre março/2020 e fevereiro/2021, a partir de um conjunto sistematizado de intervenções coletivas com as 28 mulheres da Associação, organizado em seis etapas: 1ª) reconhecimento do campo e demandas; 2ª) delineamento de estratégias; 3ª) desenvolvimento, validação, registro e lançamento de um aplicativo; 4ª) desenvolvimento da Rede Social; 5ª) confecção de uma cartilha bilíngue; 6ª) criação de vídeo educativo infantil sobre a sustentabilidade ambiental. Concluiu-se, que a tecnologia social implementada, demonstrou que é possível protagonizar processos inovadores, desde que concebidos e alinhados dialogicamente aos diferentes atores, respeitando o espaço, as demandas, os contextos e as singularidades dos sujeitos.

Palavras-chave: tecnologia social; reciclagem; saúde coletiva; sustentabilidade ambiental; empreendedorismo social.

INTRODUÇÃO

As tecnologias sociais, em geral, vêm assumindo, ao longo dos últimos anos, diferentes compreensões e conotações. Em âmbito sul-americano, a expressão vem associada à inovação social e denota um significado epistêmico de grande influência. Em publicações de língua inglesa, o termo “*social technology*” faz referência às redes sociais de Internet. A tecnologia social se caracteriza, portanto, como método de construção e desenvolvimento comunitário, possibilitando espaço para o surgimento de processos de inovação social, na busca de soluções às demandas da sociedade, ou seja, desenvolve-se na interação e pelo engajamento dos atores sociais (HORST; FREITAS, 2016; SOUSA, 2017; SOUZA; POZZEBON, 2020).

Para além de apresentar soluções pontuais ou um percurso pré-determinado, a tecnologia social demanda habilidades e competências que vão da criatividade à análise crítico-reflexiva. Assim, a partir de uma perspectiva emancipatória, a tecnologia social não se limita às técnicas duras, mas se traduz num conjunto sistemático de procedimentos, que torna possível o planejamento, a execução e a avaliação, instigando o indivíduo a pensar, a refletir e a agir, tornando-o sujeito de seu próprio processo existencial (ALBERGHINI; CRICELLI; GRIMALDI, 2010; BUGHIN; BYERS; CHUI, 2011; CHUI *et al.*, 2012; SEBRAE, 2017; VIANA *et al.*, 2018).

A tecnologia social transcende, nessa perspectiva, a implementação de soluções unilaterais e assistencialistas para determinados problemas. Ela visa, em última análise, induzir o protagonismo social pelo fomento de processos emancipatórios, os quais iniciam pela construção de suas próprias ferramentas,

com base no diálogo com a sociedade civil, numa busca conjunta de saberes e práticas sociais que contribuam para a melhoria das condições de vida da população. Requer-se, para tanto, uma construção em redes e parcerias capaz de gerar melhorias locais de impacto social (COSTA, 2013).

Com base no exposto, define-se tecnologia social, neste estudo, como resultado de um processo emancipatório, por meio do qual atores sociais mobilizam métodos e ferramentas com vistas à promoção de transformações locais de impacto social. Essa tecnologia é expressa pela intervenção social, que é inclusiva em seu percurso, desenvolvida e difundida de acordo com as possibilidades e as limitações da comunidade envolvida. É uma proposta participativa de construção de saberes e práticas, de fazer ciência e tecnologia para o desenvolvimento e a realização do ser humano e de seus interesses coletivos (BONILHA; SACHUK, 2011).

É possível argumentar, a partir de uma percepção sistêmico-complexa, que as tecnologias sociais estão diretamente associadas ao fomento do “viver saudável” de indivíduos, famílias e comunidades. Considerado um processo singular, circular e interativo, dinamizado por meio de vivências de ordem e desordem em busca de uma contínua auto-organização, o viver saudável somente é possível pela articulação intersectorial e colaborativa dos diferentes atores sociais.

Objetiva-se, com base no exposto, descrever o percurso adotado para a implementação da tecnologia social em uma Associação de Materiais Recicláveis intitulada “Tecnologia Social: Produção emancipatória e empreendedora com mães de uma associação de materiais recicláveis”.

METODOLOGIA

O presente trabalho se insere em um projeto multiprofissional ampliado de pesquisa-ação, em curso desde o ano de 2009, intitulado: “**Empreendedorismo Social da Enfermagem em uma Associação de Materiais Recicláveis**”, aprovado pelo comitê de ética em pesquisa sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 55840116.7.0000.5306. A pesquisa-ação possibilita, de forma gradual e sistemática, descrever as características da população estudada e levantar opiniões em consonância com processos de intervenção na realidade dos participantes (KOERICH *et al.*, 2009).

A pesquisa-ação foi desenvolvida de forma sistematizada e colaborativa, com mães/mulheres/gestantes de uma Associação de Materiais Recicláveis, localizada na região central do estado do Rio Grande do Sul. Essa instituição existe desde o ano de 2009, com o propósito de oportunizar trabalho a um grupo de cerca de 28 mulheres, que garantem subsistência às suas famílias por meio da reciclagem.

Este estudo foi desenvolvido entre março/2020 e fevereiro/2021, a partir de um conjunto sistematizado de intervenções coletivas com as 28 integrantes da Associação, organizadas em seis etapas. A primeira delas consistiu no reconhecimento do campo e demandas, seguida pelo delineamento de estratégias. Num terceiro momento, houve o desenvolvimento, validação, registro e lançamento de um aplicativo. Por fim, as três últimas fases compreenderam o desenvolvimento da Rede Social para a divulgação do aplicativo, bem como a confecção de uma cartilha bilíngue intitulada “As aventuras do Cataman: salvando o mundo pela reciclagem”, e a criação de vídeo educativo infantil sobre a sustentabilidade ambiental.

Salienta-se, que todo o percurso metodológico foi desenvolvido em meio à pandemia provocada pelo novo Coronavírus (COVID-19), sob a orientação dos protocolos de restrição social, no intuito de ser presença e apoio para os integrantes da Associação, em um dos momentos mais críticos da história da humanidade, no qual os excluídos sociais se tornaram ainda mais excluídos.

A Figura 1, a seguir, ilustra as etapas percorridas para o desenvolvimento da Tecnologia Social: Produção emancipatória e empreendedora com mulheres/mães/gestantes de uma associação de materiais recicláveis. Salienta-se, que as etapas serão detalhadas no item resultados e discussões.

Figura 1 - Etapas percorridas para o desenvolvimento da tecnologia social.



Fonte: as autoras (2021).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Detalhar-se-á, na sequência, cada uma das etapas percorridas para o desenvolvimento da Tecnologia Social: Produção emancipatória e empreendedora com mães de uma associação de materiais recicláveis.

1ª Etapa: Reconhecimento de campo e demandas

Com a finalidade de transcender limites, modificar arranjos institucionais, valorizar nichos e potencializar as iniciativas das 28 mulheres/mães/gestantes de uma Associação de Materiais Recicláveis, buscou-se a articulação e o movimento pela defesa da vida e do ambiente, almejando contribuições significativas para a transformação da realidade de um problema socialmente desejável pelas próprias autoras. Possibilitou-se, para tanto, interações e atividades periódicas que permitissem o fortalecimento e a ampliação do vínculo entre pesquisadores e mulheres/mães/gestantes da Associação.

Semanalmente, às terças-feiras, no turno da manhã, a equipe do projeto ampliado, integrado por Mestrandos do Programa, bolsistas de iniciação científica do Curso de Enfermagem e interessados de outros cursos da instituição, se dirigiam à Associação para o desenvolvimento das atividades previamente planejadas com todos os integrantes em um cronograma de ações semestrais. Nessas idas, realizavam-se rodas de conversa; oficinas de culinária e aproveitamento dos alimentos; atividades de educação em saúde; atividades de organização do ambiente; celebrações religiosas, celebrações alusivas ao Dia das Mães (Figura 2); o evento *Integraday* e outros, a fim de simbolizar o dia de integração com diversas atrações; confraternização de

Natal, a qual contou com a presença muito especial da família das mães recicladoras, música, almoço e Papai Noel, dentre outras atividades.

Todas estas ações foram realizadas mesmo durante o período pandêmico, com base em protocolos rigorosos de distanciamento e acordos coletivos continuamente revistos e avaliados com a participação de todos os integrantes. Na sequência, apresentar-se um conjunto de imagens/figuras, que ilustram o movimento interativo e transformador entre os agentes universitários e os atores da Associação.

Figura 2 – Homenagem alusiva ao Dia das Mães, em maio de 2021.



Fonte: as autoras (2021).

Notícia site da Universidade Franciscana: <https://www.ufn.edu.br/site/detalhes-noticia/ufn-homenageia-recicladoras-da-asmar-pelo-dia-das-maes>

2ª Etapa: Delineamento de estratégias

Buscou-se construir estratégias para a geração de mudanças sociais, de forma proativa, coletiva, solidária e democrática, possibilitando um fluxo livre de informações, negociações e associações. A partir dessa ambiência, integração e participação efetiva e colaborativa, as mães/mulheres/gestantes empreendedoras evidenciaram a necessidade e o desejo de melhorarem a sua renda mensal, pela ampliação da quantidade e da qualidade do material que recebido pela Associação, além da vontade de serem lembradas e reconhecidas pelo trabalho que prestam à sociedade. Demonstraram, em outras palavras, um evidente interesse em serem reconhecidas em sua dignidade e visibilizadas como empreendedoras, pela relevância de seu trabalho social e de promoção da sustentabilidade ambiental. Elas reforçaram, em vários momentos do projeto, que as atividades por elas desempenhadas são de fundamental importância para a preservação e a limpeza da cidade e do ambiente. Demonstraram, ainda, que se sentem realizadas naquilo que fazem, mas que desejam ser valorizadas, respeitadas e dignificadas como pessoas e cidadãs.

Foi com base nesse desejo e instigação coletiva que se escolheu o título da presente tecnologia social como sendo “Tecnologia Social: Produção emancipatória e empreendedora com mães de uma associação de materiais recicláveis” e, ainda, buscaram-se alternativas que ampliassem a captação de materiais

recicláveis, para que pudessem aumentar a sua renda mensal. Surgiu, nesse processo de discussões, a ideia de desenvolver um aplicativo de auxílio à captação de materiais recicláveis que, ao final do processo, foi denominado “Recicla RS”, além de outras ferramentas de sensibilização e conscientização sobre a relevância da reciclagem.

As estratégias foram delineadas paulatinamente, assim como avaliadas e reordenadas sempre que necessário. Todo esse percurso ocorreu mediante rodas de discussão, debates, escuta ativa e diversas outras interlocuções, com anotações em diário de campo. Atentou-se para que todo o processo fosse centrado nos atores sociais, tornando-os protagonistas de sua própria história, por meio das múltiplas relações, interações e associações sistêmicas (BACKES *et al.*, 2016).

3ª Etapa: Desenvolvimento, validação, registro e lançamento do aplicativo Recicla RS

Com base nas demandas evidenciadas e estratégias delineadas, deu-se início ao desenvolvimento de uma ferramenta de suporte à captação de materiais recicláveis. Desenvolveu-se, a partir de então, o aplicativo **Recicla RS** que poderá, por meio de sua plataforma, cadastrar outras Entidades Recicladoras.

O Recicla RS foi desenvolvido com *design* centrado no usuário e com o apoio de uma empresa especializada, que buscou promover a interação entre o cidadão que deseja doar materiais reciclados e a entidade recicladora, conforme ilustra a Figura 3. O interessado informa, via aplicativo, o material que deseja doar, enquanto a entidade cadastrada no sistema recebe uma notificação e então retorna o contato para agendar a cole-

ta. O benefício ao doador está em receber materiais educativos (como o destino correto para materiais recicláveis) e também obter informativos relacionados à forma com que a instituição foi beneficiada com as doações que recebeu.

O desenvolvimento do aplicativo móvel para captação de materiais sólidos, envolveu o usuário ao longo do processo e possibilitou, ao final, um produto que se relacionasse, de forma colaborativa, com o que ele almejava e necessitava, conferindo-lhe maior satisfação e resolução no alcance dos resultados desejados. Para a etapa técnica de desenvolvimento e produção do Recicla RS, que visa à obtenção de materiais sólidos, foi contratada uma empresa de tecnologia e informação, bem como contratação de outra entidade responsável pela criação de manual de marca e logomarca.

A validação da tecnologia desenvolvida foi realizada com os diferentes usuários envolvidos no processo, isto é, com o usuário entidade recicladora e usuário doador do material que irá para a reciclagem. Nesse processo de validação, cada um dos itens das três dimensões (aparência, funcionalidade e confiabilidade) foi avaliado como adequado para funcionamento.

Paralelamente, foram realizados treinamentos e alinhamentos coletivos, bem como o lançamento público do aplicativo, que contou com a participação de autoridades e lideranças locais, regionais e federais, além de ampla divulgação em veículos de notícias locais e regionais. Por fim, o Recicla RS foi registrado no Instituto Nacional da Propriedade Industrial, sob o número 512020002419-0, e encaminhado pedido de registro de marca de produto e/ou serviço (mista) do elemento nominativo, também no Instituto Nacional da Propriedade Industrial, protocolado com o número de processo 921013817.

Figura 3 – Fluxograma principal do aplicativo Recicla RS



Fonte: elaboração dos autores.

Apresenta-se, na sequência, os *links* das notícias divulgadas pelos meios de comunicação social, todas relacionadas às repercussões do REICLA RS em âmbito local, regional e nacional.

• DIÁRIO DE SANTA MARIA

<https://diariosm.com.br/not%C3%ADcias/geral/mestranda-da-ufn-cria-aplicativo-para-coleta-de-materiais-recicl%C3%A1veis-1.2272720>

• NOTÍCIA EMITIDA EM JORNAL DE CIRCULAÇÃO REGIONAL

<https://globoplay.globo.com/v/9001293/>

• SITE DA UNIVERSIDADE FRANCISCANA

<https://www.ufn.edu.br/site/detalhes-noticia/aplicativo-recicla-rs-ja-esta-disponivel-para-download>

- **PROGRAMA UNIVERSO ACADÊMICO DA UFN**

<https://www.youtube.com/watch?v=ZDhmbrHQRQo>

- **SITE DA UNIVERSIDADE FRANCISCANA**

<https://www.ufn.edu.br/site/detalhes-noticia/ufn-e-asmar-lan-cam-o-recicla-rs>

- **RÁDIO WEB UFN**

https://open.spotify.com/episode/0I9UYACHOeTqRICBXpYQ-tU?si=vZ_svdX0S224emxIKv1bgw

- **DIVULGAÇÃO NO INSTAGRAM DO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MATERNO INFANTIL**

<https://www.instagram.com/p/CHNWQa0sTYn/?igshid=aqgtc-wq34dtd>

- **INSTAGRAM DO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MATERNO INFANTIL**

<https://www.instagram.com/tv/CHVz6uyFgxz/?igshid=-1qyfotl8gg547>

- **LINK DE ACESSO AO LANÇAMENTO VIRTUAL DO APLICATIVO RECICLA RS**

<https://www.youtube.com/watch?v=5YTzZ0rspf0>

4ª Etapa: desenvolvimento de Rede Social para a divulgação do Recicla RS

Na busca por ampliar a divulgação do aplicativo Recicla RS e no intuito de possibilitar conexões entre usuários, empresas e associações para o compartilhamento de interesses e objetivos em comum, no sentido de fomentar a cultura da reciclagem

e as boas práticas em relação ao meio ambiente e comunidade, optou-se por qualificar a difusão por meio do uso de redes sociais. Intentou-se, por meio delas, estimular atividades de mobilização, sensibilização, educação, humanização das redes, capacitação e de resposta da tecnologia às especificidades locais. Visou-se, ainda, a replicabilidade e um alcance nacional do Recicla RS, propiciando processos por meio dos quais o sujeito replicador estabelece uma relação de troca de conhecimentos, objetivando a apropriação e a recriação da tecnologia social pela comunidade.

Criou-se, para tanto, a página **Projeto Talento** no Instagram quanto no Facebook, com vistas à construção de um espaço coletivo que agrega diferentes atores sociais, almejando que se reconheçam como produtores de uma nova cultura participativa, formativa e inovadora. É preciso que, além de reprodutores, todos sejam protagonistas de um novo pensar e agir, no que se refere ao viver saudável.

As etapas de criação deste espaço nas redes sociais foram de planejamento e reuniões com a equipe multiprofissional, de forma remota, para a elaboração de *setup* (configuração/customização) e do calendário editorial. Na fase de planejamento, definiu-se, com a equipe responsável pelo conteúdo e *marketing*, o *setup* das redes sociais que consta do posicionamento, proposta de valor, *links* e linhas editoriais. O posicionamento ficou definido como: “Ensinamos, impactamos a comunidade e transformamos vidas através da reciclagem”. A proposta de valor foi fixada como: “Conectamos você aos catadores e recicladoras da cidade - APP Recicla RS”. No decorrer deste processo houve, também, a definição dos *links* que estariam presentes nas redes sociais, a exemplo de: para baixar o aplicativo Reci-

cla RS; para baixar a tabela da reciclagem para impressão; os de acesso à cartilha bilíngue “Salvando o mundo pela reciclagem” (versão português e inglês); bem como *link* de contato pelo WhatsApp. Definiu-se como linhas editoriais a Linha Institucional – ASMAR – na qual se insere o Projeto e ao aplicativo Recicla RS; a Linha Educacional, referente às definições, dados, informação, dicas, entre outros; e, por fim, a Linha Lazer/recreação, relacionada ao *Do it Yourself* (*DIY* ou faça você mesmo, em português), memes, frases motivacionais, entre outros.

Estabeleceu-se, assim, o calendário editorial que será realizado mensalmente, com a criação de conteúdos e artes com uma semana de antecedência para, dessa forma, alinhar e organizar as demandas e promover o engajamento do público. Intui-se, nessa direção, produzir um conteúdo humanizado e de construção permanente com as mães/mulheres/gestantes empreendedoras da reciclagem e a comunidade.

Link de acesso da rede social Facebook e Instagram: <https://www.facebook.com/reciclarsapp/> e https://www.instagram.com/reciclars_/?igshid=r624zyk788jh

5ª Etapa: confecção de material educativo em formato de cartilha

A cartilha bilíngue, versão em português “As aventuras do Cataman: Salvando o mundo pela reciclagem!” e versão em inglês “The adventures of Cataman: Saving the world through recycling”, foi caracterizada em formato de história em quadinhos. Esta tem por objetivo estimular crianças escolares e suas famílias a atitudes e práticas conscientes e responsáveis em relação à sustentabilidade ambiental e à reciclagem.

A cartilha surgiu com enfoque nas mudanças comportamentais dos sujeitos, utilizando esta tecnologia educativa no processo de ensino e aprendizagem. Para a produção da cartilha realizou-se ampla pesquisa com uma equipe multiprofissional, que contou com pedagogos e professores de uma escola básica do município, assim como profissionais da área do *design*, *marketing*, tecnologia de informação e comunicação, administração e saúde.

A Cartilha foi pensada para ser de simples compreensão, baixo custo, atraente e de fácil manejo, no sentido de despertar o interesse e a curiosidade das crianças desde os seus primeiros anos de vida. O material foi embasado com dúvidas que a comunidade local tinha sobre a prática da reciclagem e que foram enviadas por meio do aplicativo Recicla RS, tais como: Quais os materiais que posso reciclar? Quais os materiais considerados não recicláveis? Como posso contribuir com a reciclagem?

Após a definição do tema e do produto a ser desenvolvido, realizaram-se encontros de forma remota para a pré-produção, produção e pós-produção da cartilha. Assim, na etapa de pré-produção foi desenvolvido o conteúdo do roteiro e *storyboard*. Na produção emergiram os personagens que integram a história (mãe e sua filha, o cachorrinho, o Sujismundo e o Cata-man), as imagens e as cores, pensadas para uma prática a ser construída em casa, na rua, na escola e em lugares públicos, no sentido de induzir a reciclagem de forma implícita e autônoma.

Na pós-produção, fez-se a organização e a edição da cartilha (Figura 4) em sua concepção original, sendo esta a última fase, a qual recobre todas as demais atividades. Após a sua finalização, decidiu-se pela elaboração da cartilha bilíngue (português e inglês), a fim de possibilitar replicabilidade e abrangên-

cia global. Por fim, solicitou-se o *International Standard Book Number/* Padrão Internacional de Numeração de Livro (ISBN) à Biblioteca Nacional, da versão em ambos os idiomas do material.

Figura 4 – Capa da Cartilha bilingue (versão português e inglês)



Fonte: concepção dos autores.

Links de acesso às Cartilhas: <https://reciclars.com.br/noticia/cartilha-as-aventuras-do-cataman-salvando-o-mundo-pela-reciclagem-em-17122020-145738/detalhes> e <https://reciclars.com.br/noticia/the-adventures-of-the-cataman-saving-the-world-by-recycling-em-28012021-215626/detalhes>

6ª Etapa: criação de vídeo educativo infantil sobre a sustentabilidade ambiental

O desenvolvimento do vídeo educativo infantil visa estimular ações e mudanças que não são necessariamente estruturais, mas que apresentam o potencial de transformar a qualidade de vida das crianças, famílias e da comunidade. Dessa maneira, buscou-se ajudar a construir uma relação mais sustentável da sociedade com seus espaços privados e públicos, de forma subjetiva e intrínseca, além de comprometer mais as pessoas na solução dos problemas ambientais.

Após a definição do tema e do produto a ser desenvolvido, foram realizadas reuniões com a equipe multiprofissional, de forma remota, para a pré-produção, produção e pós-produção. Na etapa de pré-produção do vídeo, realizou-se a elaboração do conteúdo e do *storyboard* (desenho das cenas). Na fase de produção, efetuou-se a aplicação de animação, gravação de áudios e finalização do vídeo, no qual foram utilizados os personagens da cartilha “Salvando o mundo pela reciclagem”, correspondentes à menina e sua mãe, ao cachorrinho, ao Sujismundo e ao Cataman, o qual é conhecido e admirado pelas crianças e pela comunidade.

A mídia está disponível nas redes sociais do Facebook e Instagram, *site* e aplicativo Recicla RS, com duração de três minutos. *Link* de acesso ao vídeo: <https://reciclars.com.br/noticia/video-as-aventuras-do-cataman-em-01032021-234601/detalhes>

Ao utilizar a ludicidade como aliada à percepção de crianças, espera-se contribuir com o processo de sensibilização, com vistas à construção de uma relação sustentável com o meio ambiente, bem como potencializar a prática da reciclagem.

Reconhece-se que o ser humano se move como ser social por meio de processos interativos, dialógicos e complementares, que se iniciam no ambiente familiar e se prolongam para os diversos espaços e eventos sociais. Estes, por sua vez, são potencializados pela capacidade de ser único e diferente, singular, múltiplo e, ao mesmo tempo, por possibilitarem novas e sempre mais complexas comunicações associativas, as quais também compreendem a saúde como um fenômeno complexo. Assim, as interações entre os indivíduos produzem a sociedade, que testemunha o surgimento da cultura e que retroage sobre os indivíduos pela cultura (MORIN, 2009).

Evidenciou-se, em todo o percurso da pesquisa-ação, que não bastam políticas públicas de cunho social ou intervenções exitosas de caráter assistencialista. Hoje, mais que em outros tempos, são necessários processos colaborativos e intersetoriais de combate às iniquidades sociais, tendo em vista que cada setor, enquanto parte reage/interage diretamente com o todo (sistema social). Para tanto, é fundamental que os diferentes segmentos da sociedade sejam ouvidos, compreendidos e acolhidos em suas necessidades singulares e multidimensionais. Além disso, é fundamental que as expectativas de vida e de trabalho dos diferentes atores sociais sejam reconhecidas e potencializadas em âmbito individual e coletivo. Uma sociedade igualitária requer engajamento coletivo e políticas de fomento à inclusão social (BACKES *et al.*, 2021).

De acordo com Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Agenda 2030, as tecnologias sociais têm enorme potencial para reduzir as desigualdades sociais, a partir da concepção, produção e implementação de produtos alinhados às necessidades dos cidadãos e grupos vulneráveis. Entre as tecnologias sociais

estão as práticas de intervenção social, as quais envolvem métodos e ferramentas específicas, capazes de transcender concepções lineares e assistencialistas, mobilizar diferentes grupos sociais e contribuir para a transformação de realidades. Logo, não basta identificar as demandas sociais. É preciso, também, identificar e desenvolver mecanismos de inserção, vinculação e transformação (SOUZA; POZZEBON, 2020).

As tecnologias sociais são, atualmente, as principais aliadas, em âmbito global, para o alcance dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável propostos pela Agenda 2030. Não bastam, portanto, boas ideias, políticas e metas prospectivas, mas soluções tangíveis, viáveis e condicentes com a realidade de cada grupo social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Tecnologia Social: Produção emancipatória e empreendedora com mães de uma associação de materiais recicláveis, desenvolvida de forma construtiva e colaborativa, demonstrou que é possível protagonizar processos inovadores, desde que concebidos e alinhados de forma dialógica com os diferentes atores, respeitando o espaço e as demandas, contextos e singularidades dos sujeitos.

A realização deste estudo possibilitou uma construção singular, isto é, sem um percurso previamente definido e/ou um catálogo de respostas previamente concebidas. A construção da tecnologia social se deu de forma gradual, sistemática e colaborativa. Nesse processo, todos os atores sociais, sobretudo, as mães/mulheres da Associação, participaram ativamente por

meio de ideias, sugestões e críticas. Sendo assim, a tecnologia não pode ser dada como conclusiva, mas se traduz em contínua (re)criação e qualificação, a fim de alcançar as metas a médio e longo prazo. Permanecem as seguintes lições:

- A produção coletiva e participativa gera prazer e transforma vidas;
- A interação Universidade e comunidade amplia possibilidades, estabelece vínculos e transforma cenários;
- A atuação em redes intersetoriais potencializa iniciativas e fortalece os caminhos da inovação;
- O viver saudável requer, necessariamente, conexões e associações com os diversos setores, áreas e temáticas sociais, considerando que tudo está interconectado;
- O protagonismo social se efetiva pela interlocução de saberes e práticas dialógicas e não lineares;
- E, por fim, as tecnologias sociais emanam, em suma, de desejos, perspectivas, vontades, sonhos e ações propuloras de mudanças, considerando que a transformação é gradual e molecular.

REFERÊNCIAS

ALBERGHINI, E.; CRICELLI L.; GRIMALDI, M. Implementing knowledge management through it opportunities: definition of a theoretical model based on tools and processes classification. In: EUROPEAN CONFERENCE ON INTELLECTUAL CAPITAL. 2010, Lisboa, PO. **Proceedings** [...]. Lisboa, PO, 2010. p. 22-33.

APLICATIVO RECICLA RS JÁ ESTÁ DISPONÍVEL PARA DOWNLOAD. **Universidade Franciscana – UFN**, Santa Maria, 10 nov. 2020. Disponível em: <https://www.ufn.edu.br/site/detalhes-noticia/aplicativo-recicla-rs-ja-esta-disponivel-para-download>. Acesso em: 10 nov. 2020.

BACKES, D. S. et al. Interatividade sistêmica entre os conceitos interdependentes de cuidado de enfermagem. **Aquichan**, Bogotá, v. 16, n. 1, p. 24-31, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2016.16.1.4>. Disponível em: l1nq.com/U85iY. Acesso em: 24 jan. 2021.

BONILHA, M. C.; SACHUK, M. I. Identidade e tecnologia social: um estudo junto às artesãs da Vila Rural Esperança. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 412-437, jun. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-39512011000200011>. Disponível em: l1nq.com/x71Ep. Acesso em: 24 jan. 2021.

BUGHIN, J.; BYERS, A. H.; CHUI, M. How business uses social technologies. **Mckinsy Quarterly**, 2011. Disponível em: http://www.mckinsey-quarterly.com/newsletters/chartfocus/2012_05.html. Acesso em: 16 jan. 2020.

CHUI, M.; MANYIKA, J.; BUGHIN, J. et al. The social economy: unlocking value and productivity through social technologies. **McKinsey Global Institute Report**, 2012.

COSTA, A. B. (org.) **Tecnologia social e políticas públicas**. São Paulo: Instituto Pólis; Brasília, DF: Fundação Banco do Brasil, 2013.

ESTUDANTE CRIA APLICATIVO PARA FACILITAR A COLETA DE MATERIAIS RECICLADOS, EM SANTA MARIA. **Bom Dia Rio Grande**, RBS TV, Porto Alegre, 06 nov. 2020. Disponível em: <https://globoplay.globo.com/v/9001293>. Acesso em: 6 nov. 2020.

HORST, M. V. L.; FREITAS, G. C. C. Desenvolvimento sustentável e inovação: a reciclagem sob a perspectiva da tecnologia social. **Revista Tecnologia e Sociedade**, Curitiba, v. 12, n. 26, p. 19-41, 2016. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rts/article/view/3787>. Acesso em: 17 nov. 2020.

KOERICH, M. S. et al. Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 717-723, 2009. Disponível em: <https://abre.ai/etET>. Acesso em: 14 out. 2020.

LANÇAMENTO VIRTUAL DO APLICATIVO RECICLA RS. **Mestrado Profissional Saúde Materno Infantil – UFN**, Santa Maria, 06 nov. 2020. 1 vídeo (44 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=5YT-zZ0rspf0>. Acesso em: 6 nov. 2020.

MESTRANDA DA UFN CRIA APLICATIVO PARA COLETA DE MATERIAIS RECICLÁVEIS. **Diário de Santa Maria**, Santa Maria, 29 out. 2020. Disponível em: lnq.com/bdvFp. Acesso em: 29 out. 2020.

MESTRANDA DA UFN LANÇA APLICATIVO RECICLA RS. **Universo Acadêmico**, Santa Maria, 30 out. 2020. 1 vídeo (26 min). Disponível em: lnq.com/2JBuW. Acesso em: 30 out. 2020.

MORIN, E. **El método I**: La naturaleza de la naturaleza. 8. ed. Madrid: Cátedra, 2009.

SEBRAE. **Tecnologias sociais**: como os negócios podem transformar comunidades. Cuiabá, 2017. Disponível em: lnq.com/53YkT. Acesso em: 18 jan. de 2021.

SOUSA, I. V.; BRASIL, C. C. P.; SILVA, R. M. et al. Diagnóstico participativo para identificação de problemas de saúde em comunidade em situação de vulnerabilidade social. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. V.22, n.12, p. 3945-3954. 2017. Disponível em: lnq.com/uKYEk. Acesso em: 18 jan. 2021.

SOUZA, A. C. A. A.; POZZEBON, M. Práticas e mecanismos de uma tecnologia social: proposição de um modelo a partir de uma experiência no semiárido. **Organizações e Sociedade**, Salvador, v. 27, n. 93, p. 231-254, jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/1984-9270934>. Disponível em: lnq.com/YZQIK. Acesso em: 19 jan. 2021.

VIANA, L. R. et al. Tecnologia educacional para mediar práticas educativas sobre alimentação complementar na Amazônia: estudo de validação. **RISTI**, Porto, n. 28, p. 29-40, set. 2018. Disponível em: lnq.com/vjIK2. Acesso em: 17 jun. 2019.

3. GUIA INFORMATIVO PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA: SAÚDE MENTAL DA GESTANTE/PUÉRPERA

Ana Paula Palmeira Marques Lied, Cristina Saling Krueh, Shana Hastenpflug Wottrich, Regina Gema Santini Costenaro, Jessica Aguiar, Josiane Lieberknecht Wathier Abaid

RESUMO

Neste estudo, objetivou-se compreender a percepção de profissionais de saúde quanto a atenção à saúde mental da gestante e puérpera na atenção básica e seus desafios quanto ao reconhecimento e encaminhamentos e, a partir das respostas, construir um guia informativo para estes profissionais. Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritivo-exploratória realizada com duas equipes da atenção básica de saúde numa cidade do interior do Rio Grande do Sul. Participaram do estudo 16 profissionais de Saúde. As informações foram coletadas por meio de entrevista semiestruturada e analisadas pelo método de Análise de Conteúdo. Os resultados apontaram que os profissionais de saúde identificam sinais e sintomas de sofrimento psíquico nas gestantes e puérperas e realizam encaminhamentos quando necessários. É indicado o fortalecimento do profissional da atenção básica de saúde para trabalhar com a saúde mental da gestante e puérpera como forma de prevenção e promoção de saúde.

Palavras-chave: gravidez; puerpério; saúde mental; triagem.

1. INTRODUÇÃO

A atenção básica de saúde tem o foco na prevenção, promoção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde de modo integral e com autonomia das pessoas e da coletividade, por meio de um conjunto de ações de saúde que podem ser individual, familiar ou coletiva, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017).

As equipes de saúde executam suas atividades em determinados territórios com base em uma população local, buscando qualificar a atenção à saúde para essas pessoas ou comunidade específica. Levando em consideração o aspecto de espaço e território, foi realizada uma modificação no modelo de atenção à saúde que antes era focado apenas na doença para um contexto das condições de saúde e questões sociais. A ideia de território perpassa a questão do espaço geográfico pensado anteriormente para a compreensão de um espaço ativo e vivo, onde os indivíduos exercem suas atividades e estabelecem suas relações e vínculos, comportamentos, crenças e culturas (BRASIL, 2018).

Pensando nisso, no decorrer do mestrado, a partir de estudos da primeira autora que envolveram uma revisão integrativa e uma pesquisa qualitativa com duas equipes da atenção básica de saúde, numa cidade do interior do Rio Grande do Sul, constatou-se a necessidade da produção de um Guia que auxiliasse os profissionais da atenção básica a reconhecer, intervir ou encaminhar questões relacionadas à saúde mental da gestante ou puérpera. Isso ocorre no momento em que se destaca a necessidade de identificação precoce, diagnóstico e tratamento adequados para atender a demanda cada vez mais significativa.

2. OBJETIVO

Com esta pesquisa, pretendeu-se compreender a percepção de profissionais de saúde quanto a atenção à saúde mental da gestante e puérpera na atenção básica e seus desafios quanto ao reconhecimento e encaminhamentos e, a partir das respostas, construir um guia informativo para estes profissionais.

3. METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa qualitativa descritivo-exploratória com duas equipes da atenção básica de saúde que atuam na mesma unidade de saúde numa cidade do interior do Rio Grande do Sul, totalizando 16 profissionais participantes do estudo. Os profissionais exerciam as seguintes funções: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde e agente administrativo. Os agentes administrativos foram considerados e incluídos como profissionais da saúde por exercerem suas atividades em um ambiente de atenção básica de saúde. A unidade de saúde foi escolhida por ser uma das que atende maior número de gestantes e puérperas de um total de 36 unidades de saúde do município pesquisado. Todos os profissionais de saúde que atuam com gestantes foram convidados a participar da pesquisa, havendo uma adesão de 94% de participação. Os participantes que foram incluídos na pesquisa tinham, no mínimo, um ano e seis meses de trabalho com gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

O instrumento utilizado foi uma entrevista semiestruturada realizada com os profissionais da atenção básica no período de março a maio de 2018, que continha questões direcionadas ao perfil do profissional, esclarecendo um pouco de si e de sua

conduta profissional quanto a demandas em saúde mental da gestante e puérpera, percepção sobre as dificuldades e dúvidas sobre encaminhamentos.

A entrevista com cada profissional aconteceu no horário de trabalho na unidade de saúde. Seguiu-se um roteiro pré-estruturado do instrumento para realizar a entrevista nas quais as respostas foram gravadas em áudio após o consentimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do participante. Logo após, seguiu-se a transcrição das entrevistas na íntegra pela pesquisadora e por voluntários de pesquisa graduandos de Psicologia, previamente treinados para isso. Este estudo atendeu as diretrizes e normas da resolução 466/2012 e teve aprovação pelo Comitê de Ética Institucional sob parecer CAAE: 81197617.1.0000.5306/ n. 2.449.087.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da compreensão sobre como é o trabalho do profissional da atenção básica referente à saúde mental das gestantes e puérperas, observou-se a necessidade de criação de um Guia que auxiliasse no manejo das dificuldades apresentadas pelos profissionais. A versão final do Guia (Figura 1) foi validada por 19 profissionais da saúde que atuam junto às gestantes e puérperas na atenção básica.

Figura 1: Guia Informativo para profissionais da Saúde da Atenção Básica: Saúde Mental da Gestante e Puérpera.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2019).

Em relação ao perfil dos 16 profissionais de saúde, estes tinham de 29 a 63 anos de idade ($M=45,69$; $DP=9,41$). A maioria

(87,5%) era do sexo feminino (14 profissionais) e apenas dois do sexo masculino (12,5%). Em relação à escolaridade, 10 profissionais completaram o ensino médio (62,5%) e 6 possuíam curso superior completo (37,5%). Esses dados corroboram com o estudo de Marsiglia (2011), realizado no município de São Paulo, nas regiões norte e centro, que levantou e comparou o perfil de trabalhadores da saúde que exerciam atividades na atenção básica de saúde entre 2008-2009, por meio de dados da Pesquisa do Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo e entrevistas telefônicas assistidas por computador com 621 participantes de um total de 4.968 trabalhadores. Os achados demonstraram que 80,7% eram do sexo feminino. Tal constatação demonstra a predominância do sexo feminino, como encontrado nos participantes do presente estudo. Ainda sobre o perfil, as idades variaram de 21 a 40 anos (50,5%) e 41 a 60 anos (49,1%). Em relação à formação e capacitação, foi considerada a exigência de escolaridade para o cargo exercido, representados para cargo com nível superior (30,8%), nível médio (38,6%) e nível fundamental (30,5%). Tal constatação se equipara com a amostra encontrada no atual estudo, pois o número de trabalhadores com ensino médio é maior do que com ensino superior.

A partir da entrevista com os profissionais da saúde, foi observado que eles conseguem reconhecer suas características pessoais que podem facilitar ou dificultar o trabalho. Essas características são as forças pessoais que impulsionam ou obstaculizam os processos proximais. Narvaz e Koller (2004) afirmam que as características são chamadas de geradoras ou desorganizadoras. As geradoras relacionam-se a orientações ativas, como disposição, curiosidade e senso de autoeficácia. Já as desorganizadoras relacionam-se com as dificuldades do indivíduo, como

controle emocional e comportamental, entre os quais se enquadram a apatia, distração, insegurança e impulsividade.

Conforme afirmam Bronfenbrenner e Morris (1998), a capacidade da pessoa engajar-se em processos proximais ativos é influenciada pelos recursos que possui. Foi possível reconhecer que o fato de ter vivido uma experiência de adoecimento mental pode ser compreendido como um facilitador ou dificultador na prática diária de avaliação da saúde mental de gestantes e puérperas. A percepção de uma participante compreende que, de certo modo, sua experiência pessoal de adoecimento mental favorece a identificação de sinais e sintomas de sofrimento psíquico e isso contribui para os processos proximais entre a gestante/puérpera e ela. No entanto, a mesma experiência de adoecimento mental na outra participante demonstra que isso pode, de certo modo, dificultar o reconhecimento de sofrimento psíquico em gestantes/ puérperas, tornando-se um inibidor no processo proximal entre profissional de saúde e usuária do serviço.

