



Série

**Estudos e Inovações  
em Enfermagem**

Volume 7

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

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



**Organização**

Profa. Dra. Leila Zanatta

Profa. Dra. Carine Vendruscolo

Profa. Dra. Rosana Amora Ascari

## **UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC**

### **Reitor**

José Fernando Fragalli

### **Vice-Reitora**

Clerilei Aparecida Bier

### **Pró-Reitor de Administração**

Pedro Girardello da Costa

### **Pró-Reitor de Planejamento**

Gustavo Pinto de Araújo

### **Pró-Reitora de Ensino**

Julice Dias

### **Pró-Reitor de Extensão, Cultura e Comunidade**

Rodrigo Figueiredo Terezo

### **Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação**

Sérgio Henrique Pezzin

## **EDITORA UDESC - CONSELHO EDITORIAL**

Presidente

Luiza da Silva Kleinubing

Secretário

Marcelo Gomes Cardoso

### **CAV**

Veraldo Liesenberg (Titular)

Roseli Lopes da Costa Bortoluzzi (Suplente)

### **CCT**

Gilmario Barbosa Dos Santos (Titular)

Regina Helena Munhoz (Suplente)

### **CEAD**

Carmen Maria Cipriani Pandini (Titular)

Tania Regina da Rocha Unglaub (Suplente)

### **CEART**

Giselle Schmidt Alves Diaz Merino (Titular)

Milton de Andrade Leal Junior (Suplente)

### **CEAVI**

Rogério Simões (Titular)

Iraci Leitzke (Suplente)

### **CEFID**

Caroline Ruschel (Titular)

Carla Garcia Hostalacio Barros (Suplente)

### **CEO**

Denise Antunes de Azambuja Zocche (Titular)

Rosana Amora Ascari (Suplente)

### **CEPLAN**

Delcio Pereira (Titular)

Fernanda Hansch Beuren (Suplente)

### **CERES**

Danielle Rocha Benicio (Titular)

Carolina Stolf Silveira (Suplente)

### **CESFI**

Luiz Filipe Goldfeder Reinecke (Titular)

Alexandre Magno de Paula Dias (Suplente)

### **ESAG**

Leonardo Secchi (Titular)

Fabiano Maury Raupp (Suplente)

### **FAED**

Fernando Coelho (Titular)

Luciana Rossato (Suplente)

## **EDITORA UDESC**

Fone: (48) 3664-8100

E-mail: [editora@udesc.br](mailto:editora@udesc.br)

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

Série  
**Estudos e Inovações  
em Enfermagem**  
Volume 7

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

CONTRIBUIÇÕES TÉCNICO-CIENTÍFICAS  
PARA A GESTÃO E O CUIDADO

2025

Mestrado Profissional em Enfermagem  
na Atenção Primária à Saúde

**Organização**

Profa. Dra. Leila Zanatta  
Profa. Dra. Carine Vendruscolo  
Profa. Dra. Rosana Amora Ascari

**Revisão**

Janete Maria Gheller

**Capa/Projeto Gráfico**

Alexandre Lunelli e Adriana Suzena

**Diagramação**

Vitoria Sumariva Nandi

M586    Produções do mestrado profissional em enfermagem na atenção primária à saúde: contribuições técnico-científicas para a gestão e o cuidado / organização Leila Zanatta, Carine Vendruscolo, Rosana Amora Ascari. – Florianópolis: Editora Udesc, 2025.  
145 p. – (Estudos e Inovações em enfermagem; 7)

ISBN-e: 978-85-8302-287-9

1. Saúde. 2. Saúde coletiva. 3. Educação em saúde. I. Zanatta, Leila. II. Vendruscolo, Carine. III. Ascari, Rosana Amora. IV. Série

CDD: 610.73

## ORGANIZAÇÃO

### Leila Zanatta

Farmacêutica. Doutora em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

E-mail: [leila.zanatta@udesc.br](mailto:leila.zanatta@udesc.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0935-4190>