De certo modo, as características pessoais do profissional de saúde interferem na sua compreensão sobre si, influenciados pela sua importância no contexto social em que estão inseridos. Isso acaba impactando de modo positivo ou negativo nos processos proximais entre o profissional e o usuário do serviço, no caso, com gestantes e puérperas.

Bronfenbrenner e Morris destacaram cinco aspectos que devem ocorrer para efetividade dos processos proximais. São eles: (1) é necessário a pessoa estar engajada numa atividade; (2): é necessário que a atividade seja realizada por um período extenso de tempo e de forma regular; (3); essa atividade deve ser gradativamente mais complexa; (4) é necessário reciproci-

dade nas relações entre pessoas para estabelecimento dos processos proximais; e (5): os objetos e símbolos que integram o ambiente imediato devem estimular a imaginação, a atenção, manipulação e exploração da pessoa (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998; COSCIONI *et al.*, 2018). A partir dessa ideia, foram consideradas as relações do profissional de saúde da atenção básica com as gestantes durante o pré-natal e puérperas.

Vínculos que se formam entre os profissionais da saúde e a gestante e puérpera

Para compreender a relação do profissional de saúde com a gestante, através dos processos proximais que ocorrem entre eles, é indicado pensar que essa relação, muitas vezes, é estabelecida pela descoberta da gravidez e realização do pré-natal. O profissional da atenção básica de saúde tem como objetivo primordial, depois da descoberta da gravidez, inserir a gestante no pré-natal para que este seja realizado o mais precocemente possível para melhor assistência no desenvolvimento da gestação e parto e redução dos prejuízos na saúde materna (BRASIL, 2013).

Existem casos em que o profissional de saúde se depara com gestantes que não se envolvem tanto com o pré-natal ou então iniciam mais tarde. As gestantes acabam não seguindo todas as etapas estabelecidas ou orientações adequadas dadas pelos profissionais de saúde para um desfecho positivo para mãe e filho. Em vista disso, muitas vezes, o pouco envolvimento da gestante com o pré-natal pode ser motivado por uma gestação não bem aceita e que pode causar algum prejuízo no cuidado adequado que deveria receber. A gestação de uma mulher envolve um cenário complexo que vai desde a descoberta até a aceitação (LEITE *et al.*, 2014).

Dessa forma, o papel do profissional de saúde no desempenho de suas funções é de extrema relevância, pois é ele que está presente no dia a dia, fazendo um trabalho de prevenção. Em casos de perda gestacional, por exemplo, o profissional de saúde pode dar o suporte necessário, esclarecimentos, apoio às mães e à família, oferecer cuidados e acolhimento (LOPES *et al.*, 2017).

Percebe-se, por outro lado, que a intenção da gestação, por si só, pode mobilizar mudanças positivas no comportamento das mulheres, pois elas tendem a adotar hábitos de vida mais saudáveis e evitar fatores teratogênicos, como tabagismo, ingestão de álcool e drogas ilícitas (LIMA e SILVA *et al.*, 2011). Ficou evidente que aquelas que demonstram “empolgação” com a gestação, de certo modo, tranquilizam os profissionais da saúde, pois essa gestante vai estar mais disposta para realizar o pré-natal e vivenciar esse momento, diferente das mulheres que não aceitam bem a gestação.

Como as intenções e perfis dessas mulheres são distintos, Camillo *et al.* (2016) evidenciam a necessidade de se repensar a atuação na atenção básica. Assim, é importante observar sua complexidade e abrangência, proporcionar um cuidado humanizado que gere vínculo, desenvolver autonomia para essas mulheres em situação de gestação e puerpério. O cuidado com a gestante é percebido em diversas falas dos profissionais quando estes retratam um “tratamento diferenciado” para as gestantes com agendamento prévio de consultas, bom acolhimento, preenchimento correto das informações.

Durante o pré-natal, é recomendado um cuidado eficaz com o intuito de diminuir possíveis complicações materno-fetais, sendo este um objetivo do profissional de saúde na sua prática. Por outro lado, a gestante busca ser acolhida e cuidada

frente às suas necessidades durante a gestação, protegendo a sua saúde a do seu filho. No entanto, existem situações em que gestantes podem ter alguma resistência quanto aos cuidados da equipe de saúde, contribuindo para uma dificuldade no trabalho em saúde com essas mulheres. Essa realidade pode diminuir os processos proximais entre eles, já que, para que a aproximação aconteça, é necessário reciprocidade entre as partes.

Na Atenção Básica de Saúde, a reciprocidade pode ser construída na relação entre o profissional da saúde e a gestante/puérpera por meio do vínculo. Por sua vez, vínculo é uma relação de afeto e confiança, construída ao longo do tempo, com potencial terapêutico que acaba fortalecendo o usuário e propicia que este se aproprie de todo o processo de saúde, inclusive reconhecendo sua corresponsabilidade (BRASIL, 2012a). O vínculo tem ação terapêutica quando baseado em acolhimento, escuta, suporte e esclarecimentos (BRASIL, 2011).

Avaliação da saúde mental da gestante pelo profissional de saúde

Para avaliar bem a gestante, dentro de cada atribuição do profissional no contexto estudado, é importante que ocorra um processo proximal. Doze profissionais da saúde afirmaram que já avaliaram a saúde mental da gestante, e outros quatro afirmaram que nunca avaliaram ou não precisaram avaliar.

No entanto, todos os profissionais entrevistados relataram que nunca receberam capacitação sobre a avaliação da saúde mental da gestante durante o pré-natal ou no puerpério, seja nos cursos técnicos profissionalizantes, graduações ou pós-graduações que realizaram e até mesmo dos órgãos de saúde que atuam. Essa realidade é pontuada por Aosani e Nunes (2013)

quando afirmam que a falta de capacitação, falta de recursos e pessoal é prejudicial para o desenvolvimento de ações integrais.

No entanto, os sintomas emocionais e os transtornos mais identificados nas gestantes e relatados pelos participantes foram: agressividade/irritabilidade, choro, apreensão, falar demais, tristeza, desgaste emocional e sobrecarga materna, insegurança, nervosismo, medos e preocupações relacionadas ao parto ou com a saúde do bebê, além de uso de drogas, stress, risco de suicídio em puérperas, rejeição da gravidez e/ou rejeição materna, intenção de aborto. A ansiedade e depressão pré e pós-parto foram os transtornos mais reconhecidos pelos profissionais.

Assim, a avaliação da saúde mental da gestante é realizada pela identificação dos sintomas ou até mesmo pelo reconhecimento de um provável transtorno psíquico nessas mulheres pelo *feeling* do profissional. Além disso, sobre a questão da avaliação da saúde mental no pré-natal, é necessário um “tempo” que, muitas vezes, o profissional não dispõe para realizar um atendimento mais detalhado em todos os sentidos. No estudo de Lin *et al.* (2009), diversos profissionais relataram dificuldade de tempo no atendimento para avaliar a saúde mental e, por isso, criaram um instrumento mais breve.

Já outros participantes demonstraram certo atravessamento no reconhecimento dos sintomas. Uns alegaram que não competia a eles diagnosticar; já outros demonstraram que, ao ser perguntado sobre transtornos, alegavam apenas casos de extremo comprometimento, como retardo mental, risco de suicídio, emergências psiquiátricas.

Os participantes deste estudo demonstraram, de certo modo, que realizam a identificação de sinais e sintomas e reconhecimento de sofrimento psíquico ou transtorno evidente

frente à saúde mental da gestante e/ou puérpera. Já Reis *et al.* (2015) relatam que a avaliação da saúde mental no pré-natal é frequentemente negligenciada nos serviços de saúde e que ações de saúde devem ser pensadas para promover, prevenir e tratar essas mulheres.

As percepções sobre a saúde física e mental da gestante podem ser melhor observadas nas visitas domiciliares. Mendonça (2008) relata que nas visitas domiciliares a obtenção da realidade deve ser feita de uma forma globalizada, do ambiente familiar, das condições de saúde, e que os profissionais devem atuar e promover medidas preventivas, assistenciais e fortalecimento do vínculo. Por isso, a visita domiciliar é uma grande oportunidade do agente comunitário de saúde entrar em contato com a realidade da vida da gestante e outros níveis ecológicos existentes, como a família, vizinhos e comunidade de atuação.

Camacho *et al.* (2010), afirmam que as emoções são múltiplas diante da confirmação da gestação e sentidas de diversas maneiras, como alegria, sentimentos de amor, bem-estar, tristeza profunda, sensação de desamparo, apreensão, dúvidas, receios, além de sentimentos ambivalentes relacionados a querer ou não a gravidez. Percebe-se, assim, que há casos em que a saúde mental da mulher pode ficar mais vulnerável, gerando sentimentos intensos e sofrimentos na gestante, além de comprometer o envolvimento desta no pré-natal e prejudicar futuramente a vinculação com o filho.

As formas de sofrimento mental podem ser brandas ou graves e dependem de fatores, como história de cada mulher, apoio familiar e condições socioeconômicas (BRASIL, 2013). Também são considerados fatores de risco para quadros psiquiátricos a ausência de companheiro, história prévia de trans-

tornos psiquiátricos e exposição prévia em situações traumáticas (BRASIL, 2012b).

Esse comprometimento psíquico pode ser percebido também no período puerperal. Alguns transtornos mentais percebidos no puerpério são tristeza puerperal ou *baby blues*, depressão puerperal e transtorno psicótico puerperal (BRASIL, 2013). Destaca-se, ainda, o estudo de Andrade *et al.* (2015) sobre os fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e suas repercussões sobre a saúde da criança. Eles afirmam que o puerpério é uma fase especial e propícia para dar assistência à mulher, ao filho e à família, já que qualquer fragilidade de qualquer um desses três membros representa um risco à saúde da criança.

Fluxograma de encaminhamentos

Os níveis de saúde podem ser relacionados a outros ambientes de saúde que existem para atender as demandas gestacionais mais complexas, como, por exemplo: as gestantes que têm alguma complicação gestacional acompanhadas no nível primário de saúde, ou seja, na atenção básica, são encaminhadas para um nível mais especializado de saúde.

A atenção à saúde mental das gestantes requer a identificação dos sintomas ou avaliação de algum transtorno mental na gestante, sendo necessário, muitas vezes, também recorrer a outros níveis de saúde, através dos encaminhamentos necessários para dar o atendimento adequado.

Percebeu-se que os encaminhamentos, quando necessários, são realizados pelos profissionais de saúde para outros níveis de serviços. No entanto, existe a demora nas resoluções dos encaminhamentos de um modo geral, não só relacionada

à saúde mental, mas a outras especialidades. Essa realidade foi também percebida no estudo de Riquinho *et al.* (2018), quando estes afirmam que, ao longo do tempo, a rede de serviços de saúde ficou menos acessível, com dificuldades de encaminhamentos a consultas especializadas, a hospitais, impedindo, de certo modo, a continuação do cuidado em saúde.

Percebe-se que muitas são as necessidades dos profissionais de saúde da atenção básica. Eles indicam que seria adequado haver profissionais da saúde mental para atender as gestantes e demais usuários nas Unidades Básicas de Saúde. Muitas vezes, problemas, como equipes incompletas, falta de capacitação, ausência de profissionais da saúde mental (psiquiatras ou psicólogos) ou equipes de matriciamento implicam na falta de suporte aos profissionais para atender demandas em saúde mental (AOSANI; NUNES, 2013). A atuação de uma equipe multiprofissional completa contribuiria para ampliar o olhar e a avaliação da saúde mental das gestantes e puérperas.

Segundo Fertonani *et al.* (2015), o modelo de assistência vigente preconiza o trabalho multidisciplinar, que deveria ser interdisciplinar, buscando uma atenção mais qualificada frente às necessidades do usuário, através da integralidade dos diferentes saberes. Esse tipo de assistência contribuiria para ampliar o conhecimento e outras visões para lidar com as dificuldades nas práticas diárias.

4. CONCLUSÃO

Neste estudo, buscou-se compreender a percepção de profissionais de saúde quanto à atenção à saúde mental da ges-

tante e puérpera na atenção básica e seus desafios quanto ao reconhecimento e encaminhamentos. Sendo assim, a partir dos dados coletados e das dificuldades percebidas, foi produzido um Guia para orientar os profissionais frente ao manejo da saúde mental da gestante e/ou puérpera. Foram reconhecidos os processos proximais que se desenvolvem entre o profissional de saúde da atenção básica e a gestante durante o pré-natal a partir dos vínculos que se formam entre os profissionais da saúde e a gestante e/ou puérpera, de como é realizada a avaliação da saúde mental da gestante e puérpera pelo profissional de saúde e fluxograma de encaminhamentos. Todas essas subcategorias analisadas dentro do processo remetem às relações que se estabelecem entre o profissional de saúde e a gestante e puérpera na busca de um cuidado efetivo relacionado à saúde mental durante o pré-natal e puerpério na rede básica de saúde. Foi possível observar engajamento, trocas, conhecimentos, disposição e experiência do profissional para o desenvolvimento de seu trabalho frente à gestante. O profissional de saúde, a gestante e a puérpera, por sua vez, afetam e são afetados pelo processo.

Sendo assim, a produção do Guia como resultado da pesquisa realizada é percebido como um importante instrumento para o uso da comunidade, neste caso dos profissionais que trabalham com a saúde mental da gestante e/ou puérpera. Entende-se que o desenvolvimento de produtos que possam ser utilizados pela comunidade é uma forma de inserção social da universidade nas demandas que a comunidade apresenta. Percebe-se tal aspecto a partir das Figuras 2 e 3, retiradas do Guia.

Figura 2: Guia Informativo para profissionais da Saúde da Atenção Básica: Saúde Mental da Gestante e Puérpera.

OUTRAS POSSIBILIDADES E ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL DA GESTANTE/PUÉRPERA FORMULADAS A PARTIR DAS ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

"Olhar, perceber e escutar a mulher"

- Prestar atenção aos detalhes como essa mulher se apresenta: semblante facial e corporal, se está intimidada de certa forma pelo companheiro, se ocorre alguma violência doméstica.
- Avaliar o comportamento da mulher, se houve alternância no comportamento e no humor durante a gestação ou no puerpério além do esperado.
- Observar durante a consulta ou visita domiciliar, quais aspectos na gestante/puérpera se destacam, pois há vários fatores psicossociais que podem influenciar para o adoecimento da mulher.



09

Fonte: elaborado pelas autoras (2019).

Figura 3: Guia Informativo para profissionais da Saúde da Atenção Básica: Saúde Mental da Gestante e Puérpera.

MAS LEMBRE-SE DE QUE EXISTEM OUTRAS AÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE CONTRIBUEM PARA O SUCESSO DO CUIDADO:

- Promover um acolhimento adequado desde a recepção até a consulta.
- Sensibilizar as gestantes sobre a necessidade de manter os contatos atualizados (no mínimo três contatos) e os documentos sempre em mãos.
- Escutar ativamente o sofrimento psíquico informado pela gestante/puérpera com disponibilidade de tempo e local, favorecendo um suporte emocional (BRASIL, 2013).
- Observar uma maior vinculação com a gestante/puérpera por meio do cuidado prestado.
- Realizar, em equipe, um projeto terapêutico singular considerando a necessidade de cada caso para melhor atendimento e, se necessário, solicitar apoio da equipe matricial (BRASIL, 2011b).
- Fortalecer a equipe de saúde da atenção básica, aprofundar conhecimento e promover mudanças nas práticas em saúde mental, indicados através da educação em saúde (BRASIL, 2011b).
- Desconstruir a ideia de que o trabalho em saúde mental está centrado apenas na doença e na cura dos sintomas.
- Intensificar as visitas domiciliares, principalmente em gestantes que já demonstraram algum sofrimento psíquico. Tentar, na medida do possível, durante as visitas domiciliares ou em casos que requerem mais atenção, proporcionar um atendimento em dupla de profissionais da saúde para aumentar a percepção sobre a gestante ou puérpera.
- Realizar grupos de gestantes em locais e horários em que a adesão das mulheres possa ser maior. Como exemplo, grupos dentro da comunidade e não apenas na unidade de saúde.
- Estimular o lazer e trabalhar com a autoestima da mulher.
- Sensibilizar e reforçar o envolvimento de parceiros e familiares na gestação/pós-parto, explicar sobre os sentimentos intensos vividos pela mulher, buscando diminuir as dificuldades encontradas e minimizar a sobrecarga materna existente.

10

Fonte: elaborado pelas autoras (2019).

Por fim, diante de toda essa conjuntura, é indicado o fortalecimento do profissional da atenção básica de saúde para trabalhar com a saúde mental da gestante durante o pré-natal

e puerpério como forma de prevenção e promoção de saúde. Para isso, sugere-se que sejam realizados treinamentos, oficinas, educação em serviço e instrumentos que ampliem o conhecimento do profissional de saúde, aumentando sua segurança e favorecendo o cuidado preventivo e não o curativo como ainda se observa.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. D. et al. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 181-186, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/TJB8nBkgHyFybLgFLK7XMpv/?lang=pt>. Acesso em: 17 nov. 2019.

AOSANI, T. R.; NUNES, K. G. A saúde mental na Atenção Básica: a percepção dos profissionais de saúde. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 5 n. 2, p. 71-80, 2013. Disponível em: 11nq.com/hrj25. Acesso em: 16 nov. 2019

BRASIL. Ministérios da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: 11nq.com/4gLHw. Acesso em: 14 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: 11nq.com/1m4DL. Acesso em: 14 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão de alto risco**: manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: 11nq.com/1m4DL. Acesso em: 19 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: 11nq.com/icCk7. Acesso em: 13 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: lnq.com/UA9Es. Acesso em: 25 set. 2019.

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. The ecology of developmental Processes. In: DAMON, W.; LERNER, R. M. **Handbook of child psychology. Theoretical models of human development**. New York: John Wiley & Sons, 1998. Volume 1. p. 993-1027.

CAMACHO, K. G. et al. Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. **Ciencia y Enfermería**, v. 16, n. 2, p. 115-125, 2010. Disponível em: lnq.com/aLAVF. Acesso em: 12 out. 2019.

CAMILLO, B. S. et al. Ações de educação em saúde na atenção primária a gestantes e puérperas: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 10, n. 6, p. 4894-4901, 2016. Disponível em: lnq.com/8H6z9. Acesso em: 24 set. 2019.

COSCIONI, V. et al. Pressupostos teórico-metodológicos da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano: uma pesquisa com adolescentes em medida socioeducativa. **Psicologia USP**, v. 29, n. 3, p. 363-373, 2018. Disponível em: lnq.com/wOzFn. Acesso em: 22 set. 2019.

FERTONANI, H. P. et al. O modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015. Disponível em: lnq.com/9Svrm. Acesso em: 21 ago. 2019.

LEITE, M. G. et al. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. **Psicologia em estudo**, v. 19, n. 1, p. 115-124, 2014. Disponível em: lnq.com/MQWug. Acesso em: 14 aut. 2019.

LIMA E SILVA, J. *et al.* Avaliação da adaptação psicossocial na gravidez em gestantes brasileiras. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**, v. 33, n. 8, p. 182-187, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/bFg9SyjqL8kZM3qxjCLxtSJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 ago. 2019.

LIN, C. T. *et al.* Development of a Chinese short form of the Prenatal Self-Evaluation Questionnaire. **Journal of Clinical Nursing**, v. 18, n. 5, p. 659-666, 2009. Disponível em: lnq.com/wUt0G. Acesso em: 23 set. 2019.

LOPES, B. G. *et al.* Luto materno: dor e enfrentamento da perda de um bebê. **Revista Rene**, n. 3, p. 307-313, 2017. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/20048>. Acesso em: 14 nov. 2019.

MARSIGLIA, R. M. G. Perfil dos trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no município de São Paulo: região norte e central da cidade. **Saúde Sociedade São Paulo**, v. 20, n. 4, p. 900-911, 2011. Disponível em: lnq.com/RXSUS. Acesso em: 17 set. 2019.

MENDONÇA, M. K. **Licença, posso entrar?** As visitas domiciliares nos programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família e a integralidade. 2008. 380 f. Tese (Faculdade de Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: lnq.com/q7ffp. Acesso em: 17 nov. 2019.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. O modelo bioecológico do desenvolvimento Humano. In: KOLLER, S. H. (org.). **Ecologia do desenvolvimento Humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 51-65.

REIS, L. T. *et al.* Rastreamento de sintomas psiquiátricos não-psicóticos entre gestantes de um município do estado de Mato Grosso. **Journal Nursing and Health**, v. 5, n. 2, p. 141-52, 2015. Disponível em: lnq.com/mvWTD. Acesso em: 27 ago. 2019.

RIQUINHO, D. L., *et al.* O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. **Trabalho Educação e Saude**, v. 16, n. 1, p. 163-182, 2018. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00086>

4. INSTRUMENTO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA GESTANTES DE RISCO HABITUAL

Ana Laura Zuchetto Pizolotto, Fernanda Berregaray Cabral,
Mara Caino Teixeira Marchiori, Patrícia Pasquali Dotto,
Cláudia Zamberlan

RESUMO

Neste estudo, objetiva-se relatar a experiência acerca da criação de instrumento para a Consulta de Enfermagem às gestantes de risco habitual na Estratégia de Saúde da Família. Configurou-se como relato de experiência, acerca de um encontro do grupo focal com enfermeiros. O estudo foi realizado de maio a agosto de 2018, quando foram discutidas as etapas elencadas no instrumento de Consulta de Enfermagem às gestantes de risco habitual na Estratégia de Saúde da Família. A validação do instrumento foi realizada por seis enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família de um município do Noroeste do estado do Rio Grande do Sul. O instrumento foi dividido por trimestre gestacional, contendo histórico, anamnese, identificação da gestante, carteira de vacinação, exames e orientações. Os enfermeiros descreveram como importante o desenvolvimento do instrumento de Consulta de Enfermagem, em especial, pelo modo como foi construído, pautado em discussões com os profissionais que efetivamente irão utilizá-lo. Nota-se a importância do instrumento para a qualificação do profissional enfermeiro

no atendimento às gestantes na Estratégia de Saúde da Família, em especial, por delinear orientações, acolhimento da gestante e possibilitando a redução de dúvidas e inseguranças.

Palavras-chave: estratégia de saúde da família, gestação, risco habitual, consulta de enfermagem.

INTRODUÇÃO

A Consulta de Enfermagem durante o pré-natal é considerada um instrumento relevante para o acompanhamento à gestante, pois é um momento especial e importante na vida da mulher (BRASIL, 2012).

Os profissionais enfermeiros, de acordo com a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, além de exercerem as atividades de enfermagem, são respaldados por essa Lei, sendo privativo ao profissional as Consultas de Enfermagem e a prescrição da assistência de enfermagem (BRASIL, 1986). De acordo com a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, são consideradas atribuições específicas dos profissionais enfermeiros que atuam na Atenção Básica (AB) a realização de consulta de enfermagem, os procedimentos, a solicitação de exames complementares, a prescrição de medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas ou outras normativas técnicas, levando em conta as disposições legais da profissão (BRASIL, 2017).

Torna-se relevante na AB que estratégias sejam desenvolvidas por enfermeiros a fim de otimizarem as atribuições específicas desses profissionais. Para isso, muitas tecnologias de cuidado, como os instrumentos para Consulta de Enfermagem, poderão ser utilizadas no sentido de maximizar as práticas.

Nesse sentido, uma proposta importante para a interação entre os enfermeiros na AB a fim de construir e consolidar as tecnologias de cuidado são os grupos focais, pois se configuram como momentos de encontro entre os profissionais, no sentido de discutir as práticas que serão estabelecidas, assim como produtos e processos de cuidados.

Assim, o grupo focal (GF) propicia o intercâmbio entre os participantes e o pesquisador, a partir das discussões focadas em tópicos específicos e diretivos. Visa proporcionar a troca de experiências, conceitos e opiniões entre os participantes (KINALSKI *et al.*, 2017). O GF permeia a interação entre participantes e pesquisador, o qual, diante das discussões e troca de conhecimentos sobre a questão em estudo, potencializa o protagonismo dos participantes e, por meio da conversa conseguem construir resultados (DALL'AGNOL *et al.*, 2012).

Diante do exposto, objetiva-se relatar a experiência acerca da criação de instrumento para a Consulta de Enfermagem às gestantes de risco habitual na Estratégia de Saúde da Família.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado no contexto de uma pesquisa de dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil, de uma Universidade privada do Rio Grande do Sul. A metodologia utilizada para a pesquisa de mestrado foi a pesquisa ação e, como técnica de coleta de dados, os grupos focais. Os GFs foram desenvolvidos no período de maio a agosto de 2018, com enfermeiros atuantes em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município da Região Noroeste do estado do Rio Grande do Sul.

Cada GF contou com a participação de um coordenador com o objetivo de moderar e facilitar os debates. Os encontros foram norteados por um tema específico para a construção do instrumento de Consulta de Enfermagem na ESF, totalizando seis encontros. O último encontro, o qual versa esse relato, teve o objetivo de discutir as etapas contidas no instrumento para Consulta de Enfermagem às gestantes de risco habitual, após a análise minuciosa dos demais grupos realizados, com validação pelos enfermeiros do referido instrumento.

RELATO E DISCUSSÕES

O encontro focal consoante à descrição deste estudo ocorreu para a discussão das etapas elencadas no instrumento de Consulta de Enfermagem às gestantes de risco habitual na ESF (conforme instrumento elencado abaixo) e validação do instrumento por seis enfermeiros que atuam na ESF.

Referente ao desenvolvimento do instrumento, o mesmo foi dividido por trimestre gestacional, contendo histórico, anamnese, identificação da gestante, carteira de vacinação, exames e orientações. Esses tópicos foram sugeridos por uma das participantes nos encontros focais, a fim de um conhecimento ampliado acerca da gestante atendida.

A literatura expõe que o acompanhamento deve ser iniciado ainda no primeiro trimestre gestacional, preferencialmente até 12 semanas, classificado, assim, como um indicador de qualidade do cuidado ao pré-natal (BRASIL, 2017).

Foi indicado pelas participantes do grupo que o instrumento contemplasse um local a ser colocado o resultado do teste rápido de gravidez (TRG), pois elas relataram que esta é

uma prática instituída nas ESFs onde atuam, sempre que a mulher chega com queixas de atraso no ciclo menstrual.

O Ministério da Saúde (MS) indicou o TRG para mulheres que apresentem amenorreia. O teste deve ser realizado observando a indicação do insumo disponível, levando em conta que, na maioria, é igual ou superior a sete dias. Deve ser facilitado o acesso ao TRG, com respeito e atenção específica às adolescentes, devido às singularidades da faixa etária (BRASIL, 2013).

A amamentação, foi outro item elencado nos GFs, pois foi unânime, nas discussões, que o instrumento para Consulta de Enfermagem às gestantes de risco habitual nas ESFs deva contemplar um item específico para a amamentação, sendo esse ato exclusivo até os seis meses de vida do bebê.

Estudos científicos comprovaram a superioridade do leite materno sobre os leites de outras espécies. São consideradas ações importantes referentes ao processo de amamentação: evita morte infantil; evita diarreia e infecção respiratória; diminui o risco de alergias; diminui o risco de hipertensão, diabetes e colesterol alto; reduz a chance de obesidade; promove melhor nutrição, melhor desenvolvimento na cavidade bucal, menores custos financeiros e promoção de vínculo afetivo entre mãe e filho. Estes são alguns dos benefícios do aleitamento materno (BRASIL, 2009). Nesse ínterim, o processo de amamentação foi contemplado no instrumento de Consulta de Enfermagem, com as orientações no terceiro trimestre gestacional.

Outro ponto discutido nos encontros focais, sendo sugerida a sua inserção no instrumento de consulta, diz respeito à referência do parto, a fim de estabelecer para a gestante o conhecimento de onde e quem procurar. Esse tópico minimiza a ansiedade, por ter uma referência nessa etapa gestacional.

Corroborando com o exposto pelas participantes, a Lei Federal nº 11.340/2007, que garante à gestante o direito de ser informada anteriormente, pela equipe do pré-natal, sobre qual a maternidade de referência para seu parto e de visitar o serviço antes do parto (BRASIL, 2007).

Foram destacados, também, nos encontros focais, exames inerentes à prevenção e, para tanto, a necessidade de inserção dos mesmos no instrumento. Porém, surgiram dúvidas acerca das coletas no período gestacional, em especial, em relação ao primeiro trimestre, pois, de acordo com a explanação das enfermeiras, a taxa de abortamento é maior nesse período.

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer o rastreamento do câncer de colo de útero em gestantes deve seguir as mesmas recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres, mesmo que a mulher venha até a unidade para a realização do pré-natal, deve-se sempre considerar uma oportunidade para captação (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2016).

Além do citopatológico, foi destacada a importância de outros exames para a prevenção de complicações gestacionais e, para tanto, a necessidade de estarem contemplados no instrumento, dentre eles: pesquisa para estreptococos no final da gestação e a importância de acompanhamento odontológico e nutricional. Ainda foi destacada a necessidade de elencar os aspectos psicoafetivos na gestação, sendo esse fator importante para o vínculo mãe-bebê, assim como para uma gestação tranquila e sem intercorrências.

A literatura expõe que a saúde bucal da gestante é imprescindível para uma gestação tranquila, sem problemas dolorosos e maiores preocupações. As gestantes acabam procurando tra-

tamento somente no momento em que estão sentindo dor, o que afeta a gestação, e, esse sintoma pode ser evitado, se ocorrer acompanhamento pelo dentista desde o início do pré-natal (UNFER; SALIBA, 2000).

A estratificação de risco foi outro item elencado e sugerido no instrumento, sendo que as consultas podem ser intercaladas com as do profissional médico, porém, em todas, faz-se necessário estratificar o risco.

Nas equipes de ESFs é importante e imprescindível a busca ativa por gestantes no território adscrito, e, em todas as consultas as gestantes devem ter o seu risco gestacional estratificado e estarem cientes do seu hospital de referência para realização do parto. Durante o acompanhamento na UBS, devem ser sugeridas consultas mensais até a 28ª semana, quinzenais até 36ª semana e semanais até o parto. Idealmente, as consultas devem ser alternadas entre os profissionais médico e enfermeiro. A alta do pré-natal só acontece após a realização de, pelo menos, uma consulta puerperal, que deverá ocorrer até o 20º dia pós-parto (BRASIL, 2017).

Além dos itens que foram elencados para cada trimestre gestacional, em consonância com o Caderno 32 do MS, os enfermeiros descreveram como importante o desenvolvimento do instrumento de Consulta de Enfermagem, em especial, pelo modo como foi construído, pautado em discussões com as profissionais que efetivamente irão utilizá-lo.

É de competência do profissional enfermeiro: a orientação às gestantes e seu acompanhante sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação, além de realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado

e atualizado a cada consulta); solicitar exames complementares, de acordo com o protocolo local de pré-natal; realizar testes rápidos; orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B); desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera); orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas; realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal; acompanhar o processo de aleitamento; e, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar (BRASIL, 2012).

No momento da Consulta de Enfermagem, além da competência técnica, o profissional enfermeiro deve demonstrar interesse pela gestante e pelo seu modo de vida, ouvindo suas queixas e considerando suas preocupações e angústias. Para que isso aconteça, o profissional deve ter escuta qualificada, proporcionando vínculo com a gestante. Podendo assim, contribuir e ajudar a proporcionar mudanças concretas e saudáveis nas atitudes da gestante, de sua família e comunidade, desempenhando papel educativo (BRASIL, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relato demonstra a importância do instrumento para a qualificação do profissional enfermeiro no atendimento às gestantes de risco habitual na ESF, no que diz respeito ao acolhimento às dúvidas, inseguranças e incertezas.

Ainda, a construção de um instrumento, por meio de discussões em GFs, possibilita a proatividade dos participantes, direcionando para uma construção conjunta, o que, possivelmente, otimizará a utilização desse instrumento por ter sido

construído para e com o grupo. Assim, um instrumento para Consulta de Enfermagem às gestantes de risco habitual, na Estratégia de Saúde da Família, possibilita a visibilidade do profissional enfermeiro, além de direcionar autonomia em suas ações.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Casa Civil. **Lei Nº 11.340, de 7 de agosto de 2006.** Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher [...]. Brasília, DF: Casa Civil, 2006. Disponível em: lnq.com/RSFGG. Acesso em: 29 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica:** atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de ações em saúde coordenação estadual da atenção básica seção da saúde da mulher. **Nota técnica 01/2017 - atenção ao pré-natal na atenção básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: lnq.com/1k9YQ. Acesso em: 29 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: lnq.com/SIP7M. Acesso em: 29 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica [...]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: lnq.com/VgJAO. Acesso em: 29 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança:** nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: lnq.com/3lclwl. Acesso em: 29 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Teste rápido de gravidez na Atenção Básica:** guia técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: lnq.com/SpRhO. Acesso em: 29 dez. 2018.

DALL'AGNOL, C. M. A noção de tarefa nos grupos focais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.33, n. 1, p. 186-190., mar. 2012. Disponível em: lnq.com/4ez7i. Acesso em: 18 out. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

KINALSKI, D. D. F. Focus group on qualitative research: experience report. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 2, p. 424-429, 2017. Disponível em: lnq.com/i8flg. Acesso em: 17 out. 2018.

UNFER, B.; SALIBA, O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 190-195, 2000. Disponível em: lnq.com/Kb32F. Acesso em: 19 set. 2018.

INSTRUMENTO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM A GESTANTES DE RISCO HABITUAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

HISTÓRICO MATERNO E FAMILIAR	
Nome da Gestante:	Idade:
Mãe:	Data de nascimento:
Unidade de Referência:	
Em caso de emergência avisar:	Telefone:
Número cartão SUS:	
Faz uso de: () Álcool () Cigarro () Outras drogas.	Descreva:
Medicação de uso contínuo? () sim () não.	Descreva:
Alergia(s): () sim () não.	Descreva:
Histórico de doença materna: () Doenças mentais () Diabetes () HAS () HIV	() Outras:
Histórico de doença hereditárias/malformações familiar (pai e irmãos): () Não () Sim.	Descreva:
Antecedentes pessoais: () sim () não	
	Descreva:

Quadro 1 – Instrumento sistematizado para Consulta de Enfermagem na atenção ao Pré-Natal de Risco Habitual

GESTAÇÃO ATUAL	
IG*:	DUM: DPP: Gestação Única: () sim () não
Quantos:	
Altura:	Peso: IMC:
Sinais e sintomas: () sim () não.	Descreva:
Medicamentos utilizados na gestação () sim () não.	Descreva:
Gravidez planejada: () sim () não	
Vacinação Prévia:	() hepatite B data: ____-____-____ data: ____-____-____ data: ____-____-____
	() dT data: ____-____-____ data: ____-____-____ data: ____-____-____
	() Influenza data: ____-____-____
GESTAÇÃO E PARTOS PRÉVIOS	
Gestações anteriores:	() Não () Sim () Única () Múltipla
nº nascidos:	Aborto (s): Causa (s):
nº nascidos baixo peso:	Idade da primeira gestação: ____-____-____
Tipo de parto: () vaginal () cesárea	Local de parto:
Intercorrências clínicas nas gestações anteriores: () Não () Sim	Descreva:
Complicações no puerpério: () sim () não	Descreva:
Data último parto:	
História prévia de depressão pós parto () não () sim	
Última coleta de exame citopatológico de colo de útero: ____-____-____	Resultado:
Início atividade sexual: ____-____-____	
CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS/ HABITAÇÃO/ SANEAMENTO BÁSICO	
Escolaridade:	() 1º grau incompleto () 1º grau completo () 2º grau incompleto () 2º grau completo () Nível superior

Profissão:	
Situação conjugal:	<input type="checkbox"/> casada <input type="checkbox"/> não reside com companheiro <input type="checkbox"/> união estável <input type="checkbox"/> outro
Número de dependentes*:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 ou mais. Idade(s):
Renda familiar:	<input type="checkbox"/> até 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> 2 salários <input type="checkbox"/> 3 salários ou mais
Número de moradores por domicílio:	
Condições de saneamento básico: <input type="checkbox"/> Água encanada <input type="checkbox"/> Luz elétrica <input type="checkbox"/> Tratamento de esgoto <input type="checkbox"/> Destino do lixo adequado	Descreva:
Higiene domiciliar:	<input type="checkbox"/> Adequada <input type="checkbox"/> Precária
Possui local adequado para dormir: ** <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Descreva:
Nº Cômodos:	
Distância da residência até a UBS: <input type="checkbox"/> próxima <input type="checkbox"/> interior	Descreva:

*avaliar sobrecarga de trabalho doméstico

**avaliado pelos profissionais da saúde nas visitas domiciliares

ANAMNESE E EXAME FÍSICO	
Situação	Orientações
1 - Suspeita Gravidez	Mulher chega na Unidade de Saúde com suspeita de gravidez, realizar teste rápido de urina;
1.1 Principais queixas	As queixas principais são devidas ao atraso menstrual, à fadiga, à mastalgia, ao aumento da frequência urinária e aos enjoos/vômitos matinais.
1.2 Sinais de presunção de gravidez:	<u>Manifestações clínicas:</u> náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, mudança de apetite, aumento da frequência urinária e sonolência; <u>Modificações anatômicas:</u> aumento do volume das mamas, hipersensibilidade nos mamilos, tubérculos de Montgomery, saída de colostro pelo mamilo, coloração violácea vulvar, cianose vaginal e cervical, aumento do volume abdominal.
1.3 Sinais de probabilidade:	Amolecimento da cérvice uterina, com posterior aumento do seu volume; Paredes vaginais aumentadas, com aumento da vascularização (pode-se observar pulsação da artéria vaginal nos fundos de sacos laterais); Positividade da fração beta do HCG no soro materno a partir do oitavo ou nono dia após a fertilização.
1.4 Sinais de certeza:	BCF detectados a partir de 12 semanas e pelo pinard a partir de 20 semanas; Percepção dos movimentos fetais (de 18 a 20 semanas); US: saco gestacional perceptível com 4 a 5 semanas e atividade cardíaca com 6 semanas.
Confirmação da gestação: () sim () não	Descreva:
	- captação da gestante para o pré-natal; - solicitação de exames; - testes rápidos HIV, VDRL;

1º TRIMESTRE GESTACIONAL	
Situação	Orientações
Anamnese atual sucinta:	Deve-se enfatizar a pesquisa das queixas mais comuns na gestação e dos sinais de intercorrências clínicas e obstétricas, com o propósito de se reavaliar o risco gestacional e de se realizar ações mais efetivas;
1 Inspeção da pele e mucosas;	
1.1 sinais vitais, peso, altura e IMC PA: ___/___ PESO: ___ ALT: ___ IMC: ___* FC: ___ FR: ___ T: ___°C	Aferição da pressão arterial, FC, FR, T, verificar peso, altura e IMC em todas as consultas. Determinação do peso e cálculo do índice de massa corporal (IMC): anote no gráfico e realize a avaliação nutricional subsequente e o monitoramento do ganho de peso gestacional; (em anexo página...) *em Anexo
2.2 pesquisa de edema: () sim () não. Descreva:	Pesquisa de edemas em membros, face, região sacra e tronco.
2.3 altura uterina: AU:	Visa ao acompanhamento do crescimento fetal e à detecção precoce de alterações. Use como indicador a medida da altura uterina e sua relação com o número de semanas de gestação.
2.4 Ausculta batimentos cardíofetais: BCFS:	Presença dos batimentos cardíacos fetais (BCF), que são detectados pelo sonar a partir de 12 semanas e pelo Pinard a partir de 20 semanas;
2.5 Registro dos movimentos fetais: Presença de movimentos:	Percepção dos movimentos fetais (de 18 a 20 semanas); *Ultrassonografia: o saco gestacional pode ser observado por via transvaginal com apenas 4 a 5 semanas gestacionais e a atividade cardíaca é a primeira manifestação do embrião com 6 semanas gestacionais.
2.6 Exame clínico das mamas:	Exame das mamas e orientações quanto à amamentação e pega correta
2.7 Orientações: Alimentação saudável () sim () não Movimentação fetal () sim () não Leucorreia () sim () não	Sanar dúvidas e minimizar a ansiedade do casal. Informações sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal, assim como presença de corrimentos ou outras perdas vaginais ajudam a identificar situações de risco gestacional e orientam medidas educativas que devem ser enfatizadas durante o pré-natal;

1º TRIMESTRE GESTACIONAL	
Situação	Orientações
2.8 – Cadastrar no E-SUS e preencher a carteira de gestante com todos os dados necessários;	Preenchimento do acompanhamento da gestante no E-SUS (sistema de saúde informatizado) e Preenchimento do Cartão da Gestante;
2.9 Práticas educativas individuais e coletivas: () sim () não	Participação dos grupos de gestantes na Unidade de Saúde;
2.10 Verificação da situação vacinal e orientação sobre a sua atualização, se necessário; Hepatite B: data: ____-____-____ data: ____-____-____ data ____-____-____ dT data: ____-____-____ data: ____-____-____ data ____-____-____ Influenza data: ____-____-____ dTpa: data ____-____-____	Atentar para o calendário vacinal da gestante*:
2.11 Solicitação dos exames complementares; Hemograma: HC: HT: ABO: Rh: Coombs indireto: Glicemia de jejum: TR VDRL: TR HIV: TR HCV: TOXO IgM: IgG: TR HbsAg: EQU: CULTURA: US: Data: ____-____-____ IG: ____s ____d Secreção Vaginal: Fezes:	2.11 – Exames Complementares:Hemograma; Tipagem sanguínea e fator Rh; Coombs indireto (se for Rh negativo); Glicemia de jejum; Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR; Teste rápido diagnóstico anti-HIV;Teste rápido HCV; Toxoplasmose IgM e IgG; Sorologia para hepatite B (HbsAg); Exame de urina e urocultura; Ultrassonografia obstétrica (não é obrigatório), com a função de verificar a idade gestacional; Citopatológico de colo de útero Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica); Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica); Eletroforese de hemoglobina (se a gestante for negra, tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou apresentar história de anemia crônica).

1º TRIMESTRE GESTACIONAL	
Situação	Orientações
2.12 Orientação sobre as consultas subsequentes: Data da próxima consulta: ___-___-___	Até 28ª semana – mensalente; 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente; 36ª até a 41ª semana – semanalmente.
2.13 Realizado VD () sim () não data ___-___-___ Descreva:	Atentar para as visitas domiciliares pela equipe a fim de conhecer o ambiente local em que a gestante está inserida;
2.14 Participação dos grupos de gestantes: () sim () não. Descreva:	Atividades educativas referentes a orientações quanto à gestação, cuidados com alimentação, ganho de peso, cuidados com bebê e importância do pré-natal e realização de exames.
2.15 Ácido fólico: início: Sulfato ferroso: início:	Prescrição de suplementação de sulfato ferroso (40mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico (5mg/dia), para profilaxia da anemia; a profilaxia de ácido fólico até a 16ª semana (5mg/dia) e Se a gestante tiver anemia inicia-se no 1 trimestre, mas suplementar sempre com 20 semanas (40mg ferro elementar/dia).
2.16 Acompanhamento odontológico () sim () não data: ___-___-___ Retorno:	Orientação e encaminhamento para avaliação com cirurgião-dentista
2º TRIMESTRE GESTACIONAL	
Situação	Orientações
Anamnese atual sucinta:	deve-se enfatizar a pesquisa das queixas mais comuns na gestação e dos sinais de intercorrências clínicas e obstétricas, com o propósito de se reavaliar o risco gestacional e de se realizar ações mais efetivas;
3. PA: ___/___ PESO: ALT: IMC: FC: FR: T: °C	
3.1 pesquisa de edema: () sim () não.	Descreva:

2º TRIMESTRE GESTACIONAL	
Situação	Orientações
3.2 Palpação obstétrica: Apresentação:	<p>Identificar o crescimento fetal;</p> <p>- Diagnosticar os desvios da normalidade a partir da relação entre a altura uterina e a idade gestacional;</p> <p>- Identificar a situação e a apresentação fetal.</p> <p>A palpação obstétrica deve ser realizada antes da medida da altura uterina. Ela deve iniciar-se pela delimitação do fundo uterino, bem como de todo o contorno da superfície uterina (este procedimento reduz o risco de erro da medida da altura uterina). A identificação da situação e da apresentação fetal é feita por meio da palpação obstétrica, procurando-se identificar os polos cefálico e pélvico e o dorso fetal, facilmente identificados a partir do terceiro trimestre. Pode-se, ainda, estimar a quantidade de líquido amniótico.</p> <p>Manobra de Leopold.</p>
3.3 altura uterina:	AU:
3.4 Ausculta batimentos cardíofetais:	BCFS:
3.5 Registro dos movimentos fetais:	Presença de movimentos:
3.6 Avaliar o resultado dos exames complementares: TTG: Coombs indireto:	<p>Teste de tolerância para glicose com 75g, se a glicemia estiver acima de 85mg/dl ou se houver fator de risco (realize este exame preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana)</p> <p>Coombs indireto (se for Rh negativo).</p>
3.7 Sulfato ferroso:	Suplementação de ferro a partir das 20 semanas (40mg de ferro elementar/dia)
CONTROLES FETAIS	
Situação	Orientações
4.1 Ausculta dos batimentos cardíofetais	<p>Constatar a cada consulta a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos batimentos cardíacos fetais (BCF). Deve ser realizada com sonar, após 12 semanas de gestação, ou com Pinard, após 20 semanas;</p> <p>*Anexo</p>
4.2 - Avaliação dos movimentos percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico/registo dos movimentos fetais;	
4.3 Teste de estímulo sonoro simplificado (TESS), se houver indicação clínica.	
4.4 Data próxima consulta: ___-___-___	

3º TRIMESTRE GESTACIONAL	
Situação	Orientações
Anamnese atual sucinta: deve-se enfatizar a pesquisa das queixas mais comuns na gestação e dos sinais de intercorrências clínicas e obstétricas, com o propósito de se reavaliar o risco gestacional e de se realizar ações mais efetivas;	Interpretação dos dados da anamnese e do exame clínico/obstétrico e correlação com resultados de exames complementares;
5 PA: ___/___ PESO: ALT: IMC: FC: FR: T: °C	- Avaliação dos resultados de exames complementares e tratamento de alterações encontradas ou encaminhamento, se necessário;
5.1 Pesquisa de edema: () sim () não. Descreva:	- Oriente a gestante sobre alimentação e faça o acompanhamento do ganho de peso gestacional;
5.2 Palpação obstétrica: Apresentação:	- Incentive o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e complementar até os 2 anos ou mais, pelos benefícios proporcionados para mãe e bebê;
5.3 altura uterina: AU:	- Oriente a gestante sobre os sinais de risco e a necessidade de assistência em cada caso;
5.4 Ausculta batimentos cardíofetais: BCFS:	- Faça o acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados se necessário, pois a mulher deverá continuar a ser acompanhada pela equipe da atenção básica;
5.5 Registro dos movimentos fetais: Presença de movimentos:	- Proceda à realização de ações e práticas educativas individuais e coletivas;
5.6 Avaliar o resultado dos exames complementares: Glicemia: Coombs indireto: VDRL: Anti-HIV: HbsAg: Toxoplasmose: IgG: IgM: EQU: UROCULTURA: Bacterioscopia de secreção vaginal: Solicitação de Exames Complementares.	- Faça o agendamento das consultas subsequentes.
	Hemograma Glicemia em jejum Coombs indireto (se for Rh negativo) VDRL Anti-HIV Sorologia para hepatite B (HbsAg) Repita o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU) Pesquisa de Streptococos (a partir de 37 semanas de gestação)

ORIENTAÇÕES GERAIS	
Orientações	
<ul style="list-style-type: none"> - Interpretação dos dados da anamnese e do exame clínico/obstétrico e correlação com resultados de exames complementares; - Avaliação dos resultados de exames complementares e tratamento de alterações encontradas ou encaminhamento, se necessário; - Prescrição de suplementação de sulfato ferroso (40mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico (5mg/dia); - Incentivar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses; - Orientar a gestante sobre os sinais de risco e a necessidade de assistência em cada caso; - Fazer o acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados (se gestante encaminhada ao alto risco), pois a mulher deverá continuar a ser acompanhada pela equipe da atenção básica. 	
Aspectos emocionais na gestação:	<p>Os profissionais da Estratégia Saúde da Família devem ficar atentos aos aspectos psicoafetivos da gravidez, procurando identificar os sinais e sintomas que sugerem dificuldades em aceitar a gestação, expectativas e comportamentos em relação ao bebê, à maternidade e à paternidade. Além disso, é fundamental conhecer os aspectos emocionais que acompanham a maioria das gestantes, a fim de qualificar a atenção no pré-natal e no puerpério.</p> <p>Orientação e encaminhamento para avaliação com cirurgião-dentista e nutricionista.</p>
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	
Situação	Orientações
Plano de cuidados/ prescrição de Enfermagem:	
Evolução de enfermagem:	

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	
Situação	Orientações
Orientações:	
Encaminhado a outro profissional:	Motivo:
() Não compareceu à consulta agendada	
() Realizado busca ativa	
() Reagendado para:	__/__/__
Data da próxima consulta na UBS:	__/__/__
CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO PARA GESTANTES	
Situação	Orientações
HEPATITE B – 3 doses	
Gestantes com esquema incompleto (1 ou 2 doses):	Deve-se completar o esquema.
Gestantes com esquema completo:	Não precisa vaciná-las.
dT – 3 doses	
Gestante sem nenhuma dose registrada:	Iniciar o esquema vacinal o mais precocemente possível com 3 doses, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias.
Gestante com esquema vacinal incompleto (1 ou 2 doses):	em qualquer período gestacional, deve-se completar o esquema de três doses o mais precocemente possível, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias entre elas.
Gestante com menos de 3 doses registradas:	completar as 3 doses o mais precocemente possível, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias.
Gestante com esquema vacinal completo (3 doses ou mais) e última dose há menos de cinco anos:	Não é necessário vaciná-la.

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO PARA GESTANTES	
Situação	Orientações
dT – 3 doses	
Gestante com esquema completo (3 doses ou mais) e última dose administrada há mais de cinco anos e menos de 10 anos:	Deve-se administrar uma dose de reforço, tão logo seja possível, independentemente do período gestacional.
Gestante com esquema vacinal completo (3 doses ou mais), sendo a última dose há mais de 10 anos:	Aplicar uma dose de reforço.
Contraindicações	
A vacina está contraindicada nas seguintes situações:	<p>Ocorrência de hipersensibilidade após o recebimento de dose anterior;</p> <p>História de hipersensibilidade aos componentes de qualquer um dos produtos;</p> <p>História de choque anafilático após administração da vacina;</p> <p>Síndrome de Guillain-Barré nas seis semanas após a vacinação anterior contra difteria e/ou tétano.</p>
Eventos adversos	
Manifestações locais:	Dor, vermelhidão e edema são frequentes.
Manifestação sistêmica:	<p>Febre, cefaleia, irritabilidade, sonolência, perda do apetite e vômito.</p> <p>Com menos frequência podem ocorrer anafilaxia e a síndrome de Guillain Barré, que são extremamente raras.</p>
INFLUENZA	
É recomendada a todas as gestantes em qualquer período gestacional.	
A vacina contra influenza sazonal não deve ser administrada em:	<p>- Pessoas com história de alergia severa à proteína do ovo e aos seus derivados, assim como a qualquer componente da vacina;</p> <p>- Pessoas que apresentaram reações anafiláticas graves a doses anteriores da vacina.</p>
dTPa	
a partir de 20 sem até confirmar.	Pós-parto os anticorpos da mãe só passam através do aleitamento
Recomendado uma dose.	Em cada gestação, não interessando o tempo decorrido entre uma gestação e outra.

CÁLCULO IDADE GESTACIONAL (ANEXO A)	
Situação	Orientações
Os métodos para esta estimativa dependem da data da última menstruação (DUM), que corresponde ao primeiro dia de sangramento do último ciclo menstrual referido pela mulher.	
I. Quando a data da última menstruação (DUM) é conhecida e certa:	<p>É o método de escolha para se calcular a idade gestacional em mulheres com ciclos menstruais regulares e sem uso de métodos anticoncepcionais hormonais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso do calendário: some o número de dias do intervalo entre a DUM e a data da consulta, dividindo o total por sete (resultado em semanas); - Uso de disco (gestograma): coloque a seta sobre o dia e o mês correspondentes ao primeiro dia e mês do último ciclo menstrual e observe o número de semanas indicado no dia e mês da consulta atual.
II. Quando a data da última menstruação é desconhecida, mas se conhece o período do mês em que ela ocorreu:	Se o período foi no início, meio ou fim do mês, considere como data da última menstruação os dias 5, 15 e 25, respectivamente. Proceder, então, a utilização de um dos métodos descritos.
III. Quando a data e o período da última menstruação são desconhecidos:	Quando a data e o período do mês não forem conhecidos, a idade gestacional e a data provável do parto serão, inicialmente, determinadas por aproximação, basicamente pela medida da altura do fundo do útero e pelo toque vaginal, além da informação sobre a data de início dos movimentos fetais, que habitualmente ocorrem entre 18 e 20 semanas.
AFERIÇÃO PRESSÃO ARTERIAL	
Situação	Orientações
Explicar o procedimento à gestante e a deixar em repouso por, pelo menos, 5 minutos em ambiente calmo.	Ela deve estar na posição sentada, com as pernas descruzadas, com os pés apoiados no chão e o dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (no nível do ponto médio do esterno ou no 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido. A PA também pode ser medida no braço esquerdo, na posição de decúbito lateral esquerdo, em repouso, e a gestante não deve diferir da posição sentada.

AVALIAÇÃO ALTURA UTERINA	
Situação	Orientações
Técnica para medida da altura uterina:	<ul style="list-style-type: none"> - Posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdome descoberto; - Delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino; - Por meio da palpação, procurar corrigir a comum dextroversão uterina; - Fixar a extremidade inicial (0cm) da fita métrica, flexível e não extensível, na borda superior da sínfise púbica com uma das mãos, passando-a entre os dedos indicador e médio. - Deslizar a fita métrica entre os dedos indicador e médio da outra mão até alcançar o fundo do útero com a margem cubital da mesma mão; - Proceder a leitura quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino.
Medir e avaliar altura uterina, aproximadamente:	Anotar a medida (em centímetros) na ficha e no cartão e marcar o ponto na curva da altura uterina.
Até a 6ª semana,	não ocorre alteração do tamanho uterino;
Na 8ª semana,	o útero corresponde ao dobro do tamanho normal;
Na 10ª semana,	o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual;
Na 12ª semana,	o útero enche a pelve, de modo que é palpável na sínfise púbica;
Na 16ª semana,	o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical;
Na 20ª semana,	o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical;
A partir da 20ª semana,	existe relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina. Porém, este parâmetro torna-se menos fiel a partir da 30ª semana de idade gestacional.
MANOBRA DE LEOPOLD	
Situação	Orientações
<p>Técnica para palpação abdominal</p> <p>Consiste em um método palpatório do abdome materno em 4 passos:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Delimitar o fundo do útero com a borda cubital de ambas as mãos e reconhecer a parte fetal que o ocupa; - Deslizar as mãos do fundo uterino até o polo inferior do útero, procurando sentir o dorso e as pequenas partes do feto; - Explorar a mobilidade do polo, que se apresenta no estreito superior pélvico; - Determinar a situação fetal, colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal, que se apresenta.

MANOBRA DE LEOPOLD (Anexo B)	
Situação	Orientações
As situações que podem ser encontradas são:	<ul style="list-style-type: none"> - longitudinal (apresentação cefálica e pélvica) - transversa (apresentação córmica) e - oblíquas. <p>O feto pode estar em situação longitudinal (mais comum) ou transversa.</p> <p>A situação transversa reduz a medida de altura uterina, podendo falsear sua relação com a idade gestacional.</p> <p>As apresentações mais frequentes são a cefálica e a pélvica.</p>
DETERMINAÇÃO IMC E AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (Anexo B)	
A avaliação do estado nutricional da gestante consiste na tomada da medida do peso e da altura e o cálculo da semana gestacional, o que permite a classificação do índice de massa corporal (IMC) por semana gestacional.	
Cálculo do Índice de Massa Corpórea ou Corporal (IMC) por meio da fórmula:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f0e6e6;"> $\text{Índice de Massa Corporal (IMC)} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura (m)} \times \text{Altura (m)}}$ </div>

CONTROLES FETAIS	
Situação	Orientações
Procurar o ponto de melhor ausculta dos BCF na região do dorso fetal;	<ul style="list-style-type: none"> - Controlar o pulso da gestante para certificar-se de que os batimentos ouvidos são os do feto, já que as frequências são diferentes; - Contar os batimentos cardíacos fetais por um minuto, observando sua frequência e seu ritmo; - Registrar os BCF na ficha perinatal e no Cartão da Gestante; - Avaliar os resultados da ausculta dos BCF.
Avaliação clínica do bem-estar fetal na gravidez a partir da 34ª semana gestacional.	
Material necessário:	<ul style="list-style-type: none"> - Sonar doppler; - Buzina de Kobo (buzina de bicicleta).
Técnica:	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar a mulher em decúbito dorsal com a cabeça elevada (posição de Fowler); - Palpar o polo cefálico; - Auscultar os BCF por quatro períodos de 15 segundos e calcule a média (obs.: a gestante não deve estar com contração uterina); - Realizar o estímulo sonoro, colocando a buzina sobre o polo cefálico fetal com ligeira compressão sobre o abdome materno (aplique o estímulo entre três e cinco segundos ininterruptos). Durante a realização do estímulo, deve-se observar o abdome materno, procurando identificar movimentos fetais visíveis; - Imediatamente após o estímulo, repetir a ausculta dos BCF por novos quatro períodos de 15 segundos e refazer a média dos batimentos.

CONTROLES FETAIS	
Situação	Orientações
Avaliação clínica do bem-estar fetal na gravidez a partir da 34ª semana gestacional.	
Interpretação do resultado:	<ul style="list-style-type: none"> - Teste positivo: presença de aumento mínimo de 15 batimentos em relação à medida inicial ou presença de movimentos fetais fortes e bruscos na observação do abdome materno durante a realização do estímulo; - Teste negativo: ausência de resposta fetal identificada tanto pela falta de aumento dos BCF quanto pela falta de movimentos fetais ativos. O teste deverá ser realizado duas vezes, com intervalo de, pelo menos, dez minutos para se considerar negativo. - Na presença de teste simplificado negativo e/ou desaceleração da frequência cardíaca fetal, está indicada a utilização de método mais apurado para avaliação da vitalidade fetal. - Fazer a referência da paciente para um serviço especializado no atendimento à gestante ou um pronto-atendimento obstétrico.
MÉTODO DE REGISTRO DIÁRIO DE MOVIMENTOS FETAIS (RDMF)	
Situação	Orientações
O método descrito já foi testado e é utilizado em vários serviços. A gestante recebe as seguintes orientações:	<ul style="list-style-type: none"> - Escolha um período do dia em que possa estar mais atenta aos movimentos fetais; - Alimente-se previamente ao início do registro; - Sente-se com a mão sobre o abdome; - Registre os movimentos do feto nos espaços demarcados pelo formulário, anotando o horário de início e de término do registro.
A contagem dos movimentos é realizada por período máximo de uma hora.	Caso a gestante consiga registrar seis movimentos em menos tempo, não é necessário manter a observação durante uma hora completa. Entretanto, se após uma hora ela não foi capaz de contar seis movimentos, deverá repetir o procedimento. Se na próxima hora não sentir seis movimentos, deverá procurar imediatamente a unidade de saúde. Assim, considera-se como "inatividade fetal" o registro com menos de seis movimentos por hora, em duas horas consecutivas.
Para favorecer a cooperação materna em realizar o registro diário dos movimentos fetais,	é importante que a gestante receba orientações adequadas quanto à importância da atividade do feto no controle de seu bem-estar.

5. CARTILHA EDUCATIVA “VIVA SEM VIOLÊNCIA”

Chanelle Moraes, Dirce Stein Backes, Regina Gema Santini Costenaro, Carolina Araújo Souza, Martha Helena Teixeira de Souza.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo descrever o processo de construção de uma cartilha educativa destinada à auxiliar o enfrentamento da violência contra as mulheres. Trata-se de relato de experiência da construção de uma cartilha educativa intitulada “Viva sem violência”, construída no primeiro semestre de 2021, a partir da realização de pesquisa de campo com mulheres que vivenciaram violência. O projeto para a realização das entrevistas que serviram de base para a criação desta cartilha foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Franciscana/UFN sob o Parecer nº. 4.220.798. Acredita-se que um material educativo produzido eficazmente a partir da realidade de mulheres que passam pelo grave problema da violência pode modificar a realidade delas, bem como a das mulheres de sua rede de contatos.

Palavras-chave: mulheres; violência; cartilha

INTRODUÇÃO

A violência presente na vida das mulheres tem merecido lugar de destaque entre as preocupações dos profissionais da saúde por ser considerada um problema de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde (OMS), ao publicar o Relatório

Mundial sobre Violência e Saúde, define a violência como o uso intencional de força ou de poder físico, de fato ou como ameaça, contra si mesmo, outra pessoa, grupo ou comunidade, que cause ou tenha muita probabilidade de causar lesões, morte, danos psicológicos, transtornos de desenvolvimento ou privações (KRUG *et al.*, 2002).

Os programas de atendimento à vítima de violência relatam que a maioria das queixas (98%) parte de mulheres que são vítimas de alguma forma de violência no interior do espaço doméstico. Portanto, evidencia-se que a violência doméstica tem se transformado numa forma cada vez mais brutal de violência contra a mulher, mesmo que esta já possa contar com atendimento especializado (SILVA *et al.*, 2007).

O Enfermeiro é um dos grandes responsáveis pela atenção às mulheres no Sistema Único de Saúde (SUS) e em sua formação está intrínseca, entre outras habilidades, a de atuar como promotor de saúde. O processo de empoderamento das mulheres requer a utilização de estratégias educativas que possibilitem escolhas informadas e que levem a um comportamento saudável. Nesse sentido, diversos recursos, metodologias e técnicas podem ser utilizados para a facilitação do processo educativo.

O que perpassa o processo de educação continuada em saúde, promovida pela enfermagem são as bases científicas em que se apoiam, oferecendo ao profissional a reflexão das ações e de suas práticas (PEIXOTO *et al.*, 2013). Salienta-se, nesse sentido, a importância de delinear o público alvo e a forma na qual a comunicação irá ocorrer, proporcionando uma abordagem dinâmica.

Entre as tecnologias educativas, as cartilhas são consideradas um eficiente instrumento de comunicação para promover a saúde por meio do empoderamento feminino. Além de contribuir para informar as usuárias, elas permitem que atuem como multiplicadoras, apresentando o material a outras pessoas da comunidade. As cartilhas são materiais úteis para a descrição de assuntos relacionados à prevenção da violência, sendo possível sua utilização como instrumento de promoção da saúde, facilitador do processo educativo e melhoria do conhecimento, atitude e prática (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Esse trabalho desenvolveu-se a partir de entrevistas com mulheres que vivenciaram violência e estavam em situação de abrigo e, visando ampliar o acesso dessas mulheres, criaram-se as casas-abrigo. É a partir da segunda metade da década de 1990 que o Brasil multiplica as casas-abrigo financiadas pelo Ministério da Justiça em parceria com o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (SILVEIRA, 2006). Tendo em vista o exposto, questiona-se: a criação de uma cartilha educativa poderá auxiliar a minimizar situações de violência contra mulheres? Por isso, neste estudo, teve-se como objetivo descrever o processo de construção de uma cartilha educativa destinada à auxiliar no enfrentamento da violência contra as mulheres.

METODOLOGIA

Esta pesquisa trata-se de um relato de experiência da construção de uma cartilha educativa intitulada “Viva sem violência”, construída no primeiro semestre de 2021, a partir da realização de pesquisas de campo com mulheres que vivenciaram violência.

Os passos do processo de elaboração da cartilha educativa foram: a) Entrevista com mulheres abrigadas em Lar de acolhimento a vítimas de violência que fizeram parte do estudo; b) Processo de construção da cartilha educativa baseado nos resultados das entrevistas; c) Entrega do material didático-instrucional no “Lar Aconchego” e divulgação de forma *online* em plataformas digitais.

No primeiro passo, foram feitas as caracterizações iniciais com as entrevistadas, levantando pontos importantes revelados por elas em relação às violências domésticas vivenciadas. Ao todo, foram entrevistadas oito mulheres residentes temporárias na casa de passagem “Lar Aconchego”, durante o período de coleta dos dados. Salienta-se que esse local tem como finalidade acolher mulheres que vivenciaram algum tipo de violência doméstica no município de Santa Maria/RS, Brasil. A coleta de dados realizou-se no período de novembro a dezembro de 2020.

No segundo passo, foi elaborada a cartilha educativa, levando em consideração os principais pontos elencados pelas respondentes, visando minimizar situações de violência contra mulheres. No terceiro passo, foi criado o *link* na internet para sua divulgação, principalmente, junto às unidades de saúde públicas, onde as interlocutoras da pesquisa referenciaram ter frequentado. O projeto para a realização das entrevistas que serviram de base para a criação desta cartilha foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Franciscana/UFN sob o Parecer nº. 4.220.798.

O instrumento utilizado para a coleta de dados consistiu-se em um questionário semiestruturado, focado nos seguintes questionamentos: a) Fale um pouco sobre sua infância e de como compreendia as situações de violência?; b) Qual o motivo

que fez com que você viesse para o Lar Aconchego e como você pretende seguir a vida depois desse episódio?; c) Você considera que as situações de violência interferem na sua vida/saúde? Como? d) Quais as situações de violência que você sofreu? Como elas surgiram? E quanto tempo você permaneceu nesse ambiente violento?; e) O que poderia ter ajudado para fugir desta situação antes?; f) O que você acha necessário conter na cartilha para as mulheres?; e g) Teria mais alguma situação que vivenciou que gostaria de falar?

As informações coletadas foram devidamente organizadas e sistematizadas, estabelecendo os problemas prioritários das mulheres em relação às violências vivenciadas por elas. A partir dos resultados encontrados nas entrevistas, elaborou-se a cartilha, tendo por base a literatura técnico-científica e experiência profissional.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dados revelam que o Brasil é um dos países que mais sofre com a violência doméstica, sendo que as estatísticas apontam que a cada 15 segundos uma mulher é agredida no Brasil e, por isso, essa é a principal causa de morte e deficiência entre mulheres com idade entre 16 a 44 anos e mata mais do que câncer e acidentes de trânsito (BRASIL, 2011).

Visando prevenir situações de violência, construiu-se a cartilha intitulada “Viva sem violência”. O produto contém 30 páginas, utilizando como cores de fundo os tons rosas e as logomarcas do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil e da Universidade Franciscana (UFN). A construção do material envolveu conhecimento científico e trabalho em equipe com bolsista de pesquisa, mestranda e orientadora.

As figuras utilizadas foram liberadas pela plataforma eletrônica Canva e optou-se por imagens que trouxessem conteúdos inspiradores para que mulheres acreditassem no seu potencial e saíssem de situações de violência. Para tanto, como recurso visual, utilizaram-se poemas que abordam superação e enfrentamento da violência, atrelados à imagem da borboleta representando a mudança, bem como frases motivacionais.

A cartilha, além de indicar os canais de denúncia, apresenta os seguintes tópicos: a) capa; b) apresentação do produto e sua finalidade; c) tipos de violência; d) o que fazer para enfrentar a violência doméstica e; e) referências de serviços de atendimento especializado.

No conteúdo da cartilha, inseriram-se comentários relatados por mulheres que vivenciaram violência, tais como: a) Você vai sair assim?; b) Seja discreta, não fale. Esses comentários caracterizam-se como violência psicológica. Com esses exemplos, pretendeu-se apresentar de que forma diálogos do dia a dia podem ser identificados como pontos iniciais de violência.

O início das agressões verbais, sendo psicológica ou emocional, acompanha principalmente humilhações, xingamentos e desprezo. Esse tipo de violência, por sua vez, perdura durante todos os ciclos de violências, somando-se com o passar do tempo a agressões físicas (FONSECA *et al.*, 2012)

Tendo em vista que o objetivo da cartilha é de que ela seja acessada, principalmente, por mulheres com baixa escolaridade, utilizou-se uma linguagem clara e objetiva, mencionando, muitas vezes, as frases citadas pelas próprias entrevistadas. Nesse caminho, pareceu pertinente incluir o contexto sugerido pelos profissionais que atendem na casa de acolhimento onde se desenvolveu a pesquisa.

A versão *on-line* da cartilha está disponível ao público no acervo da Biblioteca da Universidade Franciscana, por meio de um *link* de acesso e será disponibilizada, também, em um outro *link* de acesso ao *Google Drive*. Dessa forma, acredita-se que um número maior de mulheres terá acesso à cartilha. Além disso, pretende-se disponibilizar a cartilha na versão impressa para instituições públicas de saúde, favorecendo a visibilidade do problema e a busca de soluções, bem como conceder também a casa de passagem onde os dados foram coletados.

O referencial teórico utilizado na cartilha incluiu materiais didáticos do Ministério da Saúde, dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) e apoiou-se nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Foram grifados no texto os locais e telefones úteis para denúncias de casos de violência.

No processo de construção dessa cartilha, foram considerados aspectos para motivar a leitura e o aprendizado das mulheres. É consenso entre estudiosos a importância da motivação para estimular o aprendizado, devendo-se considerar interação de textos e ilustrações no processo de elaboração do material escrito para educação em saúde (HOFFMANN, WARRALL, 2004).

A cartilha educativa inclui, nas páginas 8, 10, 12 e 25, ilustrações e textos sobre a autoestima, a exposição ocorreu com frases como: “Você é capaz” e o uso de poemas de Rupi Kaur e Amanda Lovelace, inspirando a saída dos ciclos de violência e incentivando denúncia. Salienta-se, ainda, que, ao final de todas as páginas citadas, há os canais de denúncia. As poesias têm por objetivo provocar reflexões nas mulheres sobre sua importância no mundo e seu potencial de transformação.

O uso de material escrito por profissionais de saúde é recomendado como ferramenta de reforço das orientações verbalizadas durante o acolhimento de mulheres em situação de violência. O material de ensino pode ter impacto positivo na educação de usuárias e ser capaz de ajudá-las a refletir sobre questões que possam ocorrer quando esse não estiver interagindo com o profissional de saúde (HOFFMANN; WARRALL, 2004).

A cartilha classifica-se como um recurso que pode contribuir com as mulheres no que se refere à educação em saúde e empoderamento. Nesse sentido, segundo Barreto *et al.* (2019), os processos em educação em saúde também ocorrem por meio do empoderamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado da pesquisa de campo com mulheres que vivenciaram violência e que serviu de base para as ilustrações e textos da cartilha, causou preocupação, tendo em vista que essas mulheres desconheciam seus direitos básicos para evitarem situações de violência doméstica.

Acredita-se que um material educativo produzido a partir da realidade de mulheres que passam pelo grave problema da violência pode modificar a realidade delas, bem como a de outras em sua rede de contatos. A utilização de percepções, conhecimentos e desconhecimentos sobre violência das mulheres entrevistadas, considerando o seu estilo de vida, foram aspectos essenciais nesse processo.

Uma limitação identificada na realização deste trabalho foi a dificuldade para o retorno do material às mulheres que foram entrevistadas, tendo em vista que sua permanência na casa

abrigo é temporária. Entretanto, a cartilha será disponibilizada para o local de coleta de dados, favorecendo que outras mulheres em situações semelhantes tenham acesso ao material.

Salienta-se que esse produto foi construído considerando-se a importância de uma linguagem acessível e a ausência de uma cartilha esclarecedora dos direitos das mulheres, buscando-se subsídios para a elaboração da mesma de forma participativa e comunicativa com os membros do local onde se desenvolveu a pesquisa.

REFERÊNCIAS

BARRETO, A. C. O. et al. Percepção da equipe multiprofissional da Atenção Primária sobre educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 266-273, 2019. Disponível em: lnq.com/FwwMF. Acesso em: 19 mar. 2021.

BRASIL. **Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República**. Brasília, DF, 2011.

FONSECA, D.; H.; RIBEIRO, C. G.; LEAL, N. S. B. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 307-314, 2012. Disponível em: lnq.com/kY8sE. Acesso em: 18 maio 2021.

HOFFMANN, T.; WARRALL, L. Designing effective written health education materials: considerations for health professionals. **Disability and Rehabilitation**, v. 26, n. 9, p. 1166-1173, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15371031/>. Acesso em: 8 jan. 2021.

KRUG, E. G. et al. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

PEIXOTO, L. S. et al. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Enfermería global**, v. 12, n. 1, 2013. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_revision1.pdf. Acesso em: 15 jan. 2021.

SILVA, L.L. et al. Silent violence: psychological violence as a condition of domestic physical violence. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 21, p. 93-103, jan./abr. 2007. Disponível em: lnq.com/bnNPq. Acesso em: 18 abr. 2021.

SILVEIRA, L. P. Serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência. In: **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher (1980-2005)**: alcances e limites. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006.

6. ESTRATÉGIA SEMEAR: QUALIFICAÇÃO DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL EM MUNICÍPIOS INTERIOANOS DO RIO GRANDE DO SUL

Maria Luisa Suárez Gutiérrez Cella, Gabriel Bloedow da Silveira,
Thalyta Freitas dos Santos Laguna, Cristina Saling Krueel

RESUMO

Objetivou-se descrever o processo de criação e implementação de uma estratégia de atenção à saúde materno-infantil em municípios interioranos, adaptada ao contexto da pandemia por COVID-19. O método utilizado foi de pesquisa-ação conduzida em seis etapas: 1. Levantamento das demandas em saúde materno-infantil e análise dos indicadores; 2. Criação de ações para atendimento das necessidades mais urgentes; 3. Sistematização das ações em um manual; 4. Apresentação da proposta para gestores municipais; 5. Implementação de ações presenciais; 6. Adaptação virtual da estratégia. Foram desenvolvidas ações para as demandas mais urgentes na saúde materno-infantil, adaptadas para o ambiente virtual, como resposta à pandemia de COVID-19. Criou-se um *site* que reúne textos informativos, *podcast*, cursos para educação permanente e vídeos educativos, e um grupo virtual multiprofissional de apoio às gestantes. A estratégia representa uma estratégia que garante o atendimento integral em saúde materno infantil de muni-

cípios interioranos, com consistente potencial adaptativo para outras localidades.

Palavras-chave: COVID-19; saúde materno-infantil; saúde pública.

1. INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas, políticas, programas e estratégias governamentais que atendem a saúde materno infantil foram criadas e implementadas no Brasil, sendo a proposta mais recente a estratégia Rede Cegonha (RC), de 2011 (ARAÚJO *et al*, 2014). A implementação gradativa dessa estratégia tem como finalidade estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país, que, mesmo enfrentando desafios quanto a sua plena execução em território nacional, estudos selecionados mostram que a sua implementação melhorou os indicadores relacionados ao pré-natal em municípios brasileiros (BRASIL, 2015). Além disso, a melhora da infraestrutura das instituições hospitalares, a redução do índice das taxas de mortalidade materno-infantil nos últimos anos e o aumento da satisfação das puérperas em resposta ao cuidado humanizado na atenção do pré-natal, parto e nascimento, demonstram a importância de garantir um atendimento adequado e de qualidade pelas equipes de saúde e pelo próprio Estado. As taxas de mortalidade materno-infantil que se mantêm elevadas e a observação dos critérios epidemiológicos de municípios afastados das capitais, permitem sinalizar que é necessária a qualificação no modelo de atenção em saúde, que favoreça o acompanhamento do período gestacional, parto, puerpério e durante a primeira infância, respeitando os princípios de humanização com bases em evidências científicas (LANSKY *et al*, 2014; GILDA *et al*, 2017).

Observam-se uma série de avanços recentes, porém se tratando de uma proposta de âmbito nacional, a Estratégia RC enfrenta desafios para atender às particularidades de cada região do país, em especial das mais afastadas das capitais estaduais. As fragilidades apresentadas na Estratégia RC, no que se refere ao seu modelo tecnocrático-hospitalar e de concepção despersonalizada de mulher, ignora as pluralidades existentes em um país socialmente diversificado como o Brasil (CARNEIRO, 2013).

Somado à necessidade de se avaliar e implementar ações que atendam às particularidades de cada município ou região quanto à saúde materno-infantil, desde fevereiro de 2020, a pandemia causada pela síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2 (SARS-CoV-2) chegou ao território nacional. O surto de COVID-19 foi designado como emergência de Saúde Pública e de preocupação internacional pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma vez que o vírus é altamente contagioso. Foram registrados 155 óbitos maternos pela doença até agosto de 2020 em todas as cinco regiões do Brasil (BRASIL, 2020). Um importante comunicado científico apontou, em julho deste mesmo ano, que o Brasil sustenta uma das maiores taxas de mortalidade materna por COVID-19 no mundo (12,7% à época, com 124 óbitos maternos) (CARNEIRO, 2013). Embora o número de bebês e crianças infectadas seja pequeno, em comparação à população total de infectados, as medidas de controle de infecções incluem a proteção de bebês recém-nascidos por meio do distanciamento físico (VILELAS, 2020).

2. OBJETIVO

Observando o cenário pandêmico e respeitando os princípios de humanização do parto e nascimento baseados em evidências científicas, procurou-se desenvolver um plano de qualificação da atenção em saúde materno-infantil para municípios do interior do estado do Rio Grande do Sul. Assim, objetiva-se descrever o processo de criação e implementação de uma estratégia de atenção à saúde materno-infantil, adaptada durante o período pandêmico por COVID-19, em municípios do interior do Rio Grande do Sul.

3. METODOLOGIA

Trata-se de tecnologia social, desenvolvida por meio de uma pesquisa-ação, que propõe a qualificação do modelo de atenção em saúde materno-infantil, baseado nos indicadores de saúde de um dos municípios no qual foi implementada. A pesquisa-ação se propõe a compreender uma situação, mas também a modificá-la, de forma que o conhecimento adquirido se articula a uma finalidade de alteração do cenário pesquisado. A proposta prevê ações coletivas, possibilita interações entre participantes e pesquisadores, de forma a construir um conhecimento em conjunto, resultando em ações práticas que consigam responder aos problemas vivenciados pelos participantes (SEVERINO, 2016; PICHETH *et al*, 2016).

A pesquisa que deu origem à Estratégia Semear foi desenvolvida entre os meses de agosto de 2019 e setembro de 2020 e constitui-se de seis etapas, incluindo desde a criação até a implementação da estratégia: 1. Levantamento das demandas em saúde materno-infantil e análise dos indicadores; 2. Criação

de ações para atendimento das necessidades mais urgentes; 3. Sistematização das ações em um manual; 4. Apresentação da proposta para gestores municipais de saúde e educação; 5. Implementação de ações presenciais; 6. Adaptação da estratégia ao contexto de pandemia por COVID-19.

A etapa 1, foi realizada por meio de levantamento das demandas em saúde materno-infantil, profissionais da saúde e gestores municipais, que responderam a 4 questionários com 122 questões que objetivam avaliar as fragilidades e as potencialidades dos serviços de saúde materno-infantil municipais. Também foram participantes 282 meninas adolescentes com idades entre 12 e 18 anos, matriculadas em escolas públicas municipais que responderam a dois questionários sobre projetos de vida e saúde da mulher. O primeiro questionário foi dirigido para adolescentes com idades entre 12 e 14 anos e 11 meses, e o segundo, dirigido àquelas com idades entre 15 e 18 anos.

O acesso às adolescentes se deu por meio das escolas públicas municipais. Solicitou-se a autorização dos pais ou responsáveis das adolescentes e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Posteriormente, as adolescentes cujos responsáveis autorizaram a participação, foram convidadas a participar da pesquisa, assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e, então, responderam aos questionários.

A estratégia foi construída com base na realidade de um município interiorano do estado do Rio Grande do Sul, com 22.281 habitantes e a 274,80 km da capital do estado (IBGE, 2010) e cujo produto bruto interno (PIB) per capita de R\$ 24 447,60 (IBGE, 2008).

A proposta de criação e implementação de um meio que atendeu à demanda diagnosticada pela coordenadora da política da criança e do adolescente do município e foi previamente apresentada aos gestores municipais de saúde e educação. Após sua aprovação, foi submetida à avaliação e autorização do Comitê de Ética da Universidade Franciscana (UFN) e aprovada sob o protocolo no. 3.686.950.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

ETAPA 1: LEVANTAMENTO DAS DEMANDAS DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL E ANÁLISE DOS INDICADORES DE SAÚDE MUNICIPAIS

Seguindo a coleta dos dados, foram identificadas fragilidades nas dimensões operacional, assistencial e na capacitação profissional, tanto na atenção básica de saúde quanto na atenção hospitalar.

Tabela 1 – Percentagem de respostas dos gestores e profissionais da saúde quanto às fragilidades na atenção à saúde materno-Infantil

Dimensão Operacional	%	Dimensão Assistencial	%	Dimensão Capacitação Profissional	%
Reuniões mensais da equipe	65,85	Ações com comunidade 11x mês	58,54	Orientações sobre a "Hora Gold"	55,56
Protocolo pré-natal	56,10	Grupos de gestantes 3/3 meses	53,66	Parceria com a escola de saúde pública	55,56
Habilitação Hospital Amigo C	72,22	Oferta de líquidos no trabalho de parto	83,33	Capacitações aleitamento materno	50,00

Grau de satisfação	66,67	Métodos de alívio da dor TP	66,67	Capacitações classific. Risco	50,00
Reunião gestores 3/3 meses	55,56	Inclusão de doulas	72,22	Qualificações atenção neonatal	51,28
Monitoramento AC	61,54	Atendimento serviço social	77,78		
Protocolo transporte	100,00	Teste da orelhinha	83,33		
Plano ação municipal	73,33	Teste da linguinha	88,89		
		AC emergência nas escola	82,05		

Fonte: os autores.

Como descrito na Tabela 1, na dimensão de Capacitação Profissional, evidenciam-se fragilidades relacionadas à orientação sobre aleitamento materno na primeira hora de vida do bebê e classificação de risco. Não obstante, verifica-se que 55,56% das respostas destacam que não há parceria com a escola de saúde pública e 51,28% afirmam não haver qualificações relacionadas à atenção neonatal.

Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (2019), a taxa de morte infantil no Brasil caiu consideravelmente desde 1996 até 2017. A mortalidade de bebês e crianças é o principal componente do índice de mortalidade materno-infantil desde a década de 1990 no Brasil (LANSKY *et al*, 2014). No município em questão, segundo o Núcleo de Informações em Saúde da Secretaria Estadual em Saúde do Rio Grande do Sul (NIS/SES-RS), do total de nascimentos, desde o ano 2013 até 2017, de 1375 nascidos vivos, houve 20 óbitos neonatais. A taxa de mortalidade neonatal ponderada é de 14,62 óbitos por mil nascidos vivos, sendo a maior taxa de mortalidade infantil contabilizada em 2017,

com 20,58%, representado por cinco óbitos. A fim de colaborar na mudança dos coeficientes de mortalidade infantil e minimizar as condições que contribuem para tal, foram concebidas e implementadas ações preventivas de acordo com as demandas apresentadas na dimensão assistencial da tabela 1. Está sendo realizado o acompanhamento do desenvolvimento da criança até cinco anos segundo calendário modelo de atenção.

A investigação sobre a percepção de gestores e profissionais da saúde por meio de questionários, como instrumento para avaliação das demandas específicas e mais urgentes na assistência em saúde materno-infantil do município, é uma estratégia eficiente para diagnosticar as fragilidades e potencialidades municipais. Esse diagnóstico inicial, somado à análise dos indicadores municipais de saúde, permite a proposta de respostas mais resolutivas e alinhadas às particularidades regionais. O desenvolvimento e aplicação de métodos contínuos para avaliação da qualidade dos serviços prestados à saúde é uma prioridade de pesquisas comprometidas com a transformação de realidades sociais.

Um dos aspectos que merece destaque nas fragilidades identificadas nos indicadores de saúde do município, é o alto índice de gravidez na adolescência. Esta é considerada uma situação de risco biológico, que pode afetar tanto a mãe como o recém-nascido. A gravidez na adolescência pode gerar mais intercorrências durante e mesmo após o período gravídico, em comparação com gestantes adultas. Complicações como tentativas de aborto, desnutrição, sobrepeso, hipertensão, anemia, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, desproporção cefalo-pélvica e depressão pós-parto estão fortemente associadas ao fato de a gravidez ocorrer na adolescência (BELARMINO, 2009). Portanto,

ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, que incluam o debate sobre seus projetos de vida, podem ser consideradas preventivas a esses agravos.

As ações preventivas quanto à gravidez precoce são importantes, mas a qualificação da atenção, em especial da assistência hospitalar ao parto, configura-se como foco prioritário para maiores avanços nas políticas públicas de redução das taxas e das desigualdades na mortalidade infantil no Brasil (LANSKY, 2014). Recomenda-se a capacitação das equipes de saúde para melhorar o desenvolvimento das habilidades e incentivar o trabalho em equipe, especialmente de cooperação entre assistência médica e de enfermagem no contexto do pré-natal.

A fim de criar ações que contemplassem essa fragilidade identificada e que também atendessem às demandas das adolescentes, os questionários sobre projetos de vida e saúde das adolescentes foram analisados.

Tabela 2 – Principais temas de interesse das adolescentes segundo faixa de idade

Interesse	Idade	Qtde	%
Como usar anticoncepcionais, riscos de uso e chances de falha	12 anos e 14 anos e 11 meses	33	11,7
	15 anos e 18 anos e 11 meses	45	16,0
Efeitos colaterais das drogas	12 anos e 14 anos e 11 meses	23	8,2
	15 anos e 18 anos e 11 meses	5	1,8

Gravidez	12 anos e 14 anos e 11 meses	32	11,3
	15 anos e 18 anos e 11 meses	20	7,1
Não estou interessada	12 anos e 14 anos e 11 meses	73	25,9
	15 anos e 18 anos e 11 meses	24	8,5
Não informado	12 anos e 14 anos e 11 meses	2	0,7
	15 anos e 18 anos e 11 meses	5	1,8
Outros (Cólicas, Cistos nos ovários, DSTs, Aborto, Camisinha feminina, Namoro)	12 anos e 14 anos e 11 meses	4	1,4
	15 anos e 18 anos e 11 meses	2	0,7
Tratamento de doenças femininas	12 anos e 14 anos e 11 meses	10	3,5
	15 anos e 18 anos e 11 meses	4	1,4
TOTAL			100,0

Fonte: os autores.

Na Tabela 2, nota-se que 97 meninas, que representam 34,4% das participantes dos questionários, não têm interesse em temas relativos à saúde reprodutiva e da mulher. Os temas

mais solicitados para orientação foram relacionados aos métodos anticoncepcionais e sobre a gestação, representando 27,7% e 18,4%, respectivamente.

ETAPA 2: CRIAÇÃO DE AÇÕES PARA O ATENDIMENTO DE NECESSIDADES MAIS URGENTES

Após o levantamento dos indicadores, constataram-se as principais fragilidades do município e a necessidade de maior qualificação das redes de atenção materno-infantil, e, então, as ações de intervenção puderam ser criadas. As ações foram organizadas em quatro frentes, descritas a seguir:

Semeando Transformação: ações voltadas a projetos de vida de meninas adolescentes, educação em saúde e redução dos índices de gravidez na adolescência. Essa frente foi pensada para atender às demandas das adolescentes e em resposta aos elevados índices de meninas adolescentes grávidas identificados no município. Estiveram envolvidas, no processo de implementação, a Secretaria de Educação do Município, direções de 14 escolas municipais, além de 35 professoras e 282 famílias de meninas adolescentes que autorizaram a sua participação na pesquisa. A frente propõe reuniões em escolas para o planejamento das oficinas e, na sequência, a criação e disponibilização de vídeos de curta duração para serem apresentados em sala de aula, com temáticas baseadas nos interesses relatados pelas adolescentes nos questionários coletados previamente nas escolas.

Semeando Vidas: implantação de um protocolo de atenção ao pré-natal e puerpério e criação de grupos educativos com gestantes. A delimitação das necessidades e realidades

do ambiente para o desenvolvimento do protocolo se deu por meio da realização de reuniões com equipes de saúde, bem como rodas de conversa com usuários do sistema.

Semeando Conhecimento: criação de um Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES), constituído por uma equipe multidisciplinar, que atua em parceria com equipes de enfermagem obstétrica para a promoção de práticas de capacitação profissional na perspectiva da educação permanente, por meio de *workshops*, palestras e cursos voltados a profissionais da saúde. Realizaram-se palestras em hospitais e Unidades Básicas de Saúde, cursos teórico-práticos de atualização em cuidados obstétricos, além de eventos abertos à comunidade sobre acolhimento, vínculo e humanização.

Semeando Futuro: realização, de forma sistematizada, do acompanhamento multidisciplinar do crescimento e desenvolvimento da criança de até cinco anos de idade, por meio da criação e implementação de um calendário modelo, com o mínimo de oito consultas e com ações preventivas em saúde, prevendo o acompanhamento da assistência de crianças saudáveis, atendidas por uma equipe multidisciplinar nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF). A frente ainda se propõe a produzir materiais instrucionais para cuidadores de crianças na primeira infância e realizar atividades de promoção da saúde.

ETAPA 3: SISTEMATIZAÇÃO DAS AÇÕES EM UM MANUAL

Após a criação da estratégia, houve a etapa de sistematização das ações em um manual, que conta com uma breve explicação dos objetivos da estratégia, bem como do seu processo de formação. Adiante, o material elucida, detalhadamente, cada uma das frentes de ação, elencando os passos para a sua implementação, que são resumidos em um fluxograma ao final. Busca-se, dessa forma, garantir a possibilidade de replicação da estratégia para outros municípios do interior do estado do Rio Grande do Sul.

ETAPA 4: APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA PARA GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO

A disposição da estratégia e o seu detalhamento também favoreceram a apresentação da proposta para gestores municipais de saúde e educação. Em outubro de 2019, a Estratégia Semear foi aprovada pela maioria absoluta dos membros do Conselho de Saúde do município, durante Sessão Ordinária. O projeto foi apresentado também para membros da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Secretaria Municipal de Educação (SME) e para a gestão do Hospital de Caridade Brasilina Terra (HCBT), os quais tiveram uma ótima receptividade, concordando com a execução das ações nas instituições. O Conselho Municipal de Educação e Cultura, no uso das suas atribuições legais, também aprovou o projeto em sessão plenária. O Poder Legislativo tomou conhecimento da estratégia e suas ações na sua apresentação durante a tribuna livre no final de outubro. Finalmente, o Poder Executivo autorizou a implementação e desenvolvimento das ações e pesquisas no município.

ETAPA 5: IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES PRESENCIAIS

Tendo havido a aprovação dos gestores municipais, iniciou-se a implementação da estratégia desde o mês de outubro de 2019 com um curso teórico-prático de atualização em cuidados obstétricos para os profissionais de saúde que trabalham com a saúde materno-infantil. Foram realizadas palestras educativas em unidades básicas de saúde e no hospital, para logo discutir em rodas de conversas sobre planejamento das ações.

ETAPA 6: ADAPTAÇÃO DA ESTRATÉGIA AO CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19

Nos meses de janeiro e fevereiro de 2020, a pandemia do Coronavírus (COVID-19) se tornou uma realidade mundial. Frente a esse desafio, a Estratégia Semear foi adaptada ao ambiente virtual, o que viabilizou a sua continuidade e favoreceu a ampliação de seu alcance.

Nesse sentido, a frente **“Semeando Transformação”**, que busca atender às adolescentes, conseguiu realizar, anteriormente ao início da pandemia de COVID-19, reuniões em escolas com professores e responsáveis sobre os objetivos do projeto e de como seriam direcionadas as atividades com as adolescentes. Com a emergência do cenário pandêmico, a frente foi capaz de orientar as adolescentes a partir de suas dúvidas e interesses, por meio de vídeos curtos (“Dicas da MariaLu”) e *podcasts* (“MariaLu responde”) que estão disponibilizados no *site* da Estratégia Semear (www.estrategiasemear.com). Os vídeos incluem educação sexual para adolescentes, com abordagem adaptada nas mídias para os promotores de educação, pais ou responsáveis e profissionais da saúde.

Já a frente **“Semeando Vidas”**, que realiza a qualificação das redes, reorganizou, classificou e direcionou as consultas do pré-natal, visando evitar aglomerações. Essa reorganização seguiu o algoritmo para avaliação e tratamento imediato de mulheres grávidas com suspeita ou confirmação de COVID-19 do Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de COVID-19, proposto pelo Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde. Também foram elaboradas duas cartilhas educativas, as quais são distribuídas às parturientes no momento de sua internação para o parto. Os temas abordados nesse material contêm informações acerca dos cuidados com o recém-nascido e orientações sobre pós-parto. Finalmente, com o objetivo de orientar e manter um vínculo com as gestantes e puérperas do município, criou-se um grupo no aplicativo de troca de mensagens WhatsApp. Nesse espaço virtual, uma equipe multidisciplinar faz orientações com vídeos e postagens sobre diversos temas referentes ao período gravídico-puerperal e a parentalidade, causando um impacto positivo na prevalência do aleitamento materno e cuidados do recém-nascido, em especial nas mães de primeira mão.

A adaptação da frente **“Semeando Conhecimento”** para o ambiente virtual, inclui quatro palestras publicadas no *site* da Estratégia Semear (www.estrategiasemear.com). As palestras versam sobre Puerpério fisiológico e cuidados da enfermagem; Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde; Emergências obstétricas; Atenção à Saúde do Recém-Nascido.

Por se tratar de uma ação fundamentalmente direcionada para o atendimento clínico, a frente **“Semeando Futuro”** não necessitou de significativa adaptação para o contexto de

pandemia por COVID-19. O atendimento clínico, a sistematização do acompanhamento e a identificação de situações para a intervenção precoce prosseguiram, respeitando as recomendações e os protocolos previstos para a pandemia. Ainda assim, foram incluídos no *site* da estratégia dois textos e três vídeos sobre o desenvolvimento da criança de zero a cinco anos, conteúdo que pode ser consultado por pais, mães e profissionais da atenção materno-infantil.

A pandemia de COVID-19, em curso no ano de 2020, suscitou muitas mudanças em todos os aspectos da vida cotidiana. Devido à impossibilidade de encontros presenciais, em virtude das orientações dos órgãos de saúde para a manutenção do distanciamento social, as ações da Estratégia Semear se viram diante de um novo desafio. Situações como essa provocam movimentação profunda nas estruturas do sistema de saúde e é nesse momento que as políticas públicas se tornam especialmente necessárias. Nesse sentido, a Estratégia Semear não só reafirmou sua importância, como demonstrou grande flexibilidade ao se adaptar, de maneira eficiente, a uma nova e abrupta realidade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas e estratégias de saúde nacionais são fundamentais e sustentam todo o sistema de saúde e, somado a elas, as iniciativas em âmbito regional e municipal demonstram potencial para atender às particularidades de suas localidades. Nesse sentido, a Estratégia Semear representa uma força potente na garantia do atendimento integral em saúde materno-infantil de pequenos municípios, demonstrando-se capaz de

responder de maneira eficiente às demandas do município em que foi implementada e apresentando um consistente potencial adaptativo para outras localidades.

Diante da emergência de uma situação que se interpõe ao desenvolvimento de um projeto, é necessário um nível suficiente de flexibilidade, para que a estratégia seja adaptada e mantenha seu impacto social, ainda que de outras formas. Nesse sentido, as circunstâncias vinculadas à pandemia de COVID-19 revelaram que a Estratégia Semear apresenta um campo amplo para adaptação e flexibilidade, o que representa uma grande característica positiva e comprovam a sua profunda consistência e forte estruturação.

Por meio de suas quatro frentes de ação, a Estratégia Semear contribui para a transformação da realidade materno-infantil do município em que foi implementada. As ações com caráter educacional merecem destaque, pois alcançam profissionais da saúde, gestantes e meninas adolescentes. Para além das ações já implementadas, tem-se um solo fértil para o crescimento de novas iniciativas, em um terreno potencializado por uma estrutura consolidada e uma realidade que vem sendo transformada.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, 2014. Disponível em: lnq.com/Rpszl. Acesso em: 17 abr. 2019.

BELARMINO, G. O. et al. Risco nutricional entre gestantes adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 169-175, 2009. Disponível em: lnq.com/zksTG. Acesso em: 14 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coletiva de imprensa**: gestação e puerpério no contexto da pandemia. Disponível em: lnq.com/kZIRL. Acesso em: 1 set. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Núcleo de Informações em Saúde**. NIS. Disponível em: lnq.com/k6T9g. Acesso em: 18 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: lnq.com/3crKU. Acesso em: 14 abr. 2019.

CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 44, p. 49-59, 2013. Disponível em: lnq.com/GuODI. Acesso em: 25 jun. 2019.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Unicef**: mortalidade infantil tem redução histórica no Brasil. 2019. Disponível em: lnq.com/KPpDK. Acesso em: 11 set. 2019.

GILDA, A. A. et al. Política de humanização da assistência ao parto como base à implementação Rede Cegonha: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 11, n. 2, p. 691-702, 2017. Disponível em: lnq.com/vI7y9. Acesso em: 19 set. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População no último censo**: IBGE Censo Demográfico 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/tupancireta/panorama>. Acesso em: 1 set. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População no último censo**: PIB per capita. 2010. Disponível em: lnq.com/jh90N. Acesso em: 11 nov. 2020.

LANSKY, S. *et al.* Pesquisa nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**, v. 30, p. 192-207, 2014. Disponível em: lnq.com/KfEVU. Acesso em: 14 fev. 2019.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 58-164, 2013. Disponível em: lnq.com/0obRZ. Acesso em: 26 mar. 2019.

PAYNE, D. C. *et al.* Stillbirth During Infection With Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus. **Journal of Infectious Diseases**, v. 209, p. 1870-1872, 2014. Disponível em: lnq.com/XnKeP. Acesso em: 10 fev. 2019.

PICETH, S. F. *et al.* Analisando a pesquisa-ação à luz dos princípios intervencionistas: um olhar comparativo. **Educação**, Porto Alegre, v. 39, n. esp, S3-S13, 2016. Disponível em: lnq.com/GLKkg. Acesso em: 16 mar. 2019.

RASMUSSEN, S. A.; JAMIESON, D. J.; UYEKI, T. M. Effects of influenza on pregnant women and infants. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 207, supl. 3, S3-8, 2012. Disponível em: lnq.com/ZEnXH. Acesso em: 17 mar. 2019.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 24. ed. São Paulo: Cortez, 2016.

SOUSA, F. G. M. *et al.* Modelando a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 4, p. 701-707, 2010. Disponível em: lnq.com/9hA52. Acesso em: 16 mar. 2019.

TAKEMOTO, M. L. S. *et al.* The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 151, n. 1, p. 154-156, 2020. Disponível em: lnq.com/bW4at. Acesso em: 17 set. 2020.

VILELAS, J. M. S. O novo coronavírus e o risco para a saúde das crianças. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, e3320, 2020. Disponível em: lnq.com/Qeyiu. Acesso em: 11 nov. 2020.

PARTE III
CONTEXTO
EDUCACIONAL

CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA APLICADA NA ÁREA EDUCACIONAL

Débora Dalbosco Dell'Aglio

Em países mais desenvolvidos, tem sido observada uma ampla integração entre estudos realizados em instituições acadêmicas e o trabalho aplicado de atendimento à população, seja em instituições públicas, seja em privadas. No entanto, no Brasil, ainda é observado um distanciamento entre teoria e prática, entre a pesquisa e suas aplicações, dificultando o subsídio do conhecimento científico sobre práticas profissionais em diferentes realidades. Em geral, essa lacuna ocorre devido à falta de conhecimento, por parte da academia sobre os contextos onde os profissionais estão imersos, sobre as características das atividades profissionais e sobre as experiências acumuladas de quem está diretamente atuando junto à população.

Especificamente na área educacional, o distanciamento entre teoria e prática ocorre na medida em que muitas pesquisas são publicadas com uma linguagem científica e por meios de divulgação que não atingem a comunidade escolar. Muitas das teorias de aprendizagem não apresentam claramente a forma como podem ser aplicadas em sala de aula, na relação professor-aluno, na construção do planejamento da atividade docente, ou mesmo, nas diferentes formas de avaliação do aluno, por exemplo. Assim, entende-se que uma maior aproximação e clareza na comunicação entre academia e contextos educacionais poderiam contribuir para a sistematização e disseminação do conhecimento científico, de forma que as evidências científicas possam fundamentar o trabalho aplicado.

Felizmente, pesquisas educacionais mais recentes estão voltadas para o cotidiano escolar, com foco no currículo e nas interações sociais na escola. Observa-se também que os pesquisadores têm procurado analisar as problemáticas educacionais e têm adotado metodologias mais participativas, buscando desenvolver seus estudos em colaboração com a comunidade escolar, na busca de uma maior validade ecológica da pesquisa. Assim, a pesquisa aplicada necessita de um envolvimento do pesquisador e uma imersão nas problemáticas vivenciadas pela população alvo. De alguma forma, o pesquisador precisa vivenciar a realidade da escola e estar engajado na educação como um todo, percebendo os desafios, as satisfações, as problemáticas e as conquistas nesse espaço tão rico, considerando saberes empíricos e as limitações do contexto.

Deve-se destacar o conceito de pesquisa aplicada, que pode ser compreendida como um conjunto de atividades nas quais conhecimentos previamente adquiridos são utilizados para coletar, selecionar e processar fatos e dados, a fim de se obter e confirmar resultados, gerando impacto e atendendo às demandas da sociedade (FLEURY; WERGMAN, 2017). No entanto, de acordo com Matta, Silva e Boaventura (2014), a sociedade brasileira carece de pesquisas inovadoras e aplicadas em educação, como, aliás, em outras áreas da ciência. Para esses autores, esta é uma situação a ser enfrentada, pois a escola e a educação necessitam muito de transformações e conhecimento aplicado, embora muitas vezes as pesquisas apresentem pouca aplicabilidade e baixa utilidade em processos ensino-aprendizagem existentes.

Na medida em que a pesquisa de fato vai ao encontro dos objetivos na área educacional, sua contribuição se torna um importante aliado na busca de inovações e novas metodologias. São muitos os estudos que podem contribuir para o trabalho aplicado em instituições de atendimento à saúde e educação. Estudos populacionais contribuem para que se possa conhecer melhor a situação de saúde, o acesso e uso dos serviços, fatores de risco e de proteção no desenvolvimento, assim como comportamentos relacionados à saúde em grupos populacionais específicos na área materno-infantil. Do ponto de vista da educação, pesquisas têm contribuído para uma maior orientação a pais e professores, no que se refere ao desenvolvimento infantil, permitindo ações de prevenção e intervenção.

Observa-se que, na área de atendimento materno-infantil, os estudos precisam ser multidisciplinares, uma vez que são necessários conhecimentos relativos à saúde da mulher e da criança, desde estado nutricional e educação alimentar em diferentes etapas do ciclo vital, atenção pré-natal e parto, aleitamento materno, esquema de vacinação, desenvolvimento infantil, práticas educativas, adaptação à creche, prevenção à cárie infantil, entre outros. Assim, conhecimentos da enfermagem, medicina, odontologia, fisioterapia, psicologia, assim como educação, educação física e serviço social, são necessários para que se possa desenvolver trabalhos conjuntos, com caráter educacional e preventivo a essa população, que é muitas vezes vulnerável.

De acordo com a revisão de literatura de Cassiano *et al.* (2014), nas últimas décadas, com o auxílio do governo e da sociedade, houve uma progressão no atendimento da saúde da mulher e da criança, com avanço nas propostas de políticas públicas de saúde materno-infantil que buscam garantir uma

melhor condição de saúde e de vida. Também houve uma evolução nas políticas públicas na área da educação, devido ao desenvolvimento de muitas pesquisas na área educacional, que trouxeram evidências científicas para embasar as práticas aplicadas, a partir do oferecimento de produtos. A prática baseada em evidências busca utilizar informações derivadas de teorias e pesquisas para a tomada de decisão sobre o cuidado prestado a indivíduos. As evidências das pesquisas também contribuem para uma maior qualificação na formação de novos profissionais, capacitação permanente, intervenções voltadas aos usuários (crianças, pais, profissionais da saúde e educação), ações de prevenção, atendendo a políticas públicas em relação à saúde, educação e assistência social.

A Universidade, a partir de seu tripé de conhecimento — ensino, pesquisa e extensão — tem uma grande contribuição na operacionalização das políticas educacionais. Para Glat e Pletsch (2017), essa ação pode ser desenvolvida em duas esferas básicas: 1) na formação inicial e continuada de professores e demais agentes educacionais; 2) na produção de conhecimento por meio de projetos de pesquisa e de extensão que validem e disseminem propostas educativas bem sucedidas para atender às novas demandas decorrentes da política educacional e reivindicações sociais.

As pesquisas aplicadas, de forma geral, têm apresentado resultados que podem contribuir diretamente na transformação da realidade. Para Glat e Pletsch (2017), nesse aspecto, as universidades brasileiras já acumulam um significativo acervo de pesquisas na área da Educação, com estudos sobre desenvolvimento infantil, direito à educação de todos e inclusão educacional, por exemplo. Esses estudos abrangem diversas

dimensões, tais como formação de professores, ensino-aprendizagem, atitudes e percepções de familiares e profissionais, profissionalização, políticas públicas, entre tantas outras. No entanto, é necessária uma integração da universidade com a rede escolar, de forma que os professores não fiquem num papel passivo, mas que participem ativamente de todas as fases do desenvolvimento do estudo, aprendendo a serem pesquisadores de sua própria prática. Essa concepção de pesquisa aplicada considera que a formação de educadores pela universidade deve incluir não apenas um conteúdo abrangente, mas, também, uma maior inter-relação com a prática do seu corpo discente que, em grande medida, já é composto por professores que podem desenvolver essas pesquisas em seus próprios locais de trabalho (GLAT; PLETSCH, 2017).

Outro eixo importante na atuação das universidades é a extensão, vinculada intimamente ao ensino e à pesquisa, porém, voltada diretamente para a sociedade. O trabalho de extensão possibilita um processo de inserção social da universidade, que implica uma retroalimentação mútua entre a produção de conhecimento acadêmico e sua disseminação e concretização em práticas sociais (GLAT; PLETSCH, 2017). Dessa forma, a divulgação da ciência se torna um eixo importante para que a pesquisa seja de fato aplicada à realidade prática da população, seja na produção de manuais com linguagem não científica, cursos e capacitações, além de projetos aplicados às comunidades.

Atualmente, tendo em vista o período de interrupção de inúmeras atividades presenciais, devido à pandemia pelo COVID-19, novos estudos foram desenvolvidos a partir de recursos tecnológicos. O ensino remoto se tornou o principal recurso educacional e pesquisadores, profissionais e professores tive-

ram que se “reinventar”, na busca de metodologias eficientes para dar continuidade ao seu trabalho. A partir disso, foram propostos e disponibilizados à população inúmeros programas educacionais em ambientes virtuais de aprendizagem, intervenções *on-line* (com atendimento individual e/ou grupal), jogos educativos na internet, portais virtuais com orientações a pais, constituindo-se como produtos aplicados derivados de pesquisas. Esses produtos refletem o resultado de pesquisas aplicadas, que buscam atender as demandas atuais da sociedade, e contribuem para a disseminação do conhecimento científico.

Assim, pode-se concluir que a implementação de políticas públicas de qualidade voltadas à educação será diretamente influenciada pelo trabalho conjunto e parceria entre as universidades e o sistema educacional. A universidade tem uma importante responsabilidade social e pode contribuir na produção de conhecimento aplicado, no debate crítico sobre as políticas públicas educacionais e de saúde, na formação de educadores e na criação de produtos inovadores para atender à comunidade escolar. Dessa forma, os capítulos deste livro contribuem de forma significativa, ao apresentarem uma perspectiva ampliada de intervenções, incluindo produtos aplicados tanto à área de educação como de saúde.

REFERÊNCIAS

CASSIANO, A. C. M. et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, v. 65, n. 2, p. 227-244, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.21874/rsp.v65i2.581>. Acesso em: 28 nov. 2021.

FLEURY, T. L.; WERLANG, S. R. C. Pesquisa aplicada: conceitos e abordagens. **GV Pesquisa – Anuário de Pesquisa 2016-2017**, São Paulo, n. 5, p. 10-15, 2017. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/apgvpesquisa/article/view/72796/69984>. Acesso em: 17 set. 2021.

GLAT, R.; PLETSCH, M. D. O papel da universidade frente às políticas públicas para educação inclusiva. **Benjamin Constant**, n. 29, mar. 2017. Disponível em: <http://revista.ibr.gov.br/index.php/BC/article/view/509/221>. Acesso em: 17 nov. 2021.

MATTA, A. E. R.; SILVA, F. P. S.; BOAVENTURA, E. M. Design-based research ou pesquisa de desenvolvimento: metodologia para pesquisa aplicada de inovação em Educação do século XXI. **Educação e Contemporaneidade – Revista da FAEEDA**, v. 23, n. 42, p. 23-36, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21879/faeeba2358-0194.v23.n42>. Acesso em: 17 nov. 2021.

1. “SUPER LANCHEIRA”: DESENVOLVIMENTO DE UM JOGO EDUCATIVO NÃO DIGITAL

Ana Paula Gularte Barbosa, Marcia Montagner,
Michele Vargas Reginatto, Regina Gema Santini Costenaro,
Rozane Marcia Triches, Franceliane Jobim Benedetti

RESUMO

Neste estudo, teve-se por objetivo elaborar um jogo educativo não digital para auxiliar os pais e/ou responsáveis no preparo das lancheiras dos escolares dos Anos Iniciais do Ensino Fundamental. Para a construção do jogo, utilizou-se o método *Design Thinking*, que formula questionamentos por meio da apreensão ou compreensão dos contextos dos envolvidos. Foi desenvolvido um jogo educativo, não digital, composto por cartas e um tabuleiro. As cartas foram representadas por vilões e super-heróis que, por meio da ludicidade, propõem a melhoria da alimentação e nutrição das crianças e ajudam os pais e/ou responsáveis a fazer escolha de alimentos mais saudáveis para compor a lancheira de escolares. O jogo pode ser uma ferramenta capaz de possibilitar, de forma reforçadora, a relação da criança com os alimentos, e os pais e/ou responsáveis são essenciais para a manutenção do comportamento de um consumo alimentar diversificado e saudável.

Palavras-chave: jogos; design; alimentação; educação alimentar e nutricional; crianças.

INTRODUÇÃO

O consumo alimentar das crianças brasileiras está relacionado ao sobrepeso e obesidade, tanto pelo volume da ingestão alimentar como pela composição e qualidade da dieta (TRICHES; GIUGLIANE, 2005). Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS), afirma a necessidade de ensinar as crianças sobre alimentação saudável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012) e a Portaria Interministerial nº1010 de 08 de maio de 2006, para escolas públicas e privadas, sugere desenvolver métodos de informação às famílias, mostrando sua corresponsabilidade e a influência no processo de estimular e orientar sobre Educação Alimentar e Nutricional (EAN) (BRASIL, 2006).

A alimentação, no âmbito escolar, deve ser adequada e contínua, dando preferência a alimentos mais saudáveis, sendo toda a comunidade escolar (pais e/ou responsáveis, professores, gestores, merendeiras) responsável pela qualidade da alimentação das crianças (MATUK *et al.*, 2011), uma vez que hábitos alimentares incorporados na infância têm uma grande chance de permanecer na vida adulta, favorecendo melhores condições de saúde (BARCELOS; RAUBER; VITOLO, 2014).

Um dos hábitos que podem ser incorporados é o fracionamento das refeições. Nesse sentido, recomenda-se que crianças dos anos iniciais do Ensino Fundamental (EF) (1º ao 5º ano) realizem três principais refeições: café da manhã, almoço e jantar, e dois lanches intermediários, que devem ser planejados para suprir as necessidades nutricionais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

O padrão alimentar das crianças, incluindo o dos lanches intermediários, está modificando, os alimentos industrializados

colaboram para a mudança de hábitos, já que nessa fase há preferência instintiva por doces e predisposição aos alimentos com maior densidade calórica (PONTES *et al.*, 2009). Estudo referente à composição dos lanches intermediários revela um consumo significativo de açúcar e adição e sódio, podendo ser um fator que favorece o aparecimento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) (FISBERG *et al.*, 2016). Os alimentos que fazem parte do lanche tendem a ter maior quantidade de energia e pobres em fibras e vitaminas (VILELA *et al.*, 2019). Um estudo que avaliou a composição de 380 lancheiras, no RS, identificou 895 alimentos, sendo que 714 (80%) foram classificados como ultra-processados, 129 (14%) *in natura* e minimamente processados, 52 (6%) processados (BARBOSA *et al.*, 2019). Isso reforça a necessidade de ações educativas, tanto voltadas às crianças quanto aos responsáveis por sua alimentação (FISBERG *et al.*, 2016).

Com o intuito de melhorar a alimentação das crianças, estratégias lúdicas podem ser utilizadas com o objetivo de modificar hábitos alimentares inadequados. Entre eles, podem ser usados os jogos, que têm uma ótima aceitação desse público (TOSCANI *et al.*, 2007). De forma lúdica, podem auxiliar desde o conhecimento até o preparo de alimentos saudáveis, que devem compor as lancheiras. O jogo pode ser uma estratégia para orientar pais e/ou responsáveis quanto às melhores escolhas de alimentos para compor os lanches intermediários (FONSECA *et al.*, 2000). Assim, nesta pesquisa, teve-se por objetivo elaborar um jogo educativo, não digital, para auxiliar os pais e/ou responsáveis no preparo das lancheiras dos escolares do EF.

METODOLOGIA

Para a construção do jogo utilizou-se o método *Design Thinking*, que formula questionamentos por meio da apreensão ou compreensão dos contextos. Assim, ao pensar de maneira abduativa, a solução não é derivada do problema: ela se encaixa nele (VIANNA *et al.*, 2012).

Para o desenvolvimento do jogo, foram utilizadas quatro etapas (Figura 1) (VIANNA *et al.*, 2012):

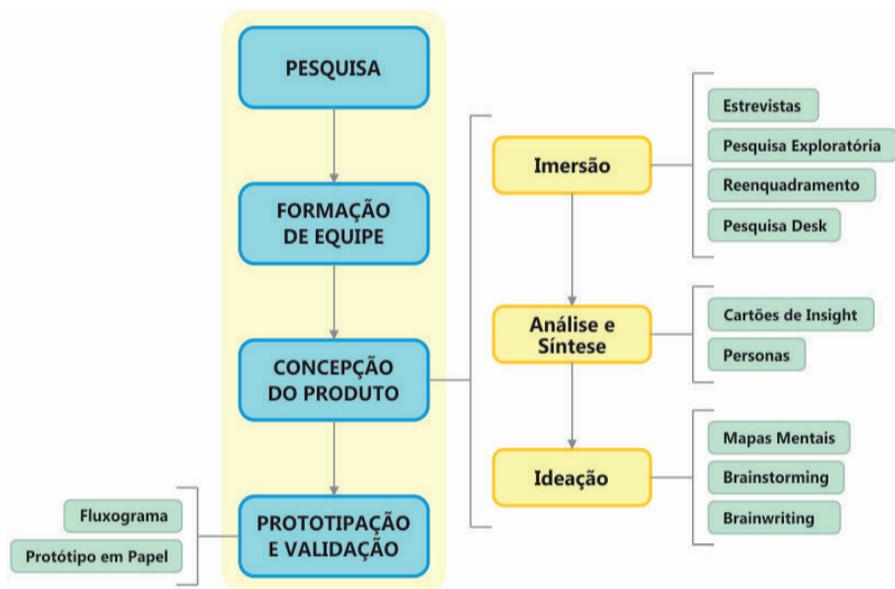
Etapa 1. Pesquisa: identificação do problema através da pesquisa de campo e em artigos científicos sobre alimentação dos escolares e consumo de alimentos industrializados. Nessa etapa, propôs-se a resolução do problema por meio de uma ferramenta lúdica não digital.

Etapa 2. Formação de equipe: a partir do resultado da pesquisa, ficam mais nítidas as necessidades técnicas exigidas para a resolução do problema. A partir de então, busca-se o auxílio de outros profissionais de forma multidisciplinar.

Etapa 3. Concepção do produto: subdividida em imersão, análise e síntese, e ideação.

3.1 Imersão: Aqui, identificam-se, de forma mais profunda, o problema e as necessidades que precisam ser sanadas com o produto, partindo sempre do ponto de vista dos principais indivíduos aos quais ele se destina. Ainda na fase de imersão, ocorre uma desconstrução da ideia inicial do produto e com base nos resultados dos questionários e pesquisa exploratória, começam a ser reformuladas e delineadas novas convicções para a construção do formato do jogo. Pode-se chamar essa parte de reenquadramento.

Figura 1 – Jogo Design Thinking.



Fonte: adaptado de Silva e Bitencourt (2017).

Para a pesquisa exploratória, utilizaram-se dois questionários, um composto por perguntas sobre o preparo e composição dos lanches e o outro para averiguar o conhecimento que os responsáveis pelo lanche têm a respeito da composição nutricional dos alimentos. Os questionários foram enviados aos pais ou responsáveis junto com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa faz parte de um projeto denominado “Utilização de ferramenta lúdica para o preparo de lancheira saudável”, que foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Franciscana (UFN), sob o parecer número 2.992.473.

Ainda na fase de imersão, ocorre a desconstrução da ideia inicial do produto, e, com base nos resultados dos questionários e pesquisa exploratória, começam a ser reformuladas e delineadas novas convicções para a construção do formato do jogo, parte chamada de reenquadramento.

E para completar foi realizada a pesquisa *desk* para execução do estudo; utilizou-se o método de busca de informações em diversas fontes (*websites*, livros, revistas, *blogs* e artigos) sobre o tema do projeto a fim de, entre outras coisas, se obter referências amplas de outros projetos, similares ou de áreas afim.

3.2 Análise e síntese: nessa etapa, aprofunda-se o olhar sobre o público alvo e define-se o escopo geral do produto a ser desenvolvido. Para tal, utilizam-se cartões de *insights*, com as diferentes e múltiplas ideias que surgem. Esses cartões são agrupados por similaridade e linha de pensamento para que posteriormente sejam avaliados de forma geral em comparação aos outros grupos de ideias e de forma individual dentro do seu grupo. Também nesta etapa delineiam-se as personas, personagem que representam, em linhas gerais e de forma mais genérica, os indivíduos e suas características bem como a sua relação com o problema. As personas são organizadas de maneira a obterem-se padrões e a criar desafios que auxiliem na compreensão do problema (VIANNA *et al.*, 2012).

Foram separadas e agrupadas as fichas das personas para analisar qual tema e ideias se encaixam melhor na proposta do produto e o momento de agrupar as informações que mais se ajustam de modo a definir o jogo. E, dentro desta análise, pesquisou-se o tema ou personagem que ilustraria a parte física do jogo, com o auxílio de uma rápida pesquisa com alunos de uma escola da rede privada com idade entre cinco a nove anos,

que foram questionadas sobre quais personagens ou elementos gostariam de ver em um jogo infantil.

Na síntese, fez-se a definição dos principais objetivos do jogo como ferramenta para a resolução do problema proposto e determinou-se o público-alvo final, com a definição dos perfis das personas a serem atendidas.

3.3 Ideação: última fase da concepção do jogo, que é descrito pela geração de ideias e realização de escolhas a partir das alternativas existentes associadas a ele (SILVA; BITTENCOURT, 2017). Aqui, a equipe do projeto realizou a geração de ideias através de *brainstormings*, uma das técnicas de geração de ideias mais conhecidas onde os participantes explanam suas ideias uns aos outros de forma oral, *brainwriting*, em que os participantes anotam as suas ideias para posteriormente analisar em conjunto, e mapas mentais ao redor do tema a ser explorado e com base nas ferramentas (VIANNA *et al.*, 2012). As técnicas foram usadas para definir o estilo de jogo e questões sobre a alimentação infantil.

Etapa 4. Prototipação e validação: tem como função auxiliar a validação das ideias geradas por meio de protótipos físicos que visam simular o produto final e, apesar de ser apresentada como uma das últimas fases do processo de *Design Thinking*, pode ocorrer ao longo do projeto em paralelo com a Imersão e a Ideação (VIANNA *et al.*, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o propósito de melhorar a alimentação e nutrição das crianças e ajudar os pais e/ou responsáveis a fazerem escolha de alimentos mais saudáveis para compor a lancheira de escolares

foi desenvolvido um jogo, o qual, conforme Crawford (1982), é classificado como educativo não digital, de cartas. Definir jogo não é tarefa fácil, pois o conceito varia conforme o contexto em que está inserido (KISHIMOTO, 2017). A opção por um jogo educativo não digital deu-se a partir dos resultados observados. Em estudo que visa melhorar hábitos alimentares saudáveis dos estudantes, foi realizado um programa de intervenção escolar baseado no jogo de cartas “Lutando pela minha saúde”, que obteve melhora nos hábitos alimentares, do café da manhã e o consumo de frutas e água, bem como uma redução no consumo de doces e balas (PÉREZ LÓPEZ; DELGADO FERNÁNDEZ, 2012).

Para melhor sistematização, os resultados e discussão seguirão as etapas do desenvolvimento do jogo, descritas na metodologia.

Etapas 1. Pesquisa: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre os alimentos consumidos pelas crianças nos lanches intermediários na escola, detectou-se um grande consumo de alimentos ultraprocessados, os quais, segundo Monteiro *et al.* (2009), são alimentos formulados e produzidos normalmente com uso de aditivos, para torná-los comestíveis, palatáveis, possuem baixa densidade de nutrientes e o mínimo de fibra alimentar, grande quantidade de sódio e gorduras.

Etapas 2. Formação de equipe: Para conceber a proposta contou-se com uma equipe multidisciplinar composta por quatro nutricionistas, um psicólogo e um profissional do *design*. Cabe a equipe de planejadores mediar esse universo de informações para compor a estrutura do jogo, apresentar as potencialidades e limitações da tecnologia escolhida propondo abordagens para explorar ao máximo os recursos existentes (LEITE; MENDONÇA, 2013). E, como

ferramenta para guiar a produção do jogo, utilizou-se o método *Design Thinking*, estratégia de ensino-aprendizagem, que propõe a resolução de problemas contextualizados, estimula o pensamento crítico, a comunicação, a tomada de decisão, a colaboração, a liderança, a iniciativa, o empreendedorismo, a comunicação oral e escrita, a curiosidade e a imaginação (FERNANDES; LUCENA; ARANHA, 2018). Ele integra o que é importante do ponto de vista humano ao que é tecnológica e economicamente possível (BROWN; WYATT, 2010).

Etapa 3. Concepção do produto: Após pesquisa e análise das personas desenvolvidas, bem como aplicadas as ferramentas da fase de ideação (*brainstorming*, *brainwriting* e mapas mentais), definiu-se que o jogo seria para os pais e/ou responsáveis jogarem com as crianças.

Ao analisar os resultados dos questionários, observou-se que os pais e/ou responsáveis têm muitas dúvidas sobre que tipo de lanche e quais seriam mais adequados (90%) para as crianças, também desconhecem a composição nutricional dos alimentos ultraprocessados (60%), e todos responderam que acabam optando pelos ultraprocessados e frutas por serem mais práticos. Esses resultados vão ao encontro de um estudo realizado com crianças de 7-10 anos de idade, em Santa Catarina/Brasil, o qual identificou que o consumo de lanches trazidos de casa são de baixo valor nutricional, o que causa preocupação, indicando que as escolhas de alimentos entre os familiares não está seguindo as premissas da alimentação saudável (ROSSI *et al.*, 2019).

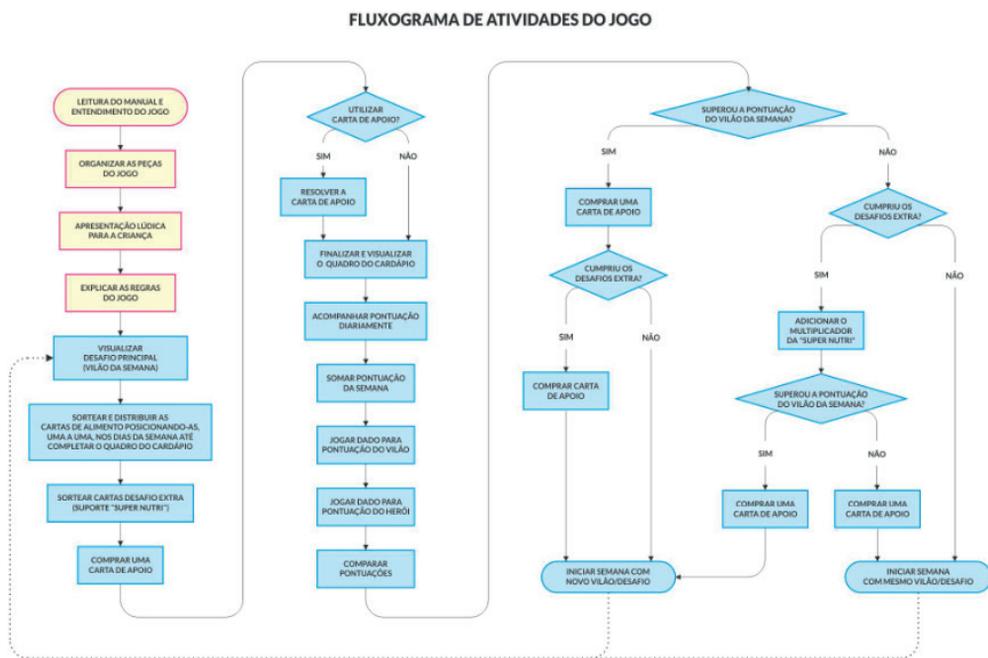
Nos cartões de *insights* tentou-se delinear conhecimentos e informações sobre as pessoas envolvidas no jogo, além das dificuldades que os pais e/ou responsáveis tinham com a com-

posição da lancheira, o desconhecimento do que é realmente importante oferecer para essas crianças no lanche escolar ficou evidente. Saber sobre alimentos saudáveis pode influenciar nas escolhas alimentares, inúmeros motivos poderão definir o comportamento alimentar das pessoas, no entanto conhecer os benefícios e a qualidade de determinados alimentos é crucial para obtenção de hábitos alimentares apropriados (FAGUNDES; LIMA; SANTOS, 2016; ROSSI; MOREIRA; RAUEN, 2008).

Por meio da técnica de *brainstorming*, definiu-se que o jogo seria para os pais e/ou responsáveis jogarem com as crianças, com os seguintes objetivos: ajudar na organização dos tipos de lanche, da lancheira e na elaboração da lista de compras dos alimentos. Determinou-se que seria um jogo não digital, de cartas, com personagens lúdicos, escolhidos pelas crianças por meio de votação realizada em uma das escolas participantes da pesquisa. Os personagens escolhidos foram os “*Super Nutris*”. A utilização do lúdico, como ferramenta, torna-se uma estratégia que atrai os adultos e as crianças, quebra barreiras, desperta curiosidade e torna prazeroso qualquer ato envolvido (ANJOS; MARTINS; FORTUNA, 2018).

Etapa 4. Prototipação e validação: tem como função auxiliar a validação das ideias geradas (VIANNA *et al.*, 2012).

Figura 2 – Fluxograma das regras do jogo



Fonte: os autores.

O jogo “*Super Lanches*” foi composto por um tabuleiro com os dias da semana para organizar as cartas dos alimentos que irão compor o lanche e, nele, o espaço para colocar as cartas de bônus, adquiridas pelas crianças conforme as regras do jogo (Figura 2). Também fazem parte do jogo 95 cartas: 10 cartas “*Protein Force*”, 10 cartas “*Carbo Energy*”, 10 cartas “*Veg Protection*”, 10 cartas “*Power Fruit*”, 12 cartas dos vilões, sendo quatro vilões diferentes, e cada vilão possui três cartas de poder e pontuação diferente, 10 cartas de desafio, uma carta dos “*Super Nutris*”, oito cartas de troca, duas para cada grupo (Protein Force,

Carbo Energy, Veg Protection, Power Fruit), cinco moedas de cada grupo (Protein Force, Carbo Energy, Veg Protection, Power Fruit), duas cartas de super troca e duas de negociação. Com as cartas, pretende-se trabalhar não só a alimentação, mas a negociação, bem como orientar quanto aos tipos de alimentos que devem compor a lancheira (Figura 3). No contexto das regras, há uma simulação de história para envolver as crianças e os responsáveis em entender a importância de se ter uma alimentação saudável.

Figura 3 – Cartas do jogo.





Fonte: os autores.

O jogo foi testado pelos autores, por duas mães e seus filhos, para detectar algum equívoco e ajustar as regras. Após esse teste, buscou-se orientação de uma profissional da psicologia com o propósito de analisar o jogo quanto ao desenvolvimento infantil.

Com este estudo, esperam-se resultados similares com a pesquisa que avaliou os efeitos em relação ao comportamento alimentar das crianças com idade entre cinco a seis anos de uma creche, utilizando o jogo de tabuleiro “*Cestinha Mágica*”; após intervenção, eles consumiram alimentos variados que não faziam parte do seu cotidiano (PANOSSO; GRIS; SOUZA, 2018). Em estudo que utilizou atividades lúdicas para estimular a alimentação saudável em crianças de duas escolas públicas na cidade de Erechim/RS, as crianças adquiriram novos conceitos e conhecimentos sobre alimentação saudável e, conseqüentemente, puderam levar estes até a família e a comunidade (BERNART; ZANARDO, 2011). Dentro desta etapa, a validação não foi executada, pois não houve tempo de testar o jogo. Essa etapa ficará para um próximo trabalho que trará os resultados do jogo posto em prática.

CONCLUSÃO

Os hábitos alimentares vêm modificando, o consumo de alimentos industrializados cresce e a falta de tempo dos pais e a praticidade desses alimentos podem ser fatores determinantes na escolha. Torna-se imprescindível a atenção à alimentação das crianças, principalmente no âmbito escolar, pois algumas passam mais tempo na escola do que em casa. Dependendo dos tipos de alimentos consumidos pelas crianças, estes podem ocasionar vários problemas de saúde, principalmente sobre peso e obesidade.

A presença de ultraprocessados no lanche escolar é preocupante, já que as crianças os consomem todos os dias; estratégias que envolvam a escola, os pais e/ou responsáveis, com o

intuito de modificar o consumo desses alimentos, fazendo intervenções, utilizando meios lúdicos, proporcionando um contexto de aprendizagem relacionado à educação alimentar de forma divertida e motivadora podem ser eficazes. O jogo pode ser uma tecnologia capaz de proporcionar, de forma vigorosa, a relação da criança com os alimentos; os pais e/ou responsáveis são fundamentais na manutenção do comportamento e consumo alimentar diversificado e saudável.

As preferências alimentares da idade adulta estão associadas àquelas assimiladas na infância. Assim, é de fundamental importância, o desenvolvimento de tecnologias e intervenções que auxiliem a criança a fazer escolhas e, conseqüentemente, ter comportamentos alimentares mais saudáveis.

REFERÊNCIAS

ANJOS, S. R. dos; MARTINS, L.; FORTUNA, J. L. Jogos educativos elaborados em uma escola pública estadual. **Revista Ciências & Ideias**, v. 9, n. 2, p. 81-93, 2018.

BARBOSA, A. P. G. *et al.* **Jogo educativo para auxiliar a família no preparo de lancheiras saudáveis**. 2019. 70 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil) – Universidade Franciscana (UFN), Santa Maria, RS, 2019.

BARCELOS, G. T.; RAUBER, F.; VITOLO, M. R. Processed and ultra-processed food products and nutrient intake in children. **Ciência & Saúde**, v. 7, n. 3, p. 155-161, 2014.

BERNART, A.; ZANARDO, V. P. S. Educação nutricional para crianças em escolas públicas de Erechim/RS. **Vivências**: revista eletrônica de Extensão da Universidade Regional Integrada, v. 13, n. 7, p. 71-79, 2011.

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**, 2006.

BROWN, T.; WYATT, J. Design thinking for social innovation. **Development Outreach**, v. 12, n. 1, p. 29-43, 2010.

CRAWFORD, C. **The art of digital game design**. Vancouver: Washington State University, 1982.

FAGUNDES, A. A.; LIMA, M. F.; SANTOS, C. L. Jogo eletrônico como abordagem não- intrusiva e lúdica na disseminação de conhecimento em educação alimentar e nutricional infantil, **International Journal of Knowledge Engineering and Management (IJKEM)**, v. 5, n. 13, p. 22-41, 2016.

FERNANDES, K. T.; LUCENA, M. J. N. R.; ARANHA, E. H. da S. Uma Experiência na Criação de Game Design de Jogos Digitais Educativos a partir do Design Thinking. **Renote**, v. 16, n. 1, 2018.

FISBERG, Mauro *et al.* Hábito alimentar nos lanches intermediários de crianças escolares brasileiras de 7 a 11 anos: estudo em amostra nacional representativa. **International Journal of Nutrology**, v. 9, n. 4, p. 225-236, 2016.

FONSECA, L. M. M. *et al.* Utilizando a criatividade na educação em saúde em alojamento conjunto neonatal: opinião de puérperas sobre o uso de um jogo educativo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n. 2, p. 301-310, 2000.

KISHIMOTO, T. M. **Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação**. São Paulo: Cortez, 2017.

LEITE, P. da S.; MENDONÇA, V. G. de. Diretrizes para game design de jogos educacionais. In: XII Simpósio Brasileiro de Jogos e Entretenimento Digital (SBGames), 2013, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo. **Anais [...]** São Paulo, 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Patricia_Leite5/publication/280050999_Diretrizes_para_Game_Design_de_Jogos_Educacionais/links/55a5615f08ae00cf99c96372/Diretrizes-para-Game-Design-de-Jogos-Educacionais.pdf. Acesso em: 6 out. 2019.

MATUK, T. T. *et al.* Composição de lancheiras de alunos de escolas particulares de São Paulo. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 29, n. 2, p. 157-163, 2011.

MONTEIRO, C. A. Nutrition and health. The issue is not food, nor nutrients, so much as processing. **Public Health Nutrition**, v. 12, n. 5, p. 729-731, 2009.

PANOSSO, M. G.; GRIS, G.; SOUZA, S. R. de. Efeitos de um jogo de tabuleiro sobre a seleção e consumo de alimentos por crianças. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 10, n. 2, p. 103-123, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2018000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 7 nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v10i2.598>.

PÉREZ LÓPEZ, I. J.; DELGADO FERNÁNDEZ, M. Un juego de cartas durante los recreos escolares mejora los hábitos alimentarios en adolescentes. **Nutrición Hospitalaria**, v. 27, n. 6, p. 2055-2065, 2012.

PONTES, T. E. *et al.* Orientação nutricional de crianças e adolescentes e os novos padrões de consumo: propagandas, embalagens e rótulos. **Revista Paulista de Pediatria [online]**, v. 27, n. 1, p. 99-105, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822009000100015>.

ROSSI, A.; MOREIRA, E. A. M.; RAUEN, M. S. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Revista de Nutrição**, v. 21, n. 6, p. 739-749, 2008.

ROSSI, C. E. *et al.* Fatores associados ao consumo alimentar na escola e ao sobrepeso/obesidade de escolares de 7-10 anos de Santa Catarina, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 443-454, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000200443&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 2 nov. 2019.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola**. 2012. Disponível em: http://www.sbp.com.br/pdfs/Manual_Lanche_saudavel_04_08_2012.pdf. Acesso em: 13 out. 2019.

SILVA, I. C. S. da; BITTENCOURT, J. R. Proposta de metodologia para o ensino e o desenvolvimento de jogos digitais baseada em Design Thinking. **Revista Educação Gráfica**, v. 20, n. 3, 2017.

TOSCANI, N. V. *et al.* Desenvolvimento e análise de jogo educativo para crianças visando à prevenção de doenças parasitológicas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, p. 281-294, 2007.

TRICHES, R. M.; GIUGLIANI, E. R. J. Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p. 541-547, 2005.

VIANNA, M. *et al.* **Design thinking:** inovação em negócios. Rio de Janeiro: MJV Press, 2012.

VILELA, S. *et al.* Association between eating frequency and eating behaviours related to appetite from 4 to 7 years of age: Findings from the population-based birth cohort generation XXI. **Appetite**, v. 132, p. 82-90, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* **Population-based approaches to childhood obesity prevention.** 2012. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80149/9789241504782_eng.pdf. Acesso em: 21 out. 2019

2. PARENTALIDADE MAIS - UM PORTAL VOLTADO À EDUCAÇÃO PARENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Marcli Firpo Bittencourt, Pâmela Danzmann,
Simone dos Santos Paludo, Cristina Saling Kruehl,
Márcia Noélia Pestana dos Santos,
Josiane Lieberknecht Wathier Abaid

RESUMO

Objetiva-se apresentar o portal educativo denominado Parentalidade Mais, que é voltado à educação parental de crianças. O método consiste em um estudo de desenvolvimento de tecnologia, baseado em uma revisão integrativa anterior sobre o tema. Para o desenvolvimento do portal, foram seguidas três etapas: pré-produção, produção e pós-produção. O trabalho está voltado à promoção do acesso aos conteúdos de educação parental, como vídeos, textos e *links*, para aproximar esses pais de temas que facilitem sua reflexão sobre práticas educativas, parentalidade positiva, entre outras. O acesso ao portal é gratuito e ficará em atualização por pelo menos cinco anos. Discute-se a importância de sistematizar conhecimentos que possam ser fundamentais para a saúde mental da população, sobretudo de famílias com filhos pequenos, no momento histórico que o mundo vive no enfrentamento da Covid-19. Espera-se que esta tecnologia educativa contemple as necessidades educacionais de famílias, profissionais da educação, profissionais da saúde e pesquisadores.

Palavras-chave: Tecnologia educacional; orientação parental; saúde materno-infantil.

INTRODUÇÃO

A família é a primeira entidade responsável pela construção das pessoas enquanto seres sociais. As relações que se estabelecem entre os pais e filhos estão calcadas em crenças, e a influência destas nas práticas educativas, pode atuar como fator de risco ou de proteção às crianças (PRADO, 2017). A falta de acesso a atendimentos e a busca dos pais por informações serviu de estímulo à criação de um Portal Educativo voltado à orientação parental. Num contexto social voltado às mídias digitais, que estão em expansão, sobretudo em tempos de Pandemia e de exigência de distanciamento social, há cada vez mais acessos por parte das famílias. Esse contexto corrobora com o surgimento desta proposta como uma opção a quem já vivenciava diversas problemáticas em relação à educação de seus filhos e, nos tempos atuais, vê essa realidade aumentada e seus recursos e formas de manejo frente a isso serem escassos (MATA, 2021).

O Portal educativo busca auxiliar por meio de temas pertinentes à saúde mental e educação das crianças e seus pais, bem como tirar dúvidas quanto ao desenvolvimento infantil e o conhecimento de estilos e práticas parentais, utilizados nas relações pais e filhos que possam estar influenciando os comportamentos disfuncionais, a autonomia da criança e o gerenciamento de suas atitudes (VINÃS, 2017).

Além disso, poder informar, apoiar e buscar, conjuntamente com as famílias, respostas oriundas do desconhecimento

dos pais ou da constatação de repertórios ineficazes para compreender e atuar junto a comportamentos disruptivos, condiz com a finalidade do Portal, que é a promoção de práticas parentais assertivas (SABISCH, 2015).

O acesso a informações de forma rápida e eficiente pode oferecer aos pais um alento para o estresse causado pelo cuidado a seus filhos. Essa condição faz parte de muitas realidades vividas pelas famílias, pois os cuidados com os filhos, somados ao ritmo que os pais têm atualmente, unindo trabalho, vida familiar e pessoal, geram muita ansiedade, que se reflete no atendimento eficaz de todas essas demandas de forma positiva. A ansiedade relacionada ao estresse, muitas vezes, independe dos pais, principalmente se estes não possuírem recursos próprios para o entendimento e nenhuma rede de apoio que seja capaz de auxiliar e apoiar suas iniciativas. Muitas vezes, a preocupação com a saúde mental dos filhos e como isso afetará o futuro deles extrapola a razão e deixa de afetar somente os pais (VASQUEZ *et al.*, 2020).

As relações familiares são muito importantes para o desenvolvimento das crianças e geralmente os pais não possuem ou não desenvolveram preparo para isso, pois baseiam-se em suas próprias experiências, por meio de pensamentos absolutos, calcados nos valores que a eles foram passados, que delimitam suas ações como cuidadores.

Pensando nessa realidade, surgiu a intenção de criar um portal educativo que pudesse ser informativo aos pais no sentido de minimizar situações conflitantes que interferissem nas relações parentais que acontecem de forma inapropriada. O objetivo deste estudo consiste em descrever a experiência da criação deste portal com a finalidade de apoiar as famílias,

propor novas formas de educação, orientar quanto aos estilos e práticas parentais, proporcionar um espaço de conhecimento e trocas entre as pessoas interessadas no tema.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O método utilizado neste estudo consiste em descrever sobre o desenvolvimento de uma tecnologia educativa voltada à orientação parental, baseada em uma revisão integrativa anterior sobre as evidências de prevenção de problemas de comportamento em crianças a partir de grupos de educação parental. Trata-se de uma pesquisa metodológica de produção tecnológica. A pesquisa metodológica analisa e pondera sobre os temas propostos e a tecnológica ocupa-se em desenvolver artefatos não só físicos como intelectuais (MEINERZ, 2011).

Como uma tecnologia educacional, foi elaborado um Portal educativo, de orientação parental, direcionado às famílias de crianças, intitulado Parentalidade Mais. Esse Portal poderá ser acessado também por educadores, profissionais da saúde, estudantes e demais pessoas que tenham afinidade com as temáticas que serão utilizadas, voltadas para práticas e habilidades sociais. A partir de estudos feitos sobre famílias e suas relações parentais, surgiu o interesse em construir um Portal educativo de fácil acesso que pudesse suprir de forma positiva as dúvidas sobre educação e desenvolvimento infantil. A tecnologia foi construída em parceria com alunas da graduação do curso de Psicologia da Universidade Franciscana, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Josiane Lieberknecht Wathier Abaid e de uma empresa de tecnologia em Sistemas.

A macro funcionalidade do sistema *web* apontou duas áreas dominantes dessa logística. Uma delas é a área de administração, na qual consta o cadastro de informativos (vídeos, imagens, textos) que aparecerão no portal e o recebimento das mensagens de contato, enviadas por e-mail (Apêndice B) e a outra é a área do cliente, na qual ele visualiza as postagens que são cadastradas pela equipe conjuntamente com a área de interação. A área do cliente contém um formulário de contato com pedidos de temáticas a serem abordadas, espaço de escuta de dúvidas ou questionamentos dos usuários e avaliação do produto tecnológico por meio de um *feedback* proposto pela equipe, o que torna viável uma avaliação também do número de acessos e dos temas questionados e/ou abordados, que somam a intenção da equipe promotora do portal de criar um espaço útil, de acolhimento e informação a todos que acessarem esta plataforma digital (UNGERE, 2013).

O Portal Parentalidade Mais foi elaborado para atender famílias que buscam um maior conhecimento sobre práticas educativas parentais. O produto tecnológico procura, de forma simples e objetiva, suprir, por meio de materiais voltados à educação parental e ao desenvolvimento infantil, as necessidades e curiosidades das famílias sobre esses temas (VINÃS, 2017). A viabilidade de um portal tecnológico educacional ocorre pela sua construção com objetivos claros, abordagens precisas e a contento de uma clientela heterogênea (SABISCH, 2015). Tudo isso foi levado em conta pelos idealizadores, pois partiu-se de um estudo científico que condiz com a realidade vista no grupo de extensão do curso de Psicologia da Universidade Franciscana, e relatos de famílias que procuram atendimento especializado nessa instituição, corroborados pelas queixas relatadas pelas mães em uma escola de educação infantil.

O desenvolvimento do portal decorreu em três fases: a pré-construção, construção e a pós-construção. Na pré-construção, pesquisou-se na *web* outros portais educativos que atendessem famílias e crianças e qual o alcance desses portais nessa população. Percebeu-se que haviam portais que abordavam a temática parentalidade, mas as trocas propostas pela equipe do Portal Parentalidade Mais com os usuários e os temas advindos da realidade vivida pelas famílias compõem o diferencial dessa tecnologia.

Além disso, foram feitas reuniões da equipe a fim de transformar as ideias em temas palpáveis, como a imagem construída a partir do conceito da aproximação parental, da afetividade; e que das mãos da figura reportasse ao Curso de Psicologia e a cor predominante do portal, o seu significado e as emoções que transitavam em torno dela. Feita a escolha, optou-se pela cor rosa, simbolicamente a cor do afeto e das relações positivas, juntamente com a ideia de unir os pais em torno desta proposta.

A seguir, a equipe criou o logotipo que, ao ser visualizado, pudesse lembrar as relações parentais, as figuras envolvidas e o símbolo da psicologia como união de todos estes componentes. Pensou-se, então, na construção de uma marca própria, que representasse a parentalidade e, para isso, contou-se com a arte feita por uma graduanda de Psicologia (Apêndice 1).

Em um segundo momento, buscou-se uma empresa de tecnologia que criasse um Portal acessível, que contemplasse as propostas iniciais da equipe, bem como os componentes básicos e fundamentais para o acesso dos usuários. Finalmente, na pós-construção, foram colocadas a equipe tecnológica os componentes temáticos do Portal, seguindo um cronograma semestral de atividades, confeccionado a partir de estudos na

literatura brasileira e internacional pelas práticas profissionais da equipe e pelo que foi descrito pelos relatos dos pais no Projeto de Extensão Pais Mais.

Tendo todos esses requisitos contemplados, foram feitas reuniões mensais remotas entre a empresa de tecnologia, as estudantes de graduação, a mestranda e a orientadora do Mestrado. Foi escolhido o mês de setembro para dar início à construção do Portal.

Após as reuniões, foram definidos os itens primordiais para compor o Portal e o cronograma de temáticas que serão desenvolvidas durante o ano de 2021. Com a definição dos temas que serão abordados a cada mês, a partir de setembro de 2020, foi se estruturando o Portal educativo. A formulação das áreas do Portal seguiu um roteiro voltado a apresentar o produto e a forma como os temas seriam visualizados pelos usuários. A cor dominante no portal e as figuras que contêm a marca foram escolhidas a partir do entendimento, pela equipe responsável, de que um símbolo que sugerisse o amor, base das relações, emoção básica na vida dos humanos, tivesse como fim trazer à tona, pela visualização, o sentido de pertencimento e acolhimento a quem navegar no Portal Parentalidade Mais (MENDES, 2015)

Percebendo a significância dessa ferramenta educacional, iniciou-se a construção do Portal, com a escolha dos assuntos que seriam abordados e os meios de visualização e atualização, de acordo com as demandas resultantes das perguntas ou sugestões dos usuários. A construção desse Portal em um momento de Pandemia do coronavírus oferece também um alento às famílias que vivem na condição de distanciamento e isolamento social, pois suas relações, muitas vezes, tornam-se conflituosas, gerando mais problemas em relação ao compor-

tamento dos seus filhos (FIOCRUZ, 2020). Pensar em ações propositivas e emancipadoras pode transformar a maneira como interpreta-se um problema e, assim, permitir que seja um período também de descobertas e aprendizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tecnologia educacional não se resume simplesmente em utilizar meios educacionais, indo além desses limites. O seu papel no processo de ensino-aprendizagem deve ser o de um instrumento que irá mediar o saber, o saber ser e o saber fazer entre o educando e o mundo, entre o educando e a educação, ou seja, uma ferramenta que possibilite a educandos e educadores redescobrir e reconstruir o conhecimento.

O Portal Parentalidade Mais foi idealizado como uma ferramenta de apoio às famílias, cujo acesso é fácil e rápido e poderá servir de apoio e esclarecimento de situações problemáticas que inviabilizam as relações positivas entre pais e filhos.

A versão inicial do portal será posteriormente avaliada por pais, cujas crianças estão matriculadas em escola pública de um município do interior do Rio Grande do Sul. Esse portal será atualizado periodicamente pela autora com a colaboração de profissionais que disponibilizarão recursos que envolvem a temática da educação parental e pode ser acessado pelo *link* <https://parentalidademais.com.br/>.

REFERÊNCIAS

DA MATA, A. A. et al. Impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental de crianças e adolescentes: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 6901-6917, 2021. Disponível em: <https://cutt.ly/1Jfcqpu>. Acesso em: 17 dez. 2021.

MEINERZ, C. B. Grupos de discussão: uma opção metodológica na pesquisa em educação. **Educação & Realidade**, v. 36, n. 2, 2011. Disponível em: <https://cutt.ly/fJfcpCV>. Acesso em: 21 set. 2021.

MENDES, M. A. Terapia focada nas emoções e processos de mudança em psicoterapia. **Revista Brasileira de Terapia Cognitiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 96-104, dez. 2015. Disponível em: <https://cutt.ly/bJfxSdl>. Acesso em: 19 dez. 2021.

PRADO, D. **O que é família?** São Paulo: Brasiliense, 2017.

ROSENBERG, M. B. **Comunicação não-violenta**: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. São Paulo: Ágora, 2006.

RUIZ, G. et al. Portales educativos: la producción de materiales didácticos digitales. **Roderic**, n. 20, p. 1-9, 2018. Disponível em: <https://roderic.uv.es/handle/10550/66929>. Acesso em: 24 nov. 2021.

SABISCH, R. A. El discurso pedagógico en tiempos de internet: Aproximaciones socio mióticas al estudio de los portales educativos. **Revista Estudios Filosóficos**, n. 29, 2015. Disponível em: <https://cutt.ly/IJfb66O>. Acesso em: 14 set. 2021.

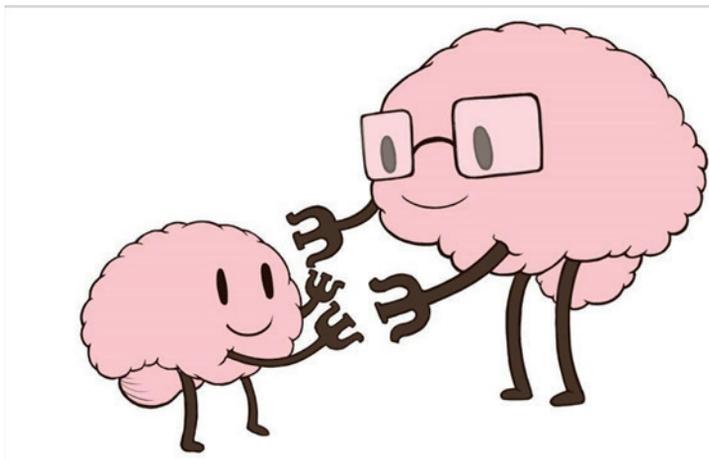
UNGERE, R. Sociedade globalizada e mundo digital. In: ABREU, C. N.; EISENSTEIN, E.; ESTEFENON, S. G. B. (org.). **Vivendo esse mundo digital**. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 209-219.

VÁZQUEZ, N. et al. Social Factors Associated with the Effectiveness of a Spanish Parent Training Program-An Opportunity to Reduce Health Inequality Gap in Families. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 7, p. 2412-2422, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7177529/>. Acesso em: 24 nov. 2021.

VIÑAS, A. La importancia del uso de plataformas educativas. **Sedici**, n. 6, p. 157-169, 2017. Disponível em: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/61390>. Acesso em: 18 set. 2021.

APÊNDICES

Apêndice A - Imagem da marca do Portal Parentalidade Mais



Apêndice B - Imagens do Portal Parentalidade Mais

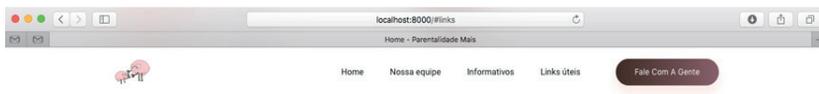
localhost:8000/equipe
Equipe colaboradora - Parentalidade Mais

Home Nossa equipe Informativos Links úteis Fale Com A Gente

Nossa equipe

O portal parentalidade mais é um produto da dissertação no mestrado profissional em saúde materno infantil, da universidade franciscana (RS) idealizado pela mestranda **Marclí Firpo Bittencourt** sob a orientação da professora **Drª Josiane Lieberknecht Wathier Abaid**. Agradecemos a parceria com as graduandas em psicologia **Pamela Schultz Danzmann**, co-criadora do nome e do layout deste portal e **Ana Luísa Rockenbach**, que criou a arte aqui utilizada. Agradecemos também aos voluntários e bolsistas do projeto de extensão Pais Mais, que contribuíram para que o projeto de educação parental se tornasse possível.

Desenvolvido por ER Sistemas | Administração



Links úteis

Programa saúde materno

<https://youtube.com/channel/UCgrol5Yk3L8BEP9DeinZALg>



Mestrado Profissional
SAÚDE MATERNO INFANTIL



Desenvolvido por ER Sistemas | ÓAdministração



Vídeo de apresentação do Portal



Mantenha-se informado(a)



DEFINIÇÃO DO CONCEITO DE PARENTALIDADE

Ao procurarmos em um dicionário o significado...

[Mais Detalhes](#)

3. GINCANA ONLINE DE ENFERMAGEM: LIDERANÇA E INOVAÇÃO EM ANO NURSING NOW

Regina Gomes, Luciano Arrusul, Silvana Cruz da Silva, Carla Lizandra de Lima Ferreira, Sheila Dorneles, Martha Helena Teixeira De Souza, Mara Caino Teixeira Marchiori, Dirce Stein Backes

Objetivou-se relatar o processo percorrido para a realização da gincana acadêmica *on-line*, com foco na liderança e no empreendedorismo da Enfermagem, alusiva à Campanha *Nursing Now*. Trata-se de um relato de experiência que elucida o percurso delineado da concepção ao desenvolvimento de uma gincana acadêmica online, em setembro de 2020, com desafios diários propostos e atendidos por dez equipes inscritas de forma voluntária. A gincana despertou sensibilidade, empatia, trabalho em equipe, criatividade, liderança, além de superação crescente no desenvolvimento das atividades diárias. Também se mostrou um excelente recurso metodológico para aguçar a autonomia e o protagonismo empreendedor de estudantes de Enfermagem, além de fomentar a interdisciplinaridade e a interatividade com os profissionais Enfermeiros da prática.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem; enfermagem; ensino; inovação; liderança.

INTRODUÇÃO

De acordo com o Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (FERREIRA, 1999), a gincana é uma competição entre equipes, em geral motorizada, na qual se cumprem tarefas e se superam obstáculos, em um tempo previamente determinado. A gincana pode, também, ser descrita como evento desportivo em que a classificação dos concorrentes depende não só da concorrência, mas, de sua perícia e habilidade em diversas provas, conforme demonstrado em estudo prévio (SANTAGUEDA *et al.*, 2020).

Modelos tradicionais de ensino e aprendizagem são cada vez mais questionados à luz de novos referenciais que se sustentam no pensamento da complexidade. Este é um dos referenciais que possibilita a construção de saberes multidimensionais e abordagens interdisciplinares pelo seu caráter circular e interativo, isto é, que vai além do acúmulo de conteúdos programáticos. O professor/pesquisador como mediador do processo de ensino e aprendizagem necessita, sob esse enfoque, estar apto a integrar, religar e instigar a construção do conhecimento no campo singular e multidimensional, com o apoio de metodologias interativas e investigativa (GROSSI; MURTA; SILVA, 2018; MORIN, 2017; MORIN, 2018).

As ferramentas digitais ganham significado, em especial, em período de pandemia provocada pela COVID-19, na qual a reinvenção docente e a adaptação às tecnologias teve que ocorrer de forma rápida e inesperada. A pandemia desafiou as instituições educacionais, em todo o mundo a utilizarem, repentinamente, o conjunto de ferramentas tecnológicas, ágeis e eficientes, para conduzirem o ensino e a aprendizagem de

estudantes. Educadores, em âmbito global, estão experimentando novas possibilidades e desenvolvendo as atividades educacionais com maior flexibilidade e interatividade (BEZERRA, 2020; CHICK, 2020). Estes são novos modos de reinvenção que antes eram amplamente inexplorados ou relegados, pelos docentes, a um segundo plano.

A gincana reinventada, na modalidade *online*, em decorrência do período pandêmico, se caracteriza, nesse percurso, como recurso construtivista para o despertar da interatividade, da interdisciplinaridade e da inovação acadêmica, a partir de movimentos ágeis, síncronos e de crescente complexidade. Desenvolver habilidades e competências associativas capazes de interagir num mundo global e incerto, bem como despertar processos dialógicos que transcendem a tradicional sala de aula se constituirá, crescentemente, em importante desafio para as diferentes áreas do conhecimento (BACKES *et al.*, 2018). É preciso, para tanto, substituir um pensamento que reduz, reproduz e fragmenta, por um pensamento que distingue, integra e amplia, isto é, por um pensamento complexo, dinâmico e evolutivo (MORIN, 2017; MORIN, 2018).

Com o lema “Onde há vida, há enfermagem”, o Brasil aderiu à campanha global Nursing Now, no intuito de fortalecer a educação e promover o desenvolvimento profissional da área de enfermagem com enfoque na liderança. Assim, em sintonia com essa mobilização nacional, objetiva-se descrever o processo percorrido para a realização da gincana acadêmica *on-line*, com foco na liderança e no empreendedorismo da enfermagem, alusiva à Campanha Nursing Now.

OBJETIVO

Descrever o processo percorrido para a realização da gincana acadêmica *on-line*, com foco na liderança e no empreendedorismo da Enfermagem, alusiva à Campanha Nursing Now.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência, conduzido com base nos critérios do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ). O estudo visa elucidar o percurso delineado da concepção ao desenvolvimento de uma gincana acadêmica *online*, realizada no mês de setembro de 2020, com a participação de docentes, estudantes de graduação e pós-graduação, além de enfermeiros assistenciais. Intentou-se potencializar a campanha Nursing Now e possibilitar atividades acadêmicas alternativas que demonstrassem a liderança propulsora da enfermagem face à pandemia provocada pela COVID-19.

A gincana *on-line*, em modalidade inédita, foi coordenada por pesquisadores do Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem/Saúde (GEPESSES) e assessorada por uma Comissão Externa, composta por alunos do Mestrado em Ensino de Humanidades e Linguagens (MEHL) da mesma Instituição.

Assim, a partir da ideia da campanha *Nursing Now*, a gincana *online* foi planejada considerando cinco princípios para a aprendizagem e o protagonismo empreendedor dos participantes: 1- compreender o real motivo de estar participando da gincana; 2- motivar a necessidade de identificar e resolver problemas de forma imediata e eficiente; 3- valorizar as experiências anteriores e dinamizar com novos métodos de em-

preender; 4- Relacionar teoria e prática de cuidado em saúde às dinâmicas das mídias; e, 5- Envolver ativamente os participantes no processo de aprendizagem.

Estabeleceram-se, inicialmente, os critérios e o cronograma de desafios diários para as equipes e, posteriormente, a comissão externa operacionalizou as seguintes etapas: disparo dos desafios diários e pontuação das postagens realizadas pelas equipes inscritas; dinamização e coordenação do encontro de fechamento das atividades; e, promoção do sorteio da equipe vencedora, a partir do maior número de pontos alcançados nos diferentes desafios propostos.

Os desafios diários foram postados, pelas equipes inscritas, em grupo Whatsapp do GEPESSES ou enviadas via *e-mail* para a comissão avaliadora até as 23h59min. O encontro final foi realizado por meio da Plataforma *on-line*, com a participação dos integrantes de todas as equipes, profissionais convidados e enfermeiros agraciados sob o título “Enfermeiro líder e empreendedor”.

Estimulou-se, inicialmente, a formação das equipes, de forma voluntária e de livre escolha dos integrantes, sem um número pré-definido de participantes. As equipes poderiam ser formadas pela integração de docentes, alunos de graduação e pós-graduação, além de enfermeiros assistenciais. Estimulou-se, que cada equipe tivesse um líder e que atentasse para o prazo das postagens dos desafios propostos. Além disso, enfatizou-se a relevância da campanha Nursing Now e de seus propósitos em relação à potencialização da liderança da Enfermagem.

RESULTADOS

Em sintonia com a Campanha Nursing Now, com a mobilização nacional “Onde há vida, há enfermagem” e a partir de cinco princípios criados para a gincana, foram criados os dez desafios que mobilizaram o foco na aprendizagem e no protagonismo empreendedor dos participantes.

No primeiro dia de gincana, os cerca de noventa integrantes do GEPESSES foram desafiados a se organizarem em equipes, as quais poderiam ser ampliadas com a participação de convidados externos. Além de esclarecer a sistemática dos desafios que seriam propostos ao longo dos oito dias e dos critérios de avaliação e pontuação das atividades, apresentaram-se, também, os objetivos da gincana acadêmica *on-line*, dentre os quais se destacam: despertar, de forma criativa, lúdica e interativa, a liderança e o empreendedorismo da Enfermagem; Fomentar o protagonismo social dos estudantes de Enfermagem; e, Visibilizar a atuação empreendedora de profissionais Enfermeiros em tempos de campanha Nursing Now.

Apresenta-se, no Quadro 1, o demonstrativo com os dias, desafios diários, bem como os objetivos e as atividades relacionadas a cada um dos desafios propostos pela gincana GEPESSES *on-line*.

Quadro 1 – Percurso diário com os desafios, objetivos e atividade diária da gincana acadêmica *on-line*

Dia	Desafio	Objetivo	Atividade
22/09/2020	01	Estruturar as equipes	Apresentação de um card com nome e os integrantes da equipe
23/09/2020	02	Identificar um Enfermeiro líder e empreendedor em âmbito local, regional ou nacional (sem repetição entre as equipes)	Apresentar, de forma ilustrativa e criativa, o Enfermeiro líder e empreendedor e disponibilizar o <i>link</i> das redes sociais do profissional escolhido pela equipe
24/09/2020	03	Descrever o processo utilizado pelo Enfermeiro escolhido para a concretização de uma ação empreendedora	Concepção de um Infográfico informativo com os seguintes tópicos: como era antes, como executou a ação e as mudanças decorrentes
25/09/2020	04	Realizar análise crítico-reflexiva sobre o feito/ inovação desenvolvida pelo Enfermeiro escolhido pela equipe	Organização de um vídeo, de um minuto, com base nas provocações: como você faria para melhorar essa ação? Quais os elementos que você utilizaria para que as ações tivessem um impacto ainda maior?
26/09/2020	05	Identificar uma lacuna/problema no empreendimento do Enfermeiro escolhido e apresentar solução criativa	Apresentação de um projeto técnico-científico que demonstre o percurso para resolução do problema identificado
27/09/2020	Domingo	-	-
28/09/2020	06	Demonstrar a funcionalidade do produto/serviço, anteriormente projetado, na forma de protótipo	Construção de uma miniatura, vídeo, escultura e/ou outra tecnologia para demonstrar a funcionalidade do produto/serviço proposto.

29/09/2020	07	Reunir e analisar, na íntegra, o material construído para responder aos desafios diários juntamente com o Enfermeiro escolhido pela equipe	Montagem de uma apresentação, em Power Point, de forma didática, científica e criativa
30/09/2020	Premiação	Desenvolver a comunicação e a capacidade argumentativa	Apresentação do material previamente esquematizado

Na sequência, consta a denominação de cada uma das dez equipes participantes que, espontaneamente, se articularam e organizaram, entre três e oito integrantes cada uma. Essa atividade está relacionada ao primeiro desafio proposto. As equipes foram assim denominadas: 1) A Arte de cuidar; 2) IntegrAÇÃO; 3) ENFrente; 4) EMPREND+; 5) Mater; 6) InovaEnf; 7) Nursing So-wing; 8) Girassol; 9) Empreende Enfer; 10) Equipe Nota 5. A última equipe fez referência ao conceito máximo alcançado pelo Curso de Enfermagem proponente e, pelo mesmo motivo, homenageou o seu coordenador de curso.

O primeiro desafio lançado foi o de “estruturar as equipes e apresentar um *card* com a denominação da equipe e os nomes dos respectivos integrantes” (Figura 1).

Figura 1 – Cards com o nome e os integrantes da equipe da gincana on-line de Enfermagem



Fonte: os autores.

Em relação à atividade do segundo desafio proposto, “apresentar, de forma ilustrativa e criativa, o Enfermeiro líder e empreendedor”, cada uma das equipes escolheu e apresentou, voluntariamente e sem repetir, o Enfermeiro que, do seu ponto de vista, mereceria o título de “Enfermeiro líder e empreendedor”. Esse processo espontâneo trouxe à luz nomes de Enfermeiros de âmbito local, regional e estadual. Segue a apresentação, em forma de vídeo, de uma “Enfermeira líder e empreendedora”, escolhida pela Equipe Mater: <https://www.youtube.com/watch?v=milx3IJOUSY>

Em relação ao terceiro desafio proposto, “descrever o processo de concretização de uma ação empreendedora”, cada uma das equipes apresentou um infográfico informativo com os principais tópicos associados aos feitos do Enfermeiro escolhido:

como era antes, como executou as ações e quais as mudanças decorrentes deste investimento. Consta, na sequência, uma mostra dos infográficos construídos pelas equipes (Figura 2).

Figura 2 – Mostra de infográficos que demonstram feitos/ações/repercussões evolutivas e transformadoras do “Enfermeiro líder e empreendedor” escolhido.



Já em relação ao quarto desafio da gincana, as equipes foram incentivadas a criar um vídeo de um minuto, com base nas provocações que seguem: como você faria para melhorar o feito/ inovação do “Enfermeiro líder e empreendedor” escolhido? Quais os elementos que você utilizaria para que as ações tivessem um impacto ainda maior? Intentou-se, com esse desafio, despertar a análise crítico-reflexiva prospectiva do ser e fazer enfermagem, com vistas à superação de modelos reprodutores, a transcender concepções pontuais e despertar a liderança empreendedora entre os integrantes do GEPES.

Em relação ao quinto desafio, os integrantes das equipes foram estimulados a apresentar um projeto técnico-científico, em dois dias, que demonstrasse o percurso para a resolução do problema/lacuna previamente identificado. Intentou-se, com essa aposta, potencializar novas descobertas e ideias empreendedoras, com base em metodologia clara e objetivamente delineada e executável. Propôs-se, para tanto, dicas de execução e questões norteadoras, quais sejam: Partindo do pressuposto de que vocês têm uma solução (a partir da ideia do líder escolhido) ou tenham outra ideia inovadora, como vocês a colocariam em prática? Quais os objetivos? Quais os meios que serão buscados para o alcance das metas? Quais os recursos necessários para o alcance dos objetivos? O projeto técnico-científico deveria ser enviado até às 23h59min do dia 27/09, para o *e-mail* do Grupo de Pesquisa.

O sexto desafio proposto, convocou as equipes a demonstrarem a funcionalidade e visibilidade do produto/serviço, anteriormente projetado, no formato de protótipo, a partir de uma miniatura, vídeo, escultura e/ou outra tecnologia. Os produtos/tecnologias propostos, pelas equipes, foram os mais diversos possíveis. Destacaram-se vídeos, cartilhas, fluxograma, sites e outros. Para ilustrar o processo, apresenta-se, a seguir, parte da cartilha de 26 páginas, organizada pela equipe Nursing Sowing (Figura 3).

Figura 3 – Parte da cartilha “As aventuras do Lolo na desconhecida radioterapia”



Fonte: Produção da equipe Nursing Sowing

O sétimo desafio objetivou reunir e analisar, na íntegra, o material produzido ao longo dos dias, juntamente com o Enfermeiro escolhido pela equipe. Além disso, cada equipe foi estimulada a montar uma apresentação em Power Point, de forma didática, científica e criativa, que foi exposta ao grande grupo no fechamento da gincana.

O último dia de atividades da gincana acadêmica *on-line* do GEPESSES proporcionou um encontro especial de fechamento, o qual possibilitou a integração de docentes/pesquisadores, alunos e Enfermeiros titulados líderes e empreendedores. Em seu cronograma, o encontro contou com o seguinte roteiro: Abertura oficial por parte de lideranças locais; fala dos Enfermeiros escolhidos pelas equipes, com base nos seguintes questionamentos: Como você se sentiu ao ser escolhido pela equipe? O que você entende por liderança e empreendedorismo na Enfermagem? Que dica você dá para quem quer empreender na

área de Enfermagem? Quais os desafios encontrados por você no percurso empreendedor? Na sequência, foram apresentados os projetos em cinco minutos pelas equipes concorrentes. Por fim, foi realizada a premiação, de acordo com critérios previamente estabelecidos pela comissão de operacionalização externa. O projeto premiado foi o da cartilha “As aventuras do Lolo na desconhecida radioterapia”.

DISCUSSÃO

O percurso delineado e os desafios propostos pela gincana acadêmica *on-line* de Enfermagem, demonstraram que a atividade se configura como importante recurso didático, interativo e prospectivo no processo de ensino e aprendizagem. Embora ela tenha sido evidenciada em outros estudos (CORREA, 2020; FREITAS, 2020) como atividade recreativa e esportiva, por uma série de provas cumpridas de modo eficaz e rápido, a experiência desta gincana demonstrou que ela pode trazer muitos outros benefícios e avanços.

Na linguagem das mídias, a gincana *on-line* realizada, adquiriu as características do *serious games*, que apresentam em comum o estímulo das funções cognitivas, a motivação e a possibilidade de integrar conhecimentos práticos vivenciados pelo processo de ensino. A gincana *on-line* permitiu a construção de novos conhecimentos na educação, de maneira formal, não formal e informal e com uma abordagem voltada para o cuidado e sustentabilidade solidária.

Percebeu-se, que a gincana acadêmica *on-line* de Enfermagem possibilitou maior interação entre alunos e professores, maior articulação com outros cursos e áreas do conhecimento,

autonomia na construção do conhecimento técnico-científico, além de maior mobilização, organização e disciplina na busca de novos aprendizados, como, as novas ferramentas tecnológicas. Denotou-se, também, que a gincana despertou o sentimento de festa coletiva, na qual todos se integraram e participaram espontânea e alegremente e, a cada desafio alcançado, todos vibraram juntos.

O momento pandêmico convoca docentes e discentes ao novo, ao diferente e ao transcendente. Reproduzir, repetir, copiar e fazer como sempre se fez, são termos que já não podem mais fazer parte do vocabulário acadêmico, profissional, pessoal. A pandemia em curso provoca à mudança, à renovação e à (re)criação do *modus operandis* (CORREA, 2020). Provoca, em meio à desordem, a instauração de uma nova ordem de sala de aula, de metodologias de ensino e aprendizagem, de avaliação, enfim, de tudo o que representava uma ordem linear, pontual e reprodutora. Sob o pensar do autor do pensamento da complexidade (MORIN, 2017; MORIN, 2018), considera-se que o saber-fazer é, sobretudo, saber ser um educador, todos os dias e assumir o compromisso de formar alunos para serem sujeitos, participantes e autores da história. É preciso aprender a condição humana, aprender a aprender a ser e a conviver consigo e com os diferentes.

Evidencia-se, nessa pandemia, uma desordem, talvez, necessária para a (re)organização do sistema educacional, premeditada pelo autor do pensamento da complexidade há décadas (MORIN, 2017). Diante das mudanças profundas que vêm ocorrendo em escala mundial, dentre elas o avanço da tecnologia de informação, a globalização econômica e o fim da polarização ideológica entre capitalismo e comunismo nas relações in-

ternacionais, percebe-se que a maior urgência no campo das ideias não é rever doutrinas e métodos, mas elaborar uma nova concepção do próprio conhecimento (MORIN, 2018).

Assim como os docentes, em um ambiente global e em constante mudança, exige-se dos estudantes flexibilidade, adaptabilidade e criatividade para reinventarem o seu percurso acadêmico. Para além dos conteúdos e das receitas prontas, os profissionais necessitarão, cada vez mais, habilidades como a criatividade, a comunicação e a colaboração, além da empatia e da inteligência emocional para lidar com as incertezas do porvir, sobretudo, em se tratando de pandemias. Logo, é preciso hoje e no futuro, muito mais que em tempos passados, que os profissionais tenham a curiosidade e a capacidade de reinvenção e de rápida conexão com os diferentes atores e setores em busca de desfechos estratégicos. Para além das respostas prontas, é preciso que o profissional esteja preparado para fazer perguntas complexas e a buscar soluções colegiadas e de forma colaborativa (MORIN, 2018).

O mundo pós-pandemia e a Nursing in the future, para além do Nursing Now, demandará uma nova escola e novas metodologias de ensino e aprendizagem. Para além dos conteúdos e das habilidades técnicas, os profissionais de Enfermagem precisam estar aptos a fazerem novas perguntas e a resolverem problemas altamente complexos, para os quais não encontram protocolos prontos. Os profissionais de sucesso na saúde, educação e em outros setores precisam ser capazes de entender a interconectividade, a transcender fronteiras pessoais, limites geográficos, ideológicos e políticos e, principalmente, a trabalhar de forma sistêmica e colaborativa, em âmbito global.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Considera-se, como limitação do estudo, o curto prazo estipulado para a devolutiva das tarefas diárias propostas às equipes proponentes, considerando que cada tarefa deveria ser cumprida em 24 horas.

CONTRIBUIÇÕES PARA A ÁREA DA ENFERMAGEM

Além de fomentar a liderança e o empreendedorismo de estudantes de Enfermagem, a gincana acadêmica *on-line* possibilitou maior engajamento docente e discente na Campanha Nursing Now e, ainda, o reconhecimento de Enfermeiros que já são considerados empreendedores em sua postura e atitudes profissionais diárias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios diários propostos e atendidos pelas dez equipes inscritas, de forma voluntária, demonstraram sensibilidade, empatia, trabalho em equipe, criatividade, liderança e superação crescente. A gincana acadêmica *on-line* de Enfermagem, se mostrou um excelente recurso para o despertar da autonomia e do protagonismo empreendedor de estudantes e profissionais da enfermagem, além de fomentar a interdisciplinaridade e a interação com a comunidade.

A Campanha Nursing Now e a pandemia provocada pela Covid-19 deixaram a lição, em suma, de que ser docente em um futuro incerto e desconhecido implica repensar e reordenar o próprio pensamento e assumir que não se sabe tudo e que se aprende ao longo da vida. Ensina, também, que é preciso rever

estruturas e modelos de organização e gestão e que, acima de tudo, é preciso auscultar de forma singular e multidimensional cada estudante, familiar, colaborador, enfim, a vida em curso.

REFERÊNCIAS

BACKES, D. S. et al. Quality nursing education: a complex and multi-dimensional phenomenon. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 3, 2018. Disponível em: l1nq.com/su8tj. Acesso em: 17 abr. 2020.

BEZERRA, I. M. P. State of the art of nursing education and the challenges to use remote technologies in the time of Corona Virus Pandemic. **Journal of Human Growth and Development**, v. 30, n. 1, p. 141-147, 2020. Disponível em: l1nq.com/fPgMO. Acesso em: 17 mar. 2021.

CHICK, R. C. et al. Using technology to Maintain the education of residents during the COVID-19 pandemic. **Journal of Surgical Education**, v. 77, n. 4, p. 729-732, 2020. Disponível em: l1nq.com/Gwn3C. Acesso em: 19 mar. 2021.

CORREA, S. M. M. La innovación educativa en los tiempos del Coronavirus. **Salutem Scientia Spiritus** (En línea), v. 6, n. 1, p. 14-26, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1087909>. Acesso em: 15 mar. 2021.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio Século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FREITAS, B. H. B. M. Games for teaching immunization to nursing students: experience report. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 10, e2959, 2020. Disponível em: l1nq.com/ecJqo. Acesso em: 25 mar. 2021.

GROSSI, M. G. R.; MURTA F. C.; SILVA, M. D. A aplicabilidade das ferramentas digitais da Web 2.0 no processo de ensino e aprendizagem. **Revista Contexto & Educação**, v. 33, n. 104, p. 33-59, 2018. Disponível em: l1nq.com/CvloT. Acesso em: 16 abr. 2021.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2017.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 24. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2018.

SANTAGUEDA, V. M. P. et al. Sustainable behavior: promotion of environmental awareness through gymkhana. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 2 :e177921976, 2020. Disponível em: [lInq.com/n1GXz](https://doi.org/10.24075/RSO.V9N2.177921976). Acesso em: 15 mar. 2021.

4. DESENVOLVIMENTO DE UM PORTAL EDUCATIVO PROMOTOR DE ESCOLHAS ALIMENTARES SAUDÁVEIS NA ESCOLA

Michelle Vargas Reginatto, Amanda Costa da Silva,
Ana Paula Gularte Barbosa, Marcia Montagner Maia,
Franceliane Jobim Benedetti, Josiane Lieberknecht Wathier Abaid

RESUMO

Os Portais Educativos (PE) podem ser ferramentas importantes para promover hábitos alimentares saudáveis. Projetar um PE vai além de criar uma página atrativa. É preciso um planejamento que integre os princípios do aprendizado e da motivação. Assim, com este estudo, objetivou-se desenvolver um Portal Educativo visando ampliar o repertório de possibilidades alimentares mais saudáveis frente às escolhas no ambiente escolar. O PE foi direcionado a crianças a partir dos seis anos, pais, professores e responsáveis pelas cantinas. O estilo visual foi definido levando em consideração o tipo de fonte utilizada e combinações de cores. Os conteúdos foram disponibilizados na forma de abas. Optou-se por abordar o conteúdo por intermédio de uma história, recursos visuais e materiais para impressão. A interatividade e a ludicidade foram trabalhadas no PE com atividades que pudessem ser exploradas na escola pelos professores e pelos responsáveis pelas cantinas e em casa pelas famílias. Para apresentar o conteúdo, foram utilizados materiais como: jogos educativos, animações, material para imprimir, vídeos com dicas, receitas nutritivas e *links* úteis. As cores foram definidas de

acordo com o disco cromático, e a fonte utilizada foi a Helvética; abordou-se o conteúdo com uma linguagem simples, atrativa e lúdica por meio de uma história com 5 personagens, sobre a qual a criança explorasse em cada página. Diante do exposto, observa-se que projetar *sites* que discutam a nutrição a partir de jogos, atividades e animações pode estimular o interesse e o envolvimento das crianças desta faixa etária por uma alimentação mais saudável. Pais, cuidadores, professores e responsáveis pelas cantinas escolares podem utilizar recursos *online* para auxiliar na arquitetura das escolhas alimentares.

Palavras-chave: portal educativo; educação alimentar e nutricional; escolhas alimentares; escolares; ambiente escolar.

INTRODUÇÃO

A internet faz parte do cotidiano das pessoas, em especial das crianças, que já nasceram inseridas no contexto do ciberespaço¹. As crianças em idade escolar, nos dias de hoje, interagem com as Novas Tecnologias da Informação e Comunicação (NTICs) de forma diferente das crianças de épocas anteriores e isso deve-se, em grande parte, pelo uso da internet (CURSINO, 2017). Por meio das NTICs, há a possibilidade da democratização de conteúdos, atingindo, ao mesmo tempo, grandes populações e adequando-se a particularidades de cada indivíduo (CURIONI; BRITO; BOCCOLINI, 2013; TORRES; ABBAD; BOUSQUET-SANTOS, 2014).

¹ Segundo Pierre Lévy (1999, *apud* CERIGATTO; MACHADO, 2018, p. 114), o ciberespaço, ou rede, é um novo meio de comunicação que surge da interconexão mundial dos computadores. O autor ainda coloca que o termo não se restringe somente à estrutura material da comunicação digital, mas também engloba o universo de informações que ele abriga, bem como os seres humanos que nele interagem.

Qualquer *site* pode ser utilizado para fins educacionais, desde que o seu conteúdo seja utilizado para práticas pedagógicas (CERIGATTO; MACHADO, 2018, p. 114-115). Projetar um portal educativo (PE) vai além de criar uma página colorida e atrativa aos olhos. É preciso que se crie cuidadosamente um planejamento que integre os princípios do aprendizado ativo (*active learning*), da motivação e da avaliação com um *webdesign* criativo (COOK; DUPRAS, 2004, p. 705).

Os PEs podem ser ferramentas importantes para promover hábitos alimentares saudáveis por meio da Educação Alimentar e Nutricional (EAN). É interessante pensar na EAN como uma atividade além do que vem sendo trabalhado nas aulas tradicionais; atualmente, requer uma abordagem que promova a integração das práticas alimentares a questões relativas ao acesso aos alimentos, os comportamentos envolvidos nas escolhas alimentares, como os alimentos são produzidos, preparados e suas formas de consumo, levando em consideração os aspectos ambientais, sociais, culturais e históricos (BORSOLI; TEO; MUS-SIO, 2016).

Com os PEs, é possível organizar os conteúdos de forma tecnológica, mais facilmente disponibilizados, fazendo com que o aluno tenha interesse em acessar os assuntos abordados de uma forma mais segura e produtiva. O professor tem um maior controle da situação e pode intervir durante todo o processo de ensino e aprendizagem (GODOY; SONDERMANN, 2015).

A partir dos seis anos, a criança apresenta uma habilidade para comportamentos mais complexos, como tomar decisões, controlar reações mais emotivas e a exploração de diversas ações até chegar em um resultado desejado (COSTA *et al.*, 2016; DIAS; SEABRA, 2013). Projetar *sites* que discutam a nutrição por

meio de métodos como jogos, atividades (culinária, exercícios dirigidos) e animações pode estimular o interesse e o envolvimento das crianças (AHN; KIM, 2007). Jogos *on-line* podem afetar o comportamento alimentar das crianças ao influenciar positivamente na ingestão de frutas e vegetais bem como estimular a criança a interagir e explorar novos alimentos (CHOW *et al.*, 2019). Aos adultos, cabe arquitetar as escolhas que podem levar a um consumo alimentar mais saudável. Pessoas com um bom conhecimento culinário podem fazer uso de abordagens gastronômicas para aumentar a palatabilidade dos alimentos. Pais, cuidadores e responsáveis pelas cantinas escolares podem utilizar recursos *on-line* para auxiliar na arquitetura das escolhas aliadas às intervenções gastronômicas para promover uma maior ingestão de frutas e vegetais (DECOSTA *et al.*, 2017).

A importância de orientar quanto aos prejuízos do consumo de alimentos ultraprocessados e de incentivar as cantinas escolares quanto ao seu papel promotor de EAN, é urgente e necessária (BRASIL, 2010). Segundo a classificação NOVA, proposta por Monteiro *et al.* (2018), os alimentos podem ser classificados como *in natura* ou minimamente processados, ingredientes culinários, processados ou ultraprocessados. Quanto maior o processamento do alimento, mais pobre é em vitaminas e fibras, e maior a sua densidade energética devido às grandes quantidades de açúcar e gordura que possui. É comum o comércio de alimentos ultraprocessados no ambiente escolar, prejudicando a capacidade de escolha das crianças, uma vez que, ao proporcionar opções de alimentos com diferentes graus de processamento ao mesmo tempo, a criança tende a optar pelo alimento ultraprocessado (WILLHELM; RUIZ; OLIVEIRA, 2010; BEETS *et al.*, 2014).

Para desenvolver um *site* educacional eficaz é necessário seguir algumas etapas. Cook e Dupras (2004) sugerem, em seu estudo, dez etapas que descrevem os requisitos mínimos para a construção de um PE, entre as quais destacam-se: realizar uma análise de necessidades e especificar metas e objetivos; desenvolver conteúdo em estreita coordenação com o design do site; incentivar a aprendizagem ativa (auto-avaliação), reflexão, aprendizagem autodirigida, aprendizagem baseada em problemas, interação com o usuário e *feedback*; facilitar e planejar a melhor forma de incentivar o uso; e, navegar no site antes de publicá-lo.

O PE representa um ambiente aberto e flexível de aprendizagem, com a ideia de cativar tanto crianças como adultos. Nele, há a possibilidade de fornecer ferramentas importantes para a prática da EAN, ao encorajar a escolha de alimentos menos processados e, assim, afetar positivamente a alimentação das crianças, impactando na qualidade de vida futura. Dessa forma, neste estudo, objetivou-se a construção de um PE visando ampliar o repertório de possibilidades alimentares mais saudáveis frente às escolhas no ambiente escolar.

METODOLOGIA

Desenvolvimento de recurso tecnológico na modalidade de PE, destinado a crianças em idade escolar, bem como pais, professores e profissionais que trabalham em cantinas escolares.

O PE foi construído pelas pesquisadoras, duas nutricionistas e uma psicóloga, com a contribuição de uma jornalista e um quadrinista. Foram utilizadas técnicas de *brainstorming* para explorar a capacidade criativa e intelectual, buscando várias

perspectivas para chegar ao melhor resultado. A interatividade e a ludicidade foram pontos-chaves a serem trabalhados no PE a fim de torná-lo atrativo às crianças e ao mesmo tempo com atividades variadas que pudessem ser exploradas tanto em sala de aula pelos professores como em casa com suas famílias (GO-DOY; SONDERMANN, 2015; SANTOS, 2016). O PE é composto por jogos digitais, vídeos educativos, desenhos, jogos para impressão e *links* úteis. Apresenta às crianças personagens representativos, com temáticas como aventura e mistério (PAULA *et al.*, 2002), provocando a reflexão dos estudantes acerca de assuntos do universo da alimentação adequada. Caracteriza-se por ser autoexplicativo, de fácil entendimento e, com ele, pretende-se promover a saúde alimentar no ambiente escolar, pois estimula a criança a escolher alimentos mais saudáveis.

A construção do PE teve como base as dez etapas propostas por Cook e Dupras (2004). Para melhor visualizar o processo de elaboração, optou-se por agrupar as etapas em três fases, sendo elas:

a) Análise e conceituação: nessa fase, foram elencadas as necessidades, metas e objetivos; definido o público-alvo; determinados os conteúdos que foram disponibilizados; identificada a melhor forma de incentivar a aprendizagem ativa dentro do contexto do portal educativo; definidos os recursos e as necessidades técnicas;

b) Desenvolvimento e criação de conteúdo: nessa etapa, foram definidos o estilo visual das páginas, a linguagem utilizada, a estrutura de navegação e a organização das abas; planejada a melhor forma de incentivar o uso; buscou-se definir em qual o PE seria hospedado;

c) Implementação e publicação: por fim, o PE foi publicado e, para isso, foi registrado o domínio do *website*; testou-se a navegabilidade; verificou-se a necessidade de atualização das informações e foram realizadas melhorias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Análise e conceituação

Os conteúdos apresentados no PE fazem parte do desenvolvimento contínuo da promoção de hábitos alimentares saudáveis e inclui algumas medidas dirigidas de EAN aos indivíduos: 1) ampliação do nível de conhecimento da população sobre alimentação; 2) valorização da cultura alimentar; 3) promoção da cidadania; 4) desenvolvimento de habilidades que ampliem a autonomia nas escolhas alimentares e no preparo de refeições saudáveis (REIS; VASCONCELOS; BARROS, 2011).

Foi estipulado que, para viabilizar a exposição do conteúdo selecionado para ser apresentado no PE, de forma a incentivar a aprendizagem ativa, foram utilizados os seguintes formatos de materiais: jogos educativos, animações, materiais escritos, material para imprimir (desenhos e jogos), vídeos com dicas, receitas nutritivas, *links* úteis. Quanto ao público-alvo, definiu-se que envolveria as crianças, bem como pais/cuidadores, professores e responsáveis pelas cantinas escolares.

Desenvolvimento e criação de conteúdo

Nessa etapa da elaboração do PE, foi desenvolvido o espaço digital e seu conteúdo. Para isso, foram necessárias algumas definições para atingir o objetivo do PE.

Estilo Visual

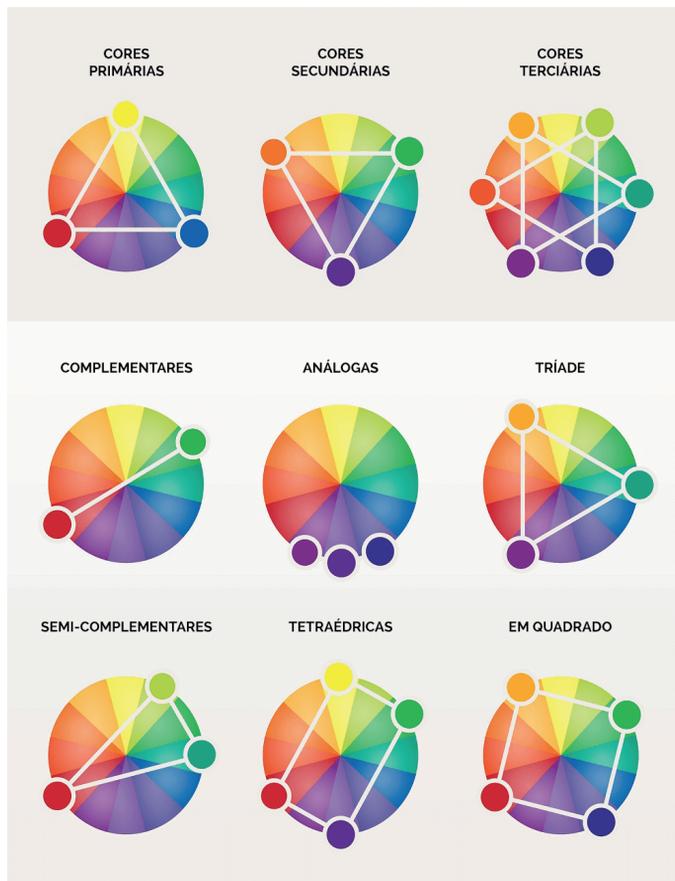
Cores

Na primeira fase do processo de elaboração do PE, foi necessário pensar nas cores que seriam utilizadas no *website*, uma vez que a cor é um elemento visual que influencia diretamente nas informações apresentadas (KULPA; PINHEIRO; SILVA, 2011, p. 125). Para definir as cores, foi preciso pensar na contextualização das informações e como elas deveriam ser recebidas pelos usuários, já que é de responsabilidade de quem desenvolve o projeto de um *website* “[...] o efeito, a sensação, a emoção que deve ser causada no usuário” (PEDRASSOLLI; NERIS, 2014, p. 213).

Por se tratar de um PE voltado para crianças, buscou-se utilizar cores mais puras, com contraste entre si, para chamar a atenção, e que harmonizassem. Assim, utilizou-se como referência o disco cromático luminoso composto por 12 cores, primárias, secundárias e terciárias. Ele é utilizado para criar composições harmônicas de cores, principalmente em luminotécnica e em equipamentos eletrônicos de vídeo e imagens. O mais utilizado é o sistema RGB - Vermelho, Verde e Azul.

Dessa forma, definiu-se que seriam utilizadas predominantemente a combinação triangular, com cores primárias e secundárias. Essas cores são compostas por duas cores primárias. O verde é uma mistura equilibrada de azul e amarelo. O roxo é a mistura do azul e do vermelho. Já o laranja é a junção do vermelho e do amarelo.

Figura 1 – Círculo cromático: possíveis combinações de cores.



Fonte: Gonçalves (2018).

Cada cor pode causar sensações diferentes. As cores podem transmitir significados que variam de acordo com a cultura do local. Dentro da cultura brasileira, por exemplo, o verde, quando utilizado em tons mais claros, transmite a ideia de tranquilidade e equilíbrio. É associada a ecologia e natureza. “É uma cor recebida de forma menos agressiva, com maior passividade,

[...], sendo muito propícia quando se deseja transmitir rapidamente uma informação” (PEDRASSOLLI; NERIS, 2014, p. 207). O laranja, por sua vez, transmite a ideia de coisas chamativas, extrovertidas e incitantes. “Tem caráter estimulante e relaciona-se com produtos comestíveis”. Por fim o roxo, remete a sabedoria, sofisticação e contemplação. “Tem a ver com o emocional, o espiritual e transmite profundidade e experiência” (PEDRASSOLLI; NERIS, 2014, p. 207).

Optou-se por não utilizar o branco para o fundo do *site*, pois, apesar de fornecer a máxima legibilidade para um texto escuro, pode causar problemas ao usuário que permanece em contato visual prolongado, devido ao seu brilho intenso.

Fontes

O aconselhável é utilizar uma única tipologia para o corpo do texto e, no máximo, duas outras para os títulos. As fontes mais utilizadas em textos *on-line* são a Times New Roman, a Arial ou Helvética e Courier. As fontes sem serifa², como a Arial e Helvética, são mais utilizadas em textos menos formais. Sobre esta questão da tipologia: “A maioria das fontes não tem legibilidade na tela e foram desenvolvidas com a finalidade de serem impressas, por isso é necessário cautela na escolha da fonte a ser utilizada” (UNB, 1998 *apud* SOUZA, 2001, p. 113).

Em relação ao tamanho das fontes, é recomendado adotar somente um tamanho para o corpo do texto, com linhas que não ultrapassem 60 caracteres, uma vez que linhas curtas facilitam a leitura, ao reduzir o movimento dos olhos. Também se deve evitar utilizar fontes muito grandes, pois elas podem dar

² Serifas são os traços que arrematam as letras, no final de suas hastes.

a impressão de que se está “gritando” com o usuário (SOUZA, 2001, p. 112-122).

Quanto às cores, é possível afirmar que textos em preto são certamente os mais agradáveis aos olhos, podendo utilizar mais de uma cor (no máximo duas) somente para criar um contraste e, assim, destacar alguma informação. Além disso, sempre que utilizar um fundo cromático (azul, verde, vermelho) deve-se sobrepô-lo em caracteres acromáticos (branco, preto ou cinza) (SOUZA, 2001, p. 112-122).

Por fim SOUZA (2001) salienta que

Todas as regras básicas para a criação de *websites* aqui descritas são passíveis de alterações nas sugestões de autores, mas há um ponto pacífico entre elas: todos concordam que as alterações têm que ser efetuadas pensando no conjunto dos padrões escolhidos para dar forma à ideia, *layout*, público-alvo, conteúdo, e principalmente, quanto à sua funcionalidade (p. 122).

Assim, optou-se por utilizar, no corpo do texto do PE a fonte *Helvética*, tamanho 22, na cor preta. Para a barra de *menu*, optou-se por manter o padrão do corpo do texto, com a fonte *Helvética*, em cor preta, tamanho 15. Alterações em relação a cores, tamanhos e fontes foram utilizadas de forma pontual para criar contraste ou destacar alguma informação.

Linguagem para o público infantil

Por se tratar de um espaço para ser navegado por crianças, buscou-se organizar o PE com uma linguagem bastante simples, de fácil acesso, atrativa e lúdica.

Para desenvolver o PE, optou-se por apresentar o conteúdo como uma grande história, sobre a qual a criança se aprofundasse em cada página que explorasse. Evitou-se utilizar uma linguagem que colocasse o alimento como “bom” ou “ruim”, pois abordagens como essa, além de não serem eficazes, podem confundir as crianças, já que os alimentos tidos como “ruins” são oferecidos, muitas vezes, em contextos agradáveis como festas e viagens (PETTY *et al.*, 2015).

Assim, criou-se o “Esquadrão da Manu - desvendando o mundo dos alimentos”, a exemplo do “Portal Ludo Educativo”, projeto de extensão executado e idealizado pelo Centro de Desenvolvimento de Materiais Funcionais (CDMF), certificado pela empresa Aptor Consultoria e Desenvolvimento de Software e coordenado pelo professor Elson Longo da Silva, que aborda inúmeros assuntos de conscientização, entre eles, alguns tópicos referentes à alimentação, desenvolvidos por meio de jogos gratuitos (CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DE MATERIAIS FUNCIONAIS, 2010). A ideia foi criar algo lúdico, que introduzisse o conteúdo proposto pelo portal de forma natural, sem imposições. Assim, atraindo os usuários para uma história fantástica, na crianças, com o auxílio da Mamãe, combatem vilões e adquirem superpoderes, sendo introduzidas as informações pertinentes que auxiliarão as crianças nas escolhas alimentares.

Dessa forma, criou-se a seguinte história:

Manu, personagem principal do portal, é uma menina bastante curiosa que gosta de aprender sobre alimentos e ajudar os outros. Junto com seus amigos Bento, Tom e Maya, ela funda o Esquadrão da Manu.

Para definir os personagens desta história, buscou-se características distintas entre eles, tanto física, como de persona-

lidade. Assim, as crianças podem se identificar mais facilmente. Também se teve o cuidado de inserir uma personagem adulta, sem nome, designada somente como Mamãe, para introduzir a ideia de que as crianças devem ser orientadas por um adulto sobre questões alimentares (Figura 2). Ao definir os vilões, buscaram-se as principais doenças que podem ser evitadas/combatidas com uma alimentação mais saudável.

Figura 2 – Aba do Portal Educativo com a descrição dos personagens.



Fonte: os autores.

Os superpoderes foram definidos a partir de grupos nutricionais que auxiliam no combate às doenças. Na história, os superpoderes são adquiridos a partir da ingestão dos alimentos que os contêm, o que, de fato, é bastante próximo da realidade,

ou seja, ao ingerir determinados alimentos, conseguimos evitar/combater determinadas doenças. Dessa forma, por meio da ludicidade, há a preocupação de ensinar as crianças a forma correta de se alimentar.

Estrutura de Navegação e organização das abas

O Portal terá seis abas no *menu* principal. Duas delas terão subpáginas, quatro em cada uma das duas abas, como é possível verificar na Figura 3.

Figura 3 – Estrutura de navegação no menu do Portal Educativo.



Fonte: os autores.

Apresentação do conteúdo

Para facilitar e planejar a melhor forma de incentivar o uso, optou-se por apresentar o conteúdo em duas formas predominantes: vídeos animados e brincadeiras.

Organização do conteúdo e apresentação

Ao definir o *layout* e o conteúdo, esteve presente a preocupação em contemplar os elementos que devem ser considerados ao elaborar um PE. O espaço precisa capacitar os usuários sobre o assunto que aborda, trazer diversos materiais didáticos, explorar a conectividade e a navegabilidade.

lahn (2001), ao realizar uma extensa pesquisa sobre os PEs existentes no Brasil, propôs um modelo de PE. Para a lahn (2001), “a apresentação do portal deve dispor claramente os seus serviços e conteúdos de forma a prender a atenção de quem o estiver acessando, sejam alunos, pais, professores ou todas as pessoas envolvidas com a educação [...]” (p. 68).

O PE deve oferecer uma interface clara de acesso em todas as áreas. Isso justifica a escolha de manter o cabeçalho e a barra de *menu* fixas na parte superior de todas as páginas do PE. Assim, acredita-se que os usuários sempre serão lembrados sobre o que se trata o PE, como também terão acesso fácil a todos os conteúdos.

Outra preocupação que se teve ao desenvolver o PE foi na posição que cada conteúdo ocupa na página, seguindo as orientações de Souza (2001, p. 111-112).

O *layout* da página é sua estrutura básica de agrupamento natural. Quando o olhar visualizar uma página, percorre-a de cima abaixo, da esquerda para a direita. As informações mais importantes devem ficar sobre uma linha imaginária: por exemplo, o título da página no canto esquerdo superior, e embaixo deste, o subtítulo/índice. A palavra de ordem aqui é a prudência. Todas as páginas devem ter uma estrutura semelhante e manter a navegação na mesma posição.

Material destinado às crianças

O material elaborado para o público infantil, buscou-se enfatizar as escolhas alimentares saudáveis. Um estudo que avaliou as escolhas alimentares de crianças no ambiente escolar por meio da compra de lanches nas cantinas, verificou que 67,28% dos alimentos comprados foram classificados como ultraprocessados e que crianças que apresentaram escores melhores para flexibilidade cognitiva e controle inibitório (processos cognitivos envolvidos na capacidade de realizar escolhas) compraram menos alimentos ultraprocessados (REGINATTO *et al.*, 2019).

No contexto dos vídeos, baseados na história central do PE, reforçou-se a ideia de que os alimentos saudáveis possuem “superpoderes” que podem enfrentar os “vilões” que, neste caso, são as doenças. Os personagens contam com a ajuda de um adulto, a Mamãe, que proporciona a reflexão das crianças e orienta quanto a importância de uma alimentação saudável.

Jogos de fazer e desfazer, do tipo “passatempo”, também foram dispostos em uma das abas. Incluem-se aqui desenhos para imprimir e colorir, jogos do tipo caça-palavras, da memória, palavras cruzadas. Essas atividades, do ponto de vista educacional, visam estimular o crescimento e aprendizagens (FALKEMBACH, 2006; ANTUNES, 2017). Atividades lúdicas na internet proporcionam a pesquisa e a exploração do pensamento criativo, contribuindo para o aprendizado (FALKEMBACH, 2006).

Material destinado para pais, professores e profissionais das cantinas escolares

Além do material destinado às crianças, há materiais para auxiliar pais, professores e profissionais das cantinas escolares.

Para os pais e professores, buscou-se complementar as atividades do PE com informações e orientações extras para este grupo. Assim, mesmo após navegar pelo *site*, é possível continuar dialogando sobre os assuntos trabalhados no PE, tanto em casa como na sala de aula.

Na intenção de esclarecer dúvidas sobre como a cantina pode ser promotora de uma alimentação saudável, optou-se por fazer uma aba com informações específicas as pessoas que trabalham nesse local, a fim de auxiliá-las, bem como orientar os pais e professores sobre como trabalhar a questão da escolha na cantina da escola com as crianças.

Os pais atuam como modelos de comportamento para seus filhos e podem influenciar nas escolhas alimentares das crianças. Ao fortalecer esse efeito dos pais sobre as escolhas, a estratégia pode estimular o consumo de alimentos saudáveis (HURSTI, 1999; WILD *et al.*, 2015). Há uma associação positiva entre as escolhas alimentares em um ambiente escolar modificado. As políticas de alimentação escolar e o ambiente alimentar saudável precisam ser incentivados e promovidos, devido aos nutrientes fornecidos pelos lanches escolares (WORDELL, 2012).

Implementação e publicação

Para hospedar o PE, optou-se pela plataforma *wix.com*, fundada em Israel no ano de 2006, por Avishai Abrahami, Nadav Abrahami e Giora Kaplan. É uma plataforma de desenvolvimento *web* baseada em nuvem com milhões de usuários em todo o mundo. A escolha desse criador de *sites* deve-se, principalmente, pela facilidade e uso intuitivo. Além disso, oferece recursos

técnicos adequados ao que se precisava para desenvolver o PE da forma como foi planejado. O criador de *sites* ainda apresenta a opção de planejamento tanto para computadores quanto para dispositivos móveis, como *smartphones* e *tablets*, o que facilita o acesso ao PE (WIX, 2019).

Ao final do processo de criação do PE, testou-se a navegabilidade e foram realizados ajustes. Para testar a navegabilidade e necessidade de ajustes, foi solicitado que três adultos e três crianças navegassem por todo o *site* e falassem da sua experiência em relação a navegabilidade e *layout* da página. Nesse teste, não foram solicitadas opiniões sobre o conteúdo e a sua apresentação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Utilizar a *internet* como ferramenta de EAN pode auxiliar na promoção de hábitos alimentares saudáveis. Cada vez mais cedo as crianças têm acesso a conteúdos *on-line*, e a navegabilidade por *sites* e portais que auxiliem no processo de aprendizagem pode ter impacto positivo em seu desenvolvimento cognitivo.

Estimular escolhas alimentares saudáveis é papel de todos. Família e escola têm influência sobre o estabelecimento de comportamentos nutricionalmente apropriados durante a infância. Incentivar o consumo de alimentos saudáveis, reduzir a exposição a alimentos ultraprocessados e promover a reflexão sobre as escolhas alimentares pode auxiliar na fixação do comportamento alimentar infantil adequado.

Existe uma lacuna de estudos que abordem o uso de NTI-Cs como abordagem para EAN, principalmente destinadas para

as crianças em idade escolar. Conteúdos, como os abordados nesse PE, podem sensibilizar crianças e adultos quanto a um consumo alimentar favorável às suas necessidades nutricionais. Sugere-se que estudos futuros sejam realizados para validar este portal como instrumento interventivo para promover hábitos saudáveis que permaneçam ao longo da vida.

REFERÊNCIAS

AHN, Y.; KIM, K-W. Study on utilization status of internet and needs assessment for developing nutrition education programs among elementary school children. **Nutrition Research and Practice**, v. 1, n. 4, p. 341-348, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20368960/>. Acesso em: 17 nov. 2019.

ANTUNES, C. **O jogo e a educação infantil**: falar e dizer; olhar e ver; escutar e ouvir. Petrópolis: Vozes, 2017.

BEETS, M. W. et al. Children select unhealthy choices when given a choice among snack offerings. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 114, n. 9, p. 1440-1446, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24935610/>. Acesso em: 17 out. 2019.

BORSOI, A. T.; TEO, C. R. P. A.; MUSSIO, B. R. Educação alimentar e nutricional no ambiente escolar: uma revisão integrativa. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, v. 11, n. 3, p. 1441-1460, 2016. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/7413>. Acesso em: 18 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual das cantinas escolares saudáveis**: promovendo a alimentação saudável. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/manual_cantinas.pdf. Acesso em: 17 set. 2019.

CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DE MATERIAIS FUNCIONAIS. **Portal Ludo Educativo**. Certificação: Aptor Consultoria e Desenvolvimento de Software. Coordenação: Elson Longo da Silva. 2010. Disponível em: <https://www.ludoeducativo.com.br/pt/>. Acesso em: 4 nov. 2019.

GODOY, M. A.; SONDERMANN, D. Educarviatecnologia: um portal educacional (AVLA) de ensino-aprendizagem. In: IV CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA NA EDUCAÇÃO, 2015, Maceió. **Anais** [...]. Maceió, 2015. p. 493. 10.5753/cbie.wcbie.2015.493. Disponível em: lnq.com/PIY4. Acesso em: 10 set. 2019.

GONÇALVES, W. **Entenda o que é Psicologia das Cores e descubra o significado de cada cor**. Blog da Rock Content – Marketing de conteúdo. 2018. Disponível em: <https://rockcontent.com/blog/psicologia-das-cores/>. Acesso em: 6 nov. 2019.

HURSTI, U-K. K. Factors influencing children's food choice. **Annals of medicine**, v. 31, n. supl. 1, p. 26-32, 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10342497/> Acesso em: 17 nov. 2019.

IAHN, L. F. **Portais educacionais**: uma análise do seu papel para a educação virtual. Orientador: Edgar Lanzer. 2001. 106 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis, 2001. Disponível em: lnq.com/JNWns. Acesso em: 29 nov. 2019.

KULPA, C. C.; PINHEIRO, E. T.; SILVA, R. P. da. A influência das cores na usabilidade de interfaces através do design centrado no comportamento cultural do usuário. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, João Pessoa, v. 1, n. esp., p. 3-26, out. 2011. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/pgc/article/view/10795/6086>. Acesso em: 10 out. 2019.

PAULA, C. C. de. et al. Cuidado de enfermagem na aventura do desenvolvimento infantil: reflexões sobre o lúdico no mundo da criança. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 7, n. 2, jul./dez. 2002, p. 30-34, 2002. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/1666>. Acesso em: 17 out. 2022.

PEDRASSOLLI, L. C.; NERIS, V. P. de A. O uso de cores em aplicações Web: um Estudo dos Projetos Desenvolvidos no Curso Lato Sensu de Desenvolvimento de Software para a Web. **Tecnologia, Infraestrutura e Software**, São Carlos, v. 3, n. 2, p. 204-214, maio-ago. 2014. Disponível em: lnq.com/ANT5m. Acesso em: 10 out. 2019.

PETTY, M. L. et al. Nutrição Comportamental no atendimento de crianças e adolescentes. In: ALVARENGA, M. et al. (org.). **Nutrição Comportamental**. Barueri: Manole, 2015. p. 549.

REGINATTO, M. V. **Tomada de decisão e alimentação infantil no ambiente escolar: desenvolvimento de um portal educativo.** Orientadora: Josiane Lieberknecht Wathier Abaid. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil). Curso de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil, Universidade Franciscana, Santa Maria/RS, 2019.

REIS, C. E. G.; VASCONCELOS, I. A. L.; BARROS, J. F. de N. Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 29, n. 4, p. 625–633, 2011. Disponível em: lnq.com/TS8qE. Acesso em: 12 set. 2019.

SANTOS, E. B. dos. **A ludicidade na educação infantil:** perspectivas a partir de uma escola de Lagoa de Dentro/PB. Orientadora: Jéssica Lobo Sobreira. 2016. 55 f. Trabalho Final de Graduação (Licenciatura Plena em Pedagogia). Universidade Federal da Paraíba, Paraíba. Disponível em: lnq.com/cyPoM. Acesso em: 15 nov. 2019.

SOUZA, R. F. **A percepção visual de fontes tipográficas em textos on-line.** Orientadora: Alice T. Cybis Pereira. 2001. 153 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001. Disponível em: lnq.com/67hYv. Acesso em: 11 set. 2019.

TORRES, A. A. L.; ABBAD, G. da S.; BOUSQUET-SANTOS, K. Avaliação do uso de tecnologias de informação e comunicação no ensino em saúde. **Gestão e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 558-568, 2014. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/449>. Acesso em: 17 set. 2019.

WILD, V. W. T. de. et al. Influence of choice on vegetable intake in children: an in-home study. **Appetite**, v. 91, p. 1-6, 2015. Disponível em: lnq.com/AAMRe. Acesso em: 25 set. 2019.

WILLHELM, F. F.; RUIZ, E.; OLIVEIRA, A. B. Cantina escolar: qualidade nutricional e adequação à legislação vigente. **Revista HCPA**, v. 30, n. 3, p. 266–270, 2010. Disponível em: lnq.com/GxCe4. Acesso em: 30 out. 2019.

WIX. Líder na criação de sites. **About us**. 2019. Disponível em: <https://pt.wix.com/about/us>. Acesso em: 4 nov. 2019.

WORDELL, D. et al. Changes in a middle school food environment affect food behavior and food choices. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 112, n. 1, p. 137-141, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22709644/> Acesso em: 16 set. 2019.

5. DIRETRIZES PARA AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE BUCAL EM UM CONTEXTO EDUCACIONAL

Maiara Berlt, Patricia Pasquali Dotto, Jessica Aguiar,
Juliana Rodrigues Praetzel, Francieliane Jobim Benedetti,
Josiane Lieberknecht Wathier Abaid

RESUMO

A saúde bucal é parte indissociável da saúde geral, e é necessário levar em consideração que o mal estado de saúde bucal da mãe pode interferir na saúde dos bebês, já na condição intrauterina. Objetiva-se, assim, identificar e apresentar as diretrizes de uma estratégia educacional visando o desenvolvimento da capacidade de autopromoção da saúde bucal de mulheres gestantes. Os cuidados com a gestante são cercados de crenças distorcidas, que, por vezes, preconizam comportamentos inadequados para as mulheres, como o seu afastamento dos consultórios odontológicos. Assim, passam a evitar os exames comuns ao pré-natal odontológico, que consistem em cuidar e educar a mulher gestante para que ela tenha seu bebê em melhores condições de saúde geral e bucal. A prática da educação em saúde bucal resulta na formação de consciência crítica, e induz à materialização de ações e de cuidados em saúde bucal, por parte das mulheres gestantes.

Palavras-chave: saúde bucal; saúde materno-infantil; gestação; pré-natal odontológico.

INTRODUÇÃO

A gravidez é uma etapa importante na vida de uma mulher e implica o envolvimento da família, da rede de saúde por ela frequentada e da sociedade de um modo geral. Esse período é considerado um momento ímpar na vida da mulher, no qual ela demonstra estar receptiva às informações relacionadas ao futuro filho, sendo por isso, percebido como um momento privilegiado para o trabalho de educação em saúde. Porém, para que as mães possam efetivamente desempenhar seu papel de promotoras de saúde, necessitam, *a priori*, serem e desejarem ser pessoas saudáveis (FINKLER *et al.*, 2004).

A saúde bucal, parte importante e indissociável da saúde geral, precisa ser priorizada pelas políticas de atenção à saúde para gestantes no Brasil. Moreira *et al.* (2015) referem que a atenção odontológica durante a gestação é importante, já que muitas mulheres apresentam perturbações orais decorrentes das alterações hormonais próprias do período e há evidências da associação entre a doença periodontal e a prematuridade e o baixo peso ao nascer. Além disso, as orientações odontológicas para as mães vêm focando-se cada vez mais nas crianças de baixa idade, incluindo orientações para a vida intrauterina, com objetivo de estimular dentições futuras saudáveis. A primeira infância tem sido apontada como o período ideal para introduzir bons hábitos e adotar padrões de comportamento profundamente fixados (RIGO *et al.*, 2016).

Para Rigo *et al.* (2016), as gestantes devem ser consideradas um grupo populacional prioritário para a atenção odontológica, considerando diversos fatores próprios dessa etapa: (1) podem apresentar algumas alterações bucais próprias do período ges-

tacional; (2) têm necessidades acumuladas que podem comprometer a saúde materna e da criança; (3) devem ser alvo de programas de educação em saúde porque elas são multiplicadoras de atitudes na rede familiar, com influência nos hábitos alimentares e de higiene da família; (4) constituem um grupo de fácil acesso, por frequentarem sistematicamente os serviços de saúde nesse período. Além disso, as autoras afirmam que as mães que recebem orientação odontológica durante a gestação têm maior percepção sobre a saúde bucal de seus filhos.

Conforme Moreira *et al.* (2015), o principal objetivo do pré-natal odontológico consiste em cuidar e educar a mulher gestante, para que esta tenha seu bebê em condições saudáveis, o que inclui ações desmistificadoras de crenças e equívocos sobre a gravidez. O referido pré-natal inclui o tratamento dentário, a conscientização sobre os principais problemas bucais, orientação sobre o controle de placa, uso de flúor, amamentação, cuidados com o futuro bebê e esclarecimentos sobre a importância da alimentação equilibrada. No entanto, apesar de sua importância, o pré-natal odontológico ainda é negligenciado pelas gestantes, tanto pela falta de conhecimento da real importância como pelo medo de se submeter a certos procedimentos, como as tomadas radiográficas. Assim, cabe ao cirurgião-dentista e ao obstetra o conhecimento e segurança em orientar e atender essa população (MOREIRA *et al.*, 2015).

Conforme as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004), os cirurgiões-dentistas devem trabalhar com educação em saúde bucal preferencialmente de forma integrada com as demais áreas. Poderão ser desenvolvidos debates, oficinas de saúde, vídeos, teatro, conversas em grupo, cartazes, folhetos e outros meios. Para o âmbito escolar,

a Lei Federal nº 9394/96 possibilita a estruturação de conteúdos educativos em saúde para exercer atividades que estimulem a reflexão para maior consciência sanitária e apropriação da informação necessária ao autocuidado.

Em face dos pressupostos apresentados, durante a pesquisa de mestrado da autora principal, buscou-se responder ao problema de pesquisa: como se caracteriza o cabedal de informações que possuem as estudantes mães que estudam nos diferentes cursos de nível médio, técnico e superior de uma instituição de ensino do interior do Rio Grande do Sul, a respeito da saúde bucal na gestação?

Diante de tal questionamento e posterior desenvolvimento da pesquisa, construiu-se um Produto Técnico com a apresentação de oito diretrizes para ações educativas em saúde bucal em um contexto educacional. Com esse produto, pretende-se nortear o trabalho de odontólogos desta instituição de ensino no interior do Rio Grande do Sul, frente ao público feminino gestante, mas, eventualmente, também, servir de fonte de informações a profissionais de entidades similares.

OBJETIVO

Com este estudo, pretende-se identificar e apresentar as diretrizes de uma estratégia educacional visando o desenvolvimento da capacidade de autopromoção da saúde bucal de mulheres gestantes.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo quantitativo, transversal e exploratório. O lócus da pesquisa foi uma instituição de ensino

federal do interior do Rio Grande do Sul que oferta cursos de nível médio, técnico e superior a estudantes de diferentes idades e condições socioeconômicas. As participantes da pesquisa foram vinte alunas na condição de mães. Elas foram selecionadas por atenderem aos seguintes critérios de inclusão: estar formalmente matriculada em ao menos um dos cursos ofertados pela instituição; aceitar participar do estudo. Como critério de exclusão, não foram incluídas as estudantes que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Utilizou-se um questionário com questões sobre seu conhecimento a respeito do tema cuidados bucais na gestação, complementado por questões socioeconômicas. Entre as questões, perguntou-se se a estudante realizou consultas, procedimentos ou exames odontológicos durante a gravidez e quais as crenças a respeito desses procedimentos. Quanto aos dados sociodemográficos, foram levantados a idade, a renda, a modalidade de curso, a frequência com que vai ao dentista, o número de filhos e o responsável pela higiene bucal dos filhos.

Atendendo à Resolução no 466/12, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Parecer CAAE 62134216.4.0000.5306, número 1.877.241. Após tal aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a pesquisadora entregou às alunas participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os questionários sobre cuidados bucais na gestação e de investigação socioeconômica, no período de 05 a 20 de abril de 2017. As estudantes podiam preencher os questionários fora do ambiente educacional se desejassem. Os questionários devolvidos até maio do mesmo ano foram incluídos nesta pesquisa. No período da coleta de dados, havia cerca de 30 estudantes regularmente matriculadas que já tinham filhos

e uma gestante. Todas foram convidadas a participar. Assim, a amostra foi por conveniência.

A análise dos dados foi executada com a ajuda do *software* Excel for Windows 2007, e as questões fechadas foram consideradas a partir de uma abordagem quantitativa, por meio de análise descritiva. As questões abertas, por terem respostas abreviadas e serem em quantidade inexpressiva, foram consideradas a partir de suas categorias semânticas, agrupadas de forma a explicitar elementos que respondessem questões de pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 20 questionários analisados, foi possível destacar que a idade das participantes variou de 19 a 50 ($M=34,5$; $DP=21,92$). O perfil etário demonstrou uma maior prevalência de mulheres na faixa etária 30-39 anos, seguida de mulheres na faixa etária 20-29 anos. A última gestação ocorreu há mais de dez anos para nove (45%) das participantes e a menos de dez anos para o restante da amostra. A renda média mensal das mulheres entrevistadas foi maior para a faixa de um salário-mínimo (40% das entrevistadas). Há evidências na literatura de que existe uma correlação entre os indicadores de desenvolvimento social e as condições de renda, moradia e escolaridade com a cárie dentária, sendo o fator renda insuficiente diretamente associado às piores condições de saúde bucal encontradas (DOMINGOS *et al.*, 2014).

Apurou-se que as mulheres que têm apenas um filho vão ao dentista pelo menos uma vez por ano (60% delas), enquanto as mulheres que têm dois filhos vão menos ao dentista, apenas 40% delas vão ao dentista ao menos uma vez por ano. A presença de filhos menores em famílias de renda limitada eleva a

probabilidade de a família ser pobre, o que se agrava quando o arranjo familiar é o de mãe com filhos menores (EMERIM *et al.*, 2012). Sabe-se que a renda é um fator de vulnerabilidade à cárie, bem como a pobreza e o emprego. Famílias mais pobres têm mais cárie; mães e crianças mais pobres sofrem mais de cárie (TONELLI *et al.*, 2016).

Quanto às idas ao dentista, das vinte entrevistadas, dez mulheres (50%) vão a consultas odontológicas pelo menos uma vez por ano. Seis mulheres (30%) só vão ao dentista quando sentem desconforto ou dor; e quatro mulheres (20%) não vão ao dentista há mais de um ano. Infere-se que a metade das entrevistadas tem uma conduta preventiva, em relação à saúde bucal, enquanto a outra metade não mantém hábitos de saúde bucal sustentáveis. Porém, observou-se, ainda, que, das 10 mulheres que não possuem conduta preventiva de saúde oral, seis (60%) têm renda de zero a um salário-mínimo. Ou seja, quanto menos percepção de renda, menos cuidados com a saúde bucal. A condição socioeconômica é fator determinante de saúde e de expectativa de vida e está evidenciada pela literatura a relação direta entre condições de saúde bucal e perfil socioeconômico (BASTOS *et al.*, 2014; RANK *et al.*, 2014). A relação entre classe social e condições de saúde já foi descoberta na França e na Inglaterra, no início do século XIX (BASTOS *et al.*, 2014).

Um estudo evidenciou a estreita relação entre os padrões sociais e a situação bucal dos indivíduos, mesmo nos países onde há declínio da prevalência da doença cárie. Eles realizaram uma pesquisa por meio da qual demonstraram, também, que indivíduos dos extratos sociais mais baixos são levados a procurar atendimento odontológico por motivo de dor ou incômodo (DOMINGOS, *et al.*, 2014).

Quanto à consulta ao dentista e nível de escolaridade, das alunas do curso superior, quatro afirmaram que só vão ao dentista quando sentem dor/desconforto, e outras quatro disseram que não vão ao dentista há mais de um ano. Portanto, do total das mulheres entrevistadas que têm filhos e que cursam nível superior, 57% não têm o hábito de visitar o dentista regularmente, ou de forma preventiva, o que é feito, apenas, por 43% (seis) das pesquisadas de nível superior.

Das seis mulheres (30%) que frequentam cursos de nível médio e técnico, quatro (66%) responderam ir ao dentista regularmente; portanto, um percentual maior do que as estudantes de nível superior. De acordo com a literatura, baixos níveis de escolaridade associam-se às piores condições de saúde em geral, pois parecem afetar os cuidados preventivos e o julgamento sobre o significado de doenças, e pessoas com maior nível educacional demonstram um comportamento mais cuidadoso com seus dentes (BASTOS *et al.*, 2014; OLIVEIRA, *et al.*, 2014).

No que diz respeito à saúde bucal, indivíduos com menor escolaridade carregam uma tendência de apresentar maior número de dentes cariados e perdidos. Logo, pode-se considerar que a baixa escolaridade constitui um fator etiológico secundário ao desenvolvimento da cárie (FADEL; SALIBA, 2009). Isso pode ser explicado pelo fato de a maior escolaridade estar associada a um maior nível de renda e mais informação, o que determina uma maior busca por serviços odontológicos (CHAVES, *et al.*, 2012; PALMIER *et al.*, 2012).

Portanto, vê-se que, dentro dos limites deste trabalho, há uma contradição entre os estudos relatados na literatura e a realidade da presente amostra no quesito da frequência ao dentista. Quanto à cárie, contudo, não se podem fazer afirmações, uma vez que isso não foi avaliado nas participantes.

Sobre os cuidados de higiene bucal de seus filhos

Indagadas sobre quem é o responsável pelos cuidados de higiene bucal de seus filhos, das 20 respondentes, 15 (75%) indicaram que elas mesmas são as responsáveis por esses cuidados. Cinco delas afirmaram que os próprios filhos são os responsáveis pelos seus cuidados de higiene bucal.

Tal situação encontra-se em conformidade com o que se observa na literatura sobre o tema. De acordo com o que se afirmam em outros estudos (BARRETO *et al.*, 2013; CHAVES *et al.*, 2012), em geral, cabe à mãe responsabilizar-se pelas questões relacionadas à saúde dos filhos, incluindo a saúde bucal, e também o exercício da formação de saberes e hábitos. As mães são as principais responsáveis por acompanhar a criança na consulta odontológica, e no desenvolvimento de seu status de saúde bucal (MASSONI, *et al.*, 2010).

Procedimentos odontológicos e gestação

A partir das respostas encontradas, quinze mulheres visitaram o dentista durante a gravidez, e cinco das respondentes não o fizeram. Foi também possível observar que a maioria das respondentes que não visitaram o dentista durante a gravidez foram as mulheres que tiveram filhos há mais de dez anos.

De acordo com a literatura, existe associação entre a doença periodontal em gestantes e a ocorrência de nascimento pré-termos e de baixo peso (FINKLER *et al.*, 2004; OLIVEIRA *et al.*, 2014). Este é, por si, um fator de grande importância para a educação de mulheres, especialmente as gestantes, sobre a relação entre saúde bucal e gestação.

Quanto à segurança em submeter-se a procedimentos, observou-se que 40% das mulheres afirmaram não se sentirem seguras para consultar o dentista, durante a gravidez. Das vinte mulheres participantes, oito afirmaram sentir receios no consultório odontológico. Os motivos estão descritos na Figura 1.

Figura 1 - Fatores de insegurança para submeter-se a procedimentos odontológicos



Fonte: as autoras.

O medo dos riscos que poderiam ser causados pelos raios-x e pela anestesia foram apontados por 65% das respondentes, o que pode ter impedido a busca por atendimento. Quando previamente existente, o medo do tratamento odontológico se agrava com a preocupação da gestante em relação ao seu filho, e acaba contribuindo para que ela afaste-se da atenção odontológica (OLIVEIRA *et al.*, 2014). O medo mais comum é o do efeito do anestésico em relação ao bebê, o que faz com que gestantes prefiram postergar o tratamento ou cuidados para depois da gravidez. Há, ainda, medo de exodontias e de Raio-X dentário, que são improcedentes, já que a partir do quinto mês

as probabilidades de intercorrência são mínimas (HARTNETT *et al.*, 2016).

Ainda, das vinte mulheres que responderam ao questionário, nove (45%) acreditam que a gravidez enfraquece os dentes. Seis mulheres (30%) creem que a gestação também propicia o sangramento gengival, e cinco mulheres acham que a gravidez facilita o aparecimento da cárie. Em contraponto, seis mulheres (30%) responderam que a gravidez não influencia a saúde bucal da mulher.

Das respondentes, oito mulheres afirmaram que receberam orientações sobre a importância de sua higiene bucal para a saúde do bebê (40%). Perguntadas sobre as informações que receberam, três participantes responderam que foi sobre a importância de manter a escovação correta, após todas as refeições (15%). Outras mulheres citaram: a ocorrência de eventuais sangramentos gengivais (uma); eventuais reduções de cálcio no organismo (uma); e a transmissão de bactérias da microbiota bucal da mãe para o bebê (uma).

Na gravidez, os cuidados e o atendimento envolvem diversos procedimentos, como profilaxia, aplicação de flúor e remoção de irritações locais. As três principais alterações geralmente associadas à gravidez são: a gengivite gravídica, o tumor gravídico e a cárie dentária (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Conhecimento sobre pré-natal odontológico

Do total das respondentes, somente cinco delas (25%) já haviam ouvido falar em pré-natal odontológico. As restantes, 15 mulheres (75%), não conheciam ou não tinham ouvido falar nessa modalidade odontológica. Um estudo demonstrou que uma parte das gestantes apresenta um significativo conhecimento

quanto aos cuidados e hábitos relacionados à saúde bucal. Entretanto, mesmo assim, algumas atitudes devem ser modificadas e mais bem esclarecidas, especialmente enfatizando-se a importância da realização de um pré-natal obstétrico com a participação dos profissionais da área odontológica (PRAETZEL *et al.*, 2010).

Três respondentes afirmaram ter ouvido do médico gineco-obstetra que o tema é importante, e uma recebeu essa informação do agente de saúde. Além disso, a totalidade das mulheres que participou da pesquisa (100%) respondeu que o cirurgião-dentista é sua principal fonte de informações acerca de cuidados odontológicos.

No período da gravidez, ocorrem certas condições de saúde de maior complexidade que requerem a atuação de uma equipe multiprofissional, atuando junto com a mulher para promover e prevenir em favor da totalidade do estado de saúde (ARRAIS *et al.*, 2014; TONELLI *et al.*, 2016). Dessa forma, fica evidente que, para estas participantes, poucos profissionais não-odontólogos alertaram sobre a importância dos cuidados odontológicos no pré-natal. além disso, há uma lacuna em procedimentos multiprofissionais relacionados à prevenção da saúde bucal materna.

A respeito da percepção sobre saúde bucal da mãe e a gravidez, a maior parte das mulheres respondentes (75%) afirmaram acreditar que as doenças/infecções/inflamações da mãe podem ser passadas para o bebê. Cinco delas (25%) responderam que a condição bucal da mãe não influencia a gravidez. Pode-se, a partir desses percentuais, inferir que, mesmo não sabendo detalhar, ou desconhecendo as variáveis relacionadas

ao binômio gravidez x saúde bucal, as mulheres intuem a existência da relação entre saúde bucal da mãe e gravidez/bebê.

Construção das diretrizes para ações educativas

Conforme a análise das respostas levantadas pelas participantes do estudo e os resultados da pesquisa da autora principal sobre a educação em saúde bucal de gestantes, percebeu-se a necessidade de criar um Produto Técnico (Figura 2) que auxiliasse a equipe odontológica da instituição na qual as participantes do estudo se encontram enquanto estudantes. Tendo em vista que questões como a autopercepção, autonomia, desconstrução de mitos e atenção aos aspectos socioeconômicos se tornam fatores importantes para a produção de estratégias eficazes de acompanhamento ao pré-natal odontológico, justifica-se a importância da utilização desse produto.

Dessa forma, de acordo com as respostas das participantes do estudo, criou-se um Produto Técnico com oito Diretrizes para Ações Educativas em Saúde Bucal em um Contexto Educacional (Figura 3). Cabe salientar que o produto pode servir, eventualmente, de fonte de informações para profissionais de entidades similares.

Figura 2 - Diretrizes para Ações Educativas em Saúde Bucal em um Contexto Educacional.



Fonte: as autoras.

Figura 3 - Diretrizes para Ações Educativas em Saúde Bucal em um Contexto Educacional.

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MATERNO INFANTIL



IMAGENS



1ª DIRETRIZ - Uma grávida é, antes de tudo, ser humano e mulher. Deve ser compreendida em sua integralidade, e ela deve ser capaz de cuidar de sua saúde e a de seu bebê antes mesmo de engravidar. Isto requer não apenas um cuidado com a saúde bucal e a educação para a saúde da gestante; mas sim da mulher, em geral.



2ª DIRETRIZ - As mulheres deve-se apontar o caminho do protagonismo em saúde bucal. Gestantes ou não, são elas mesmas que devem praticar e promover cuidados com a saúde de sua boca. Para tanto, todos os setores da sociedade e comunidade devem promover debates e esclarecimentos em favor da saúde bucal.



3ª DIRETRIZ - Os profissionais de ginecologia\obstetrícia são os que as mulheres têm como referência, para orientá-las em todos os aspectos relacionados à sua gravidez. Ginecologistas e obstetras devem, portanto, encaminhar as mulheres para que procurem os profissionais de saúde bucal, de forma a assegurar os adequados cuidados com a saúde dos tecidos da boca e aparelho estomatognático, e a consequente saúde do nascituro.

4ª DIRETRIZ - Mitos relacionados aos tratamentos odontológicos resultam do desconhecimento. Tão logo iniciem o pré-natal, as mulheres devem ser encaminhadas ao dentista, para tratar eventuais problemas, e também para serem orientadas sobre saúde bucal, perdendo o medo e compreendendo sua importância para mãe e filhos.



5ª DIRETRIZ - Mulheres de baixa renda devem constituir o principal público-alvo de políticas e ações educativas em saúde bucal, sobretudo quando em gestação, em vista do fato de que constituem um público que vai menos ao dentista, mantendo-se, portanto, vulneráveis a problemas de saúde bucal.



6ª DIRETRIZ - Mulheres com maior número de filhos frequentam menos os consultórios odontológicos, em face de sua atribulação com maiores gastos com a prole, sobrando-lhes menos recursos e tempo para investir em sua própria saúde e bem-estar. Por isso, também devem estar no centro das atenções de políticas e programas de saúde bucal.

7ª DIRETRIZ - Um reduzido percentual de mulheres gestantes recebe orientações sobre a importância da saúde bucal para os bebês. É fundamental que o pré-natal

contemple, logo em seu início, as adequadas estratégias para disseminação de conhecimentos e tratamentos para a saúde bucal entre as mulheres, de forma a propiciar adequadas condições de desenvolvimento dos nascituros.



o

8ª DIRETRIZ - Durante a gestação, deve-se abordar pré-natal a partir de uma perspectiva interdisciplinar, que inclua a atenção e os cuidados de profissionais de diversas especialidades, com destaque para o profissional de Odontologia.

Fonte: as autoras.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou a realização de inferências sobre as características das informações que estudantes mães possuem sobre saúde bucal na gestação. Identificaram-se os pressupostos teóricos que relacionam a saúde bucal na gravidez com a educação e a autonomia dos indivíduos em favor da autopromoção da saúde. Por meio da aplicação de questionário, também foi possível apurar o nível de conhecimento de mães matriculadas nos diferentes cursos ofertados em uma instituição de ensino federal do interior do RS sobre a relação existente entre a saúde bucal da mãe e a saúde geral do bebê. Além disso, também por meio de questionário, tornou-se possível avaliar o perfil dessas mães quanto às informações sobre cuidados odontológicos realizados durante a gravidez.

Se, por um lado, na literatura existe uma relação entre grau de instrução e saúde bucal, na qual as mulheres com mais instrução vão mais ao dentista e, por isso, têm menos problemas de saúde bucal, neste estudo tal premissa não se confirmou. No entanto, deve-se levar em consideração o baixo número amostral, e o fato de se comparar mulheres em diferentes níveis educacionais, o que caracteriza de maneira relevante os perfis informacionais e cognitivos dos indivíduos. Importa destacar que a amostra utilizada para a realização do estudo obedeceu critérios de conveniência da pesquisadora, que não tem a pretensão de tornar generalizáveis os dados obtidos com o estudo.

As mulheres, mesmo apresentando um elevado padrão de conhecimento, estão sujeitas ao receio das consultas odontológicas. Isso pode acontecer, especialmente, pelo fato de que a maioria delas não recebe orientações sobre saúde bucal, sua importância e seus reflexos no desenvolvimento do nascituro.

A prática da educação em saúde bucal resulta na formação de consciência crítica e induz à materialização de ações e de cuidados em saúde bucal por parte das mulheres gestantes. Tendo o desenvolvimento de sua autonomia mediada, elas passam a desfrutar da liberdade e da capacidade de escolher cuidarem-se e buscar os cuidados, decisão que influencia na sua qualidade de vida e no desenvolvimento de seus bebês.

Observa-se que os profissionais de ginecologia são a principal referência das mulheres em gestação. Por isso, são esses profissionais os mais indicados para demonstrar às suas pacientes a importância da realização do exame pré-natal odontológico. Toda a equipe médica deve agir para ajudar as mulheres a desmistificarem as condições de ida ao dentista na gestação. Quanto mais breve tal medida for adotada com êxito, mais breve as mulheres tornar-se-ão conscientes e proativas em favor de sua saúde bucal.

Deve-se observar, ainda, que mulheres de famílias de baixa renda e com maior quantidade de filhos, são mais suscetíveis de manterem-se afastadas dos consultórios odontológicos, devendo, por isso, serem transformadas em objetos de ação específica de estimulação e educação pró saúde bucal na gestação ou fora dela.

Com isso, percebe-se que a construção de produtos técnicos que contem com o auxílio da pesquisa acadêmica e tragam resoluções para problemas apresentados pela comunidade, como é o caso do Produto criado nesta pesquisa, são de extrema importância para o desenvolvimento de relações proveitosas entre a comunidade e as instituições de ensino superior. Dessa forma, a comunidade, mesmo que pequena, como a instituição de ensino no qual esta pesquisa foi realizada, pode se

favorecer das ações que o desenvolvimento e incentivo a pesquisa proporciona.

Em vista disso, para sugestão de trabalhos complementares ao presente estudo, recomenda-se que o estudo seja repetido em âmbito municipal, incluindo mulheres que já estão fora de atividades acadêmicas, aumentando a amostra do estudo em favor de subsidiar políticas públicas de educação para saúde bucal.

REFERÊNCIAS

ARRAIS, A. R.; MOURÃO, M. A.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 251-264, 2014. Disponível em: lnq.com/0K91I. Acesso em: 15 jan. 2017.

BARRETO, D. M. et al. Avaliação da eficácia de uma atividade educativo-preventiva com pré-escolares: estudo piloto de um ensaio clínico randomizado. **Arquivos em Odontologia**, v. 49, n. 3, p. 113-121, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquiosemodontologia/article/view/3633/2397>. Acesso em: 18 jan. 2017.

BASTOS, R. D. S. et al. Desmistificando o atendimento odontológico à gestante. **Revista Bahiana de Odontologia**, v. 5, n. 2, p. 104-116, 2014. Disponível em: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:r1W_uJMgTScJ:https://www5.bahiana.edu.br/index.php/odontologia/article/view/272/318+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em: 15 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm. Acesso em: 15 mar. 2017.

CHAVES, S. C. L. et al. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3115-3124, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zkfxmj8BjplRFYzntgHDmTK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 mar. 2017.

DOMINGOS, P. A.; ROSSATO, E. M.; BELLINI, A. Levantamento do perfil social, demográfico e econômico de pacientes atendidos na Clínica de Odontologia do Centro Universitário de Araraquara - UNIARA. **Revista Uniara**, v. 17, n. 1, p. 37-50, 2014. Disponível em: <https://revistarebram.com/index.php/revistauniara/article/view/3>. Acesso em: 12 mar. 2017.

EMERIM, J. S. et al. Perfil dos pacientes atendidos na Bebê Clínica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul entre os anos de 2006 e 2011. **Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 18, n. 2, p. 93-100, jul./dez. 2012. Disponível em: <https://revistas2.uepg.br/index.php/biologica/article/view/4709/3341>. Acesso em: 14 mar. 2017

FADEL, C. B.; SALIBA, N. A. Aspectos sócio-dentais e de representação social da cárie dentária no contexto materno-infantil. **RGO** [Internet], v. 57, n. 3, p. 295-301, 2009. Disponível em: <http://www.revistargo.com.br/include/getdoc.php?id=3951&article=1195&mode=pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

FINKLER, M.; OLEINISKI, D. M. B.; RAMOS, F. R. S. Saúde bucal materno-infantil: um estudo de representações sociais com gestantes. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 360-368, jul./set. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/rV6zNSdZPKbV4KjR-xb3kPvz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2017.

HARTNETT, E. et al. Oral Health in Pregnancy. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 45, p. 565-573, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27281467/>. Acesso em: 17 mar. 2017.

MASSONI, A. C. L. T. et al. Saúde bucal infantil: conhecimento e interesse de pais e responsáveis. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 10, n. 2, p. 257-264, 2010. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/94256/mod_resource/content/1/artigo%20trauma%202.pdf. Acesso em: 15 jan. 2017.

MOREIRA, M. R. et al. Pré-natal odontológico: noções de interesse. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 6, n. 1, p. 77-85, 2015. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/234/Pre-natal%20odontologico>. Acesso em: 10 mar. 2017.

OLIVEIRA, E. C. et al. Atendimento odontológico a gestantes: a importância do conhecimento da saúde bucal. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde** [Internet], v. 4, n. 1, p. 11-23, 2014. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/iniciacaoocientifica/article/view/1550/1210>. Acesso em: 16 ago. 2016.

PALMIER, A. C. et al. Indicadores socioeconômicos e serviços odontológicos em uma região brasileira. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 32, n. 1, p. 22-29, 2012. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9297>. Acesso em: 10 mar. 2017.

PRAETZEL, J. R. et al. Percepção materna sobre atenção odontológica e fonoaudiológica na gravidez. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 58, n. 2, p. 155-160, 2010. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rgo/v58n2/a02v58n2.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2017.

RANK, R. C. I. C. et al. Perfil da saúde bucal de crianças de 0 a 5 anos que receberam atendimento odontológico de 1999 a 2010. **Cereus** [Internet], v. 6, n. 3, p. 125-144, 2014. Disponível em: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/index>. Acesso em: 10 mar. 2017.

RIGO, L.; DALAZEN, J.; GARBIN, R. R. Impacto da orientação odontológica para mães durante a gestação em relação à saúde bucal dos filhos. **Einstein**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 219-225, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/G3gHgcpnFhNf8KTsXYSqzBR/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 16 fev. 2017

TONELLI, S. Q.; *et al.* Avaliação do impacto de fatores socioeconômicos e acesso aos serviços de saúde bucal na prevalência de cárie dentária em crianças. **Revista da Faculdade de Odontologia – UPF**, v. 21, n. 2, p. 172-177, 2016. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/5782/4028>. Acesso em: 10 mar. 2017.

6. SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE INSERÇÃO ESCOLAR DE BEBÊS

Viviane Ramos da Silva, Luciane Najar Smeha,
Ana Cristina Garcia Dias, Regina Gema Santini Costenaro,
Josiane Lieberknecht Wathier Abaid

RESUMO

O cuidado com os processos de adaptação escolar proporciona desenvolvimento integral e sadio dos bebês. Objetivo: construir protocolo de acolhimento para sistematização de informações e auxílio no manejo dos profissionais e folder informativo sobre adaptação escolar de bebês. Método: os produtos foram construídos partindo de revisão bibliográfica e dos resultados da pesquisa de inserção ecológica, envolvendo 9 mães e 2 educadoras em um Centro de Educação Infantil no interior do Estado do Rio Grande do Sul. Resultados: as estratégias de prevenção podem ser incorporadas pelas instituições de ensino na elaboração do plano pedagógico, promovendo integração das famílias, facilitando a transição do sistema familiar para o escolar. Organizou-se o protocolo do processo de inserção e folder informativo: “Dúvidas sobre adaptação escolar de bebês”. Conclusão: a escola é um sistema de ampla abrangência ideal para desenvolvimento de trabalho preventivo, promovendo o bem-estar materno, melhora na qualidade das relações afetivas e do desenvolvimento global dos bebês.

Palavras-chave: bem-estar, desenvolvimento infantil, família, escola.

INTRODUÇÃO

A sociedade tem passado por transformações socioeconômicas e culturais significativas, que vêm provocando a incorporação, cada vez mais frequente, da mulher ao mercado de trabalho. Ligadas a essas transformações, alterações na organização familiar têm ocorrido. Dentre elas, destaca-se a diminuição no número de seus componentes; o maior distanciamento físico e psicológico entre os membros da família extensa e o crescente número de famílias lideradas por uma pessoa (pai/mãe solteiro ou pais separados). A saída da mulher/mãe para trabalhar fora, associada à menor rede de apoio, tem induzido a família a procurar soluções alternativas e complementares ao cuidado e à educação dos filhos, tanto no ambiente doméstico, como em instituições (AMORIM; ANJOS; ROSSETTI-FERREIRA, 2012).

As escolas de educação infantil ou instituições similares, vêm buscando melhorar o atendimento aos bebês e crianças. O cuidado prestado aos bebês demanda uma boa organização do tempo e planejamento para atender a diversidade no grupo. Sua dependência exige atenção permanente à segurança; preparo e disponibilidade da equipe; o número adequado de adultos por bebês; espaços pedagógicos, materiais e ações educativas que contribuam para promoção do seu desenvolvimento. Segundo Zucoloto (2011), só a reflexão constante sobre a prática pedagógica e as estratégias utilizadas podem auxiliar o educador a compreender como e quando intervir. Desse modo, adotar essa postura exige analisar momento a momento o comportamento da criança e as pedagogias da educação infantil.

O estabelecimento do vínculo com o cuidador é fundamental para que o bebê permaneça no ambiente escolar e também, possa se voltar às atividades e descobertas que favoreçam a sua inserção no mundo social. Nesse sentido, Schneider e Ramires (2011) recordam que determinadas relações podem mudar o estilo de apego e que sua constituição não depende somente da mãe, mas dos pais, de todo sistema familiar, dos cuidadores e das relações de amizade.

Entender como os processos de adaptação ocorrem e quais as suas principais características no contexto da instituição é fundamental. Uma das propostas para atingir a convergência entre os dois sistemas é a coerência entre as práticas educativas dos sistemas escolar e familiar. É possível criar entre família e escola um espaço de acolhimento, de ajuda, de aprendizado mútuo de estratégias produtivas e eficazes no desenvolvimento e na educação das crianças (WAGNER, 2011).

Por se chegar ao desenvolvimento satisfatório, especialmente aos bebês que se encontram em vulnerabilidade, buscam-se estratégias de fortalecimento das famílias e de integração com a escola. Entende-se como necessário desenvolver e aprimorar potencialidades para alcançar características pessoais de bem-estar a curto prazo. Esse é o foco principal na promoção de saúde, por meio de intervenções específicas e treinamentos, o que revela que o bem-estar é uma construção, que pode ser alcançado e constantemente incentivado. O desafio, a longo prazo, consiste em criar estratégias, de forma que, não só as pessoas, mas também instituições e países possam florescer, melhorando a qualidade de vida e bem-estar de todos (SCORSOLINI-COMIN *et al.*, 2013; SELIGMAN, 2011).

OBJETIVO

Com este trabalho, objetivou-se construir protocolo de acolhimento para sistematização de informações e auxílio no manejo dos profissionais e folder informativo sobre adaptação escolar de bebês.

MÉTODO

Os produtos foram construídos com base na revisão de literatura e nos resultados da pesquisa de delineamento transversal. Adotou-se abordagem quanti e qualitativa, e foi realizada em um Centro de Educação Infantil do município de Santa Maria/RS.

Participaram do estudo duas educadoras e nove mães que iniciaram processo de adaptação de seus bebês no ano de 2016. Realizou-se entrevista individual com cada participante, com base em questões norteadoras, possibilitando a interação entre pesquisadora e entrevistadas, favorecendo a contextualização de experiências. Foram aplicados também os instrumentos: Inventário Beck de Depressão II – BDI (GORENSTEIN *et al.*, 2011), da Escala de Satisfação de Vida (GORENSTEIN; WANG; HUNGERBÜHLER, 2016), Bateria Fatorial de Personalidade – BFP (NUNES; HUTZ; NUNES, 2013).

Com a revisão sistemática de literatura, buscaram-se evidências quanto às relações entre o bem-estar subjetivo das mães e as variações de desenvolvimento infantil. Ocorreu em setembro de 2016, nas bases de dados eletrônicas: Scopus, Science Direct e Portal de Periódicos Capes, nas quais foram selecionados 15 artigos publicados entre os anos de 2011 e 2016.

A coleta de dados teve início em março de 2016, após aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE N°

54913916.6.0000.5306. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e a investigação foi conduzida de acordo com as recomendações éticas de pesquisas com seres humanos (Conselho Nacional de Saúde – Resolução N° 466/2012).

A realização da pesquisa utilizou o método da Inserção Ecológica, que consiste em inserir o pesquisador no ambiente natural onde se dá a pesquisa. Isso para estabelecer processos proximais com os respondentes e familiarização com o contexto (PRATI *et al.* 2008).

Após a coleta dos dados, percebeu-se como necessário investir em informação e organização metodológica sistemática, estratégias estas de colaboração com a melhoria do processo de inserção de bebês no sistema escolar. Na criação dos produtos idealizados, utilizou-se um diagrama teórico, composto por sete (7) etapas, desenvolvido a partir da disciplina de Tecnologias Inovadoras e Empreendedorismo em Enfermagem/Saúde, do Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil da Universidade Franciscana.

RESULTADOS

ETAPA 1: IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

O período de transição da convivência com o núcleo familiar para o coletivo, que caracteriza a Inserção Ecológica, merece atenção especial e deve ser considerado durante a elaboração e implementação da proposta pedagógica. Para Vitória e Rossetti-Ferreira (1993), a sistematização do trabalho pode facilitar os processos de adaptação, evitar sofrimento desnecessário da criança, de seus pais e dos próprios educadores. Isso contribui

para uma melhor qualidade do atendimento como um todo, pois a atenção e o cuidado em tal situação repercutem em todas as experiências da criança.

Entretanto, questiona-se: uma metodologia de acolhimento, que visa ao aumento de bem-estar materno, por meio da acolhida familiar poderá facilitar o processo de inserção escolar de bebês?

A proposta prevê sistematização de informações sobre o processo de inserção escolar para criar ferramentas metodológica para auxiliar na transição ecológica das crianças de 12 a 24 meses, na Educação Infantil, com base na Bioecologia do Desenvolvimento Humano e na Psicologia Positiva, visando oferecer informação e acolhimento familiar. Ao considerar as evidências científicas e as características do grupo em estudo, espera-se minimizar os efeitos negativos que uma adaptação inapropriada pode causar ao desenvolvimento psicossocial saudável.

ETAPA 2: ANÁLISE JUSTIFICADA DO PROBLEMA COM A EQUIPE ENVOLVIDA

A escola tem papel fundamental como geradora de eventos positivos, negativos ou estressantes na vida da criança. Ela pode ser a potencializadora do risco ou protetora e promotora de resiliência infantil (GIACOMONI; SOUZA; HUTZ, 2016). Por isso, é fundamental planejar e, até mesmo, sistematizar a metodologia específica de acolhimento aos bebês e respectivas famílias, visando a promover desenvolvimento afetivo e cognitivo satisfatórios (VITÓRIA; ROSSETTI-FERREIRA, 1993).

Estudos comprovam que a presença de um dos pais na instituição durante o período de adaptação da criança, tende a tornar o evento menos traumático, por servir como suporte emocional. Ressaltam a importância de a figura afetiva não estar fragilizada emocionalmente nesse momento, pois, isso pode prejudicar a adaptação do bebê. Nesse sentido, é muito importante considerar todos os envolvidos no momento da adaptação: o bebê, a mãe, o pai e os educadores (BOSSI *et al.* 2014).

ETAPA 3: PESQUISA JUNTO À COMUNIDADE ESCOLAR E NA LITERATURA NACIONAL E INTERNACIONAL

A revisão bibliográfica, com finalidade de buscar dados nacionais e internacionais de produção científica foi realizada em bases de dados eletrônicos: Scopus, Science Direct e Portal de Periódicos Capes. Nas bases Scopus e Science Direct, utilizaram-se termos extraídos do Medical Subject Headings (MeSH)/ Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a partir do qual foi gerada a combinação dos termos: “mother” e “well-being”. Nas buscas realizadas na Base Scopus, consideraram-se apenas os artigos da área da Psicologia; na Base Science Direct, consideraram-se os artigos publicados entre 2011 e 20/10/2016 em revistas de Neurociência, Psicologia e Ciências Sociais, contemplando os tópicos: “child”, “parent”, “health”. Do Portal de Periódicos CAPES, consideraram-se os artigos publicados entre 01/07/2011 e 01/07/2016, contemplando os tópicos: “saúde mental”, “bem-estar”, “desenvolvimento infantil” e “relação mãe-bebê”.

O impacto da saúde materna sobre a inserção escolar de bebês foi pesquisado também, em campo escolar, mediante uso de instrumentos quantitativos (Inventário Beck de Depressão II

(BDI); da Escala de Satisfação de Vida; Bateria Fatorial de Personalidade (BFP)) e qualitativo (entrevistas semiestruturadas, para conhecer como se dá a inserção de bebês ao sistema de ensino).

DISCUSSÃO

Na análise de publicações, buscaram-se as relações entre bem-estar subjetivo das mães e variações no desenvolvimento infantil. A importância dos dois primeiros anos da vida e da qualidade das interações como influenciadoras no desenvolvimento humano durante esse período é consenso na literatura. Estudos indicam que o bem-estar psicológico materno pré e pós-natal tem consequências sobre o desenvolvimento infantil. Distúrbios de humor, como depressão, ansiedade e isolamento social, têm efeitos diretos sobre a relação mãe-bebê e estão associados a atrasos no desenvolvimento infantil (BROPHY-HERB *et al.*, 2013; KARABEKIROGLU *et al.*, 2013; PIHLAKOSKI *et al.*, 2013; FRANKEL *et al.*, 2014; LAUKKANEN *et al.*, 2014).

A produção científica indicou correlação significativa entre os múltiplos padrões de bem-estar materno e comportamentos positivos das crianças. Mães com avaliação mais positiva de vida, maior nível de educação e acesso a redes de apoio, estimulam melhor seus filhos que tendem a desenvolver melhor as habilidades e bem-estar subjetivo em idade escolar (BERGER; CANCIAN; MEYER, 2012; PARKES; SWEETING; WIGHT, 2016).

Os resultados quantitativos do estudo empírico realizado em um Centro de Educação Infantil (CEI) do interior do Rio Grande do Sul, indicam correlação inversa entre satisfação de vida e depressão. A satisfação de vida se manteve estável ao longo do tempo, enquanto os níveis de depressão oscilaram. Hou-

ve indicativos de que o bem-estar é resultado de uma avaliação cognitiva e afetiva, constructos distintos no que diz respeito à estabilidade e variabilidade ao longo do tempo. Os dados apresentam correlações entre abertura às experiências, traços de personalidade e satisfação de vida. As mães com maiores níveis de satisfação de vida apresentaram níveis mais altos de abertura para experimentar e avaliaram seus bebês como mais bem adaptados.

Em relação à análise das entrevistas, observou-se no discurso das mães que já ter experiências prévias em processos de inserção escolar ou rede de apoio no auxílio dos cuidados com os bebês apresentou menos dificuldades e ofereceu condições e suporte afetivo aos bebês no enfrentamento do processo. Diante dos achados nos estudos, reconheceu-se a necessidade de construir instrumentos metodológicos com base nas evidências científicas e nas demandas oriundas do levantamento junto à comunidade escolar.

ETAPA 4: DISCUSSÃO DE ESTRATÉGIAS COLETIVAS PARA A RESOLUÇÃO DO PROBLEMA

A tecnologia de cuidado emergiu como apoio na adaptação de bebês ao sistema escolar. A proposta consiste em criar ferramentas de auxílio na sistematização da inserção escolar, e está associada à tecnologia metodológica (diagrama), adotada pela disciplina de Tecnologias Inovadoras e Empreendedorismo em Enfermagem e Saúde (BACKES; ZAMBERLAN, 2015).

Com base em evidências científicas a respeito do bem-estar materno no desenvolvimento infantil e também na pesquisa realizada em um CEI do interior do Estado do Rio Grande do

Sul, optou-se pela construção de protocolo para sistematizar o processo de Inserção Escolar de Bebês e de fôlder informativo com os resultados da pesquisa com linguagem simples para ser distribuído na escola.

Nesse sentido, recorda-se o proposto por Bronfenbrenner (2011) sobre os contextos de desenvolvimento humano, que não se limitam apenas a um ambiente único e imediato, mas como uma organização de estruturas concêntricas, se influenciam mutuamente e afetam o desenvolvimento da pessoa. Desse modo, sugere-se como intervenções a criação de grupo de acolhimento às famílias, a divulgação da proposta de ensino e a entrega de material informativo para diminuir a ansiedade e facilitar a inserção escolar de bebês.

ETAPA 5: IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO/TECNOLOGIA

Criados os produtos metodológicos, o material ficará disponível aos profissionais da escola e às famílias, como sugestão de aplicação nas inserções escolares futuras a partir de 2018.

ETAPA 6: AVALIAÇÃO GERAL DO PROCESSO/TECNOLOGIA

O protocolo de sistematização e o material informativo, são ferramentas que devem auxiliar os profissionais na etapa de inserção escolar de bebês. Contudo, a sistematização proposta não representa um modelo fechado, mas um apoio, uma forma organizada, podendo ser adaptada, caso os envolvidos necessitem.

A sistematização prevê estratégia de acolhimento às famílias durante o processo de adaptação, incluindo a criação de entrevista e grupo de apoio para troca de experiências. Isso foi projetado com base nas entrevistas realizadas, quando se percebeu que as mães com experiências anteriores de adaptação escolar enfrentavam melhor o processo.

As ferramentas, construídas com base em evidências científicas e na pesquisa empírica, passaram por validação ecológica e receberam aprovação para utilização no processo de inserção da turma de bebês que deverão ingressar em 2018. A sugestão de divulgação dos resultados das pesquisas aos demais educadores da instituição foi aceita e será efetivada em momento oportuno, de acordo com calendário escolar.

ETAPA 7: ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO FINAL DO PROCESSO

O protocolo de sistematização da metodologia de inserção escolar dos bebês e o material informativo, para distribuição às famílias, foram construídos a partir das evidências científicas reunidas na revisão sistemática de estudos empíricos e no estudo realizado com mães e educadoras, em um Centro de Educação Infantil do interior do Rio Grande do Sul. Para isso, utilizou-se a Inserção Ecológica, a fim de reconhecer as realidades e demandas emergentes do grupo em estudo.

A construção dos instrumentos visou intervir na educação básica interligando pesquisa e intervenção, para contribuir com as demandas advindas da educação em outros níveis. Considerou-se a agenda de pesquisas nacionais, já que ela a promoção

de atenção integral à saúde da mulher e da criança e também, porque implementa a Rede Cegonha, com especial atenção às áreas e populações de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2011).

CONCLUSÃO

Considerando-se a abrangência do sistema escolar e a possibilidade de atingir um maior número de famílias, reafirma-se a importância da criação de estratégias de prevenção conjuntas entre saúde e educação. O uso de tecnologias pode auxiliar nas práticas educacionais, diminuindo os riscos de adaptações inapropriadas e evitando possíveis danos no decorrer da vida escolar da criança. Em se tratando de bebês ou crianças bem pequenas, as intervenções devem ser ampliadas, atingindo todo sistema familiar.

Promover o bem-estar materno no sistema de ensino, implica acreditar em uma educação na qual as pessoas participem ativamente, baseada nas relações, na cooperação, na colaboração e na comunicação que favoreça a interação entre educadores, famílias e crianças. Isso porque a escola é um lugar onde as relações acontecem.

Ressalta-se que implicações da saúde materna sobre o desenvolvimento do bebê têm sido objeto de estudo nos últimos anos, mas com enfoque voltado para as doenças. É necessário reunir os mesmos esforços para o estudo do outro lado do funcionamento humano, compreendendo as virtudes, forças pessoais, habilidades promovidas nos contextos de resiliência, capazes de auxiliar no desenvolvimento de potencialidades e aumento do bem-estar subjetivo.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, K. DE S.; ANJOS, A. M. DOS; ROSSETTI-FERREIRA, M. C. Processos interativos de bebês em creche. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 25, n. 2, p. 378–389, 2012.
- BACKES, D., ZAMBERLAN, C. Construção e validação de tecnologia metodológica intervencionista em saúde. **Tecnologia metodológica discutida e validada no grupo de pesquisa**. Santa Maria (RS): Gepeses, 2015.
- BERGER, L. M.; CANCIAN, M.; MEYER, D. R. Maternal re-partnering and new-partner fertility: Associations with nonresident father investments in children. **Children and Youth Services Review**, v. 34, n. 2, p. 426–436, 2012.
- BOSSI, T. J. *et al.* Adaptação à creche e o processo de separação-individuação: reações dos bebês e sentimentos parentais. **Psico**, v. 45, n. 2, p. 250, 2014.
- BRONFENBRENNER, U. **Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos**. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- BROPHY-HERB, H. E. *et al.* Profiles of low-income maternal well-being and family climate: relations to toddler boys' and girls' behaviors. **Family Relations**, v. 62, n. 2, p. 326–340, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Pesquisas estratégicas para o sistema de saúde – PESS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- FRANKEL, K. A. *et al.* Toddler socioemotional behavior in a northern plains indian tribe: Associations with maternal psychosocial well-being. **Infant Mental Health Journal**, v. 35, n. 1, p. 10–20, 2014.
- GIACOMONI, C. H.; SOUZA, L. K.; HUTZ, C. S. Eventos de vida positivos e negativos em crianças. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 4, p. 1421–1435, 2016.
- GORENSTEIN, C. *et al.* **Inventário Beck de depressão-II. Manual**. 1. ed., São Paulo/SP: Casa do Psicólogo, 2011.

GORENSTEIN, C.; WANG, Y. P.; HUNGERBÜHLER, I. (ORG.) . **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Porto Alegre/RS: Artmed, 2016.

KARABEKIROGLU, K. *et al.* A nationwide study of social-emotional problems in young children in Turkey. **Infant Behavior & Development**, v. 36, p. 162-170, 2013.

LAUKKANEN, J. *et al.* Child's difficult temperament and mothers' parenting styles. **Journal of Child and Family Studies**, 2014.

NUNES, C. H.; HUTZ, C. S.; NUNES, M. F. O. **Bateria Fatorial de Personalidade BFP. Manual**. 2. ed. São Paulo/SP: Casa do Psicólogo, 2013.

PARKES, A.; SWEETING, H.; WIGHT, D. What shapes 7-year-olds' subjective well-being? Prospective analysis of early childhood and parenting using the Growing Up in Scotland study. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 51, n. 10, p. 1417-1428, 2016.

PIHLAKOSKI, L. *et al.* Do antenatal and postnatal parental psychological distress, and recognized need of help predict preadolescent's psychiatric symptoms? the finnish family competence cohort study. **Child Psychiatry and Human Development**, v. 44, p. 305-319, 2013.

PRATI, L. E. *et al.* Revisando a inserção ecológica: uma proposta de sistematização. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21, n. 1, p. 160-169, 2008.

SCHNEIDER, M. S.; RAMIRES, V. R. R. As especificidades do padrão de apego de meninos: estudo de casos múltiplos. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, v. 21, n. 2, p. 296-306, 2011.

WAGNER, A. (Org.). **Desafios psicossociais da família contemporânea: pesquisas e reflexões**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SCORSOLINI-COMIN, F. *et al.* From authentic happiness to well-being: the flourishing of Positive Psychology. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 26, n. 4, p. 663-670, 2013.

SELIGMAN, M. E. **Florescer**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.

VITÓRIA, T.; ROSSETTI-FERREIRA, M. C. Processos de adaptação na creche. **Cad. Pesq.**, v. 86, p. 55-64, 1993.

ZUCOLOTO, K. A. **Educação infantil em creches - uma experiência com a escala ITERS-R**. São Paulo: Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo, 14 out. 2011.

APÊNDICE A

Fôlder informativo sobre adaptação escolar de bebês

DÚVIDAS SOBRE ADAPTAÇÃO ESCOLAR DE BEBÊS¹



reconhecer a entrada na escola como positiva, promotora do crescimento e do amadurecimento, geradora de autonomia e socializadora, melhora a qualidade do processo de adaptação.

Dicas que podem auxiliar no processo de adaptação:

Preparação para escola

Não esqueça que o bebê é parte interessada no processo de transição família-escola, portanto deve participar de todas etapas. Converse com ele sobre a escola, fale sobre o que ela pode oferecer, planeje a rotina diária e até prepare o material, isso fará com que a criança se sinta participante e perceba que está sendo cuidada.

Conhecer para confiar

Para que a família estabeleça uma relação de confiança com a escola é necessário que haja troca de informações. Aproveite as oportunidades para conversar com os professores e esclarecer as dúvidas sempre que necessário.

O que é adaptação?

A adaptação de bebês é o período em que família e escola trocam informações e procuram estabelecer novas relações. Nesta fase os bebês começam a se familiarizar com o ambiente coletivo e com regras diferentes das já conhecidas, de casa; são estimulados a participar de atividades diferentes e passam a conviver com adultos e outros bebês, inicialmente estranhos.

Por que alguns bebês se adaptam mais rápido e outros demoram mais tempo?

Não existe um tempo determinado para essa transição. O período de adaptação, geralmente, é de uma ou duas semanas, mas, alguns bebês necessitam de mais tempo. Ela também dependerá da forma como o processo é conduzido, do temperamento das crianças e das expectativas da família em relação à escola.

Que comportamentos dos bebês são mais comuns no período de adaptação?

O choro, no momento da separação dos pais, é recorrente e expressa o desconforto no enfrentamento do

desconhecido. Entretanto, embora seja uma reação comum, há bebês que não reagem assim. Nesse caso deve-se observar se eles apresentam alterações no sono, alimentação e interação com as pessoas. A ausência de choro, por si só, não é garantia de que a criança esteja adaptada e, cabe à família e à escola ter atenção aos sinais apresentados por ela.

Quais são os sentimentos maternos relativos à inserção escolar?

É comum a mãe vivenciar a insegurança quanto aos cuidados dispensados ao bebê e, sentimentos ambivalentes, por reconhecer a importância da escola para o desenvolvimento do filho e o temor de que as suas necessidades não sejam atendidas. Mas, essa sensação deve diminuir à medida que a família estabelece relação de confiança com a escola. Um estudo realizado em um CEI do interior do RS, mostrou que saber que a escola oferece ambiente seguro e acolhedor, que o bebê é assistido em suas necessidades e recebendo cuidado e carinho, diminui a ansiedade autopercebida da mãe. Assim,

Administrando as emoções no momento da entrega

O adulto sente a separação e esse é um desafio a ser superado, pois o bebê percebe o estado de estresse e também se agita. Procure manter a tranquilidade e transmita segurança para o bebê. Essa ainda é a melhor postura. Entretanto, caso a mãe não se sinta segura para realizar esta tarefa é preferível que outra pessoa a faça.

Disponibilidade na adaptação

Nesta fase é necessário que a mãe, o pai ou outro cuidador esteja por perto para oferecer o colo, para que essa não seja uma experiência sofrida. Afastar-se do bebê enquanto ele estiver distraído pode ser interpretado como abandono, então, o melhor é despedir-se e esclarecer que virá buscá-lo. Por mais difícil e doloroso que seja para ambos, construir uma relação pautada na confiança é sempre melhor.

Cuide dos detalhes da adaptação

Para que o bebê se adapte é necessário o estabelecimento de uma relação de

confiança com as professoras, auxiliará para que ele se sinta instigado a explorar o ambiente e experimentar. Estimule o bebê a realizar tarefas que promovam sua autonomia como, por exemplo: entrar na escola caminhando ou carregar seu próprio material (quando já o faz).

CENTRO UNIVERSITÁRIO
FRANCISCANO



Mestrado Profissional
SAÚDE MATERNO INFANTIL

¹ Texto desenvolvido a partir da dissertação de mestrado de Viviane Ramos da Silva intitulado "Bem-estar materno e processos de inserção escolar de bebês: uma proposta de sistematização" (2017), orientada pela prof.^a Dr.^a Josiane Lieberknecht Wathier Abald.

APÊNDICE B

Protocolo de acolhimento



Protocolo de Sistematização da Inserção Escolar de Bebês¹

Etapa 1: Matrículas

- ✓ Ao receber as famílias, durante período de matrículas, apresentar a instituição e esclarecer dúvidas quanto aos serviços oferecidos;
- ✓ Auxiliar no preenchimento da ficha de matrícula;
- ✓ Convidar as famílias para reunião geral realizada todo início de ano letivo.

Etapa 2: Reunião com as Famílias

- ✓ Apresentar a Proposta Pedagógica e combinar rotinas;
- ✓ Agendar entrevistas com as famílias.

Etapa 3: Entrevistas

- ✓ Levantar informações sobre a escolha da escola e as expectativas em relação a ela;
- ✓ Revisar, com a família, as informações da ficha de matrícula;
- ✓ Conhecer particularidades sobre desenvolvimento do bebê: brincadeiras preferidas, grupo de convivência diária, tempo que os pais dedicam aos cuidados e lazer, experiências anteriores de cuidados alternativos;
- ✓ Solicitar avaliação do familiar em relação ao temperamento do bebê;
- ✓ Investigar postura dos adultos diante de comportamentos do bebê em situações específicas, como: afastamento da mãe, disputa por brinquedo, comportamentos que ofereçam risco e desafios;
- ✓ Averiguar qual é a expectativa da família, quanto ao processo de adaptação;
- ✓ Escolher o horário de início da adaptação para a primeira semana do processo;
- ✓ Conscientizar a família sobre a importância da sua permanência na instituição durante o período de adaptação;
- ✓ Oferecer grupo de apoio e troca de experiências às famílias em adaptação no mesmo horário da adaptação dos bebês.

Etapa 4: Período de adaptação

- ✓ Organizar as turmas dos bebês divididas em três (3) grupos de oito (8), com tempo de adaptação não superior a uma hora;
- ✓ Promover acolhida às famílias no grupo de apoio, proporcionar troca de experiências e integração família-escola;
- ✓ Avaliar o processo de adaptação junto às famílias e traçar etapas subsequentes. Quando os bebês conseguirem administrar o afastamento temporário e estabelecer relação de confiança com as educadoras, será possível ampliar seu tempo de permanência na instituição.

¹ Texto desenvolvido a partir da dissertação de mestrado de Viviane Ramos da Silva intitulada "Bem-estar materno e processos de inserção escolar de bebês: uma proposta de sistematização" (2017), orientada pela prof.ª Dr.ª Juliana Liebenowicz Walter Abaid.

CONSELHO EDITORIAL

Astrid Viviana Robayo Tellez

Facultad de Enfermería y Rehabilitación.

Universidad de La Sabana.

Enfermera, especialista en epidemiologia, especialista em bioética, magister em bioética. Professora de pregrado y postgrados de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de La Sabana. E-mail: astrid.robayo@unisabana.edu.co

Margarida Reis Santos

Doutora em Ciências de Enfermagem pela Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Investigadora no CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Coordenadora do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESEP).

E-mail: mrs@esenf.pt

Rosa Moreira

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Doutora em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa. Professora Adjunta da Unidade Científico Pedagógica de Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Investigadora da UICISA:E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. E-mail: rosa@esenfc.pt

PARECERISTAS SOBRE OS CAPÍTULOS

Camila Biazus Dalcin

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Doutora em Community Education na University of Dundee, Escócia. Professora da Escola de Ciências da Saúde, University Dundee. Email: cdalcin001@dundee.ac.uk

Saul Ferraz

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande. Integrante do Grupo de estudos e Pesquisa em Gerenciamento Ecológico em Enfermagem/Saúde. Email: saul.ferraz@hotmail.com

Jerônimo Costa Branco

Fisioterapeuta. Pós-doutorado pela Universidade Católica de Pelotas (UCPel). Professor do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Cesuca. E-mail: jeronimobranco@gmail.com

Nathalie Ribeiro Artigas

Fisioterapeuta. Doutora em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Fisioterapeuta da Longevitá Reabilitação Funcional Ltda. E-mail: nathalie.artigas@gmail.com

Patrícia Xavier Hommerding Frasson

Fisioterapeuta. Pós-doutorado em Biociências pelo PNPd/CA-PES (UNIRIO). Professora do Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro. E-mail: patixh@yahoo.com.br

Simone Zeni Strassburger

Fisioterapeuta. Doutorado em Saúde da Criança pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Professora do Departamento de Ciências da Vida da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Coordenadora do Curso de Fisioterapia e do Curso Tecnólogo de Estética e Cosmética da Unijuí. E-mail: simone.s@unijui.edu.br





Mestrado Profissional
SAÚDE MATERNO INFANTIL
Universidade Franciscana