### Carine Vendruscolo

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora Associada do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Enfermagem na atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

E-mail: [carine.vendruscolo@udesc.br](mailto:carine.vendruscolo@udesc.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5163-4789>

### Rosana Amora Ascari

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

E-mail: [rosana.ascari@udesc.br](mailto:rosana.ascari@udesc.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2281-8642>

## AUTORES

### Adriana Aparecida Paz

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Pós-Graduação em Enfermagem e do Grupo de Pesquisa em Tecnologia, Gestão, Educação e Segurança no Trabalho (TeGEST), da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

E-mail: [adrianap@ufcspa.edu.br](mailto:adrianap@ufcspa.edu.br)

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1932-2144>

### Aline Lima Pestana Magalhães

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem – Modalidade profissional da UFSC.

E-mail: [aline.pestana@ufsc.br](mailto:aline.pestana@ufsc.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8564-7468>

### Camila Trevisan Saldanha

Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Enfermeira Assistencial no Hospital Regional do Oeste no setor de Banco de Leite Humano.

Endereço eletrônico (e-mail): [camila.udesc@hotmail.com](mailto:camila.udesc@hotmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-9436-259X>

### Clarissa Bohrer da Silva

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

E-mail: [clarissa.bohrer@udesc.br](mailto:clarissa.bohrer@udesc.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1254-019X>

### Carine Vendruscolo

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente Associada do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

E-mail: [carine.vendruscolo@udesc.br](mailto:carine.vendruscolo@udesc.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5163-4789>

### **Carla Argenta**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

E-mail: [carla.argenta@udesc.br](mailto:carla.argenta@udesc.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9729-410X>

### **Denise Antunes de Azambuja Zocche**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

E-mail: [denise.zocche@udesc.br](mailto:denise.zocche@udesc.br)

ORCID: <https://ORCID.org/0000-0003-4754-8439>

### **Diane Basei De Conto**

Enfermeira, Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

E-mail: [enfdianebaseideconto@gmail.com](mailto:enfdianebaseideconto@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-5351-8442>

### **Ediane Bergamin**

Enfermeira Obstétrica. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Coordenação Regional de Saúde de Chapecó.

E-mail: [edienfermagem@hotmail.com](mailto:edienfermagem@hotmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9120-3898>

### **Edlamar Kátia Adamy**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

E-mail: [edlamar.adamy@udesc.br](mailto:edlamar.adamy@udesc.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8490-0334>

### **Eliani Mortari**

Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

E-mail: [elianimortari@hotmail.com](mailto:elianimortari@hotmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0009-001-5315-1756>

### **Elizabeth Teixeira**

Enfermeira. Doutora em ciências. Professora Visitante da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

E-mail: [etfelipe@hotmail.com](mailto:etfelipe@hotmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5401-8105>

### **Fernanda Lenkner**

Enfermeira. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Enfermeira do Hospital Regional do Oeste (HRO).

E-mail: [Fernandalenkner27@gmail.com](mailto:Fernandalenkner27@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-7367-7761>

### **Leila Zanatta**

Farmacêutica. Doutora em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina.

E-mail: [leila.zanatta@udesc.br](mailto:leila.zanatta@udesc.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0935-4190>

### **Letícia de Lima Trindade**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

E-mail: [leticia.trindade@udesc.br](mailto:leticia.trindade@udesc.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7119-0230>

### **Ligia Schacht**

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó - SC.

E-mail: [schachtligia@gmail.com](mailto:schachtligia@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7665-9862>

### **Lucimare Ferraz**

Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da São Paulo (UNIFESP). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

E-mail: [lucimare.ferraz@udesc.br](mailto:lucimare.ferraz@udesc.br)

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2487-8614>

### **Monica Pivotto**

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Concórdia – SC.

E-mail: [monicapivotto\\_oi@hotmail.com](mailto:monicapivotto_oi@hotmail.com)

ORCID: <http://orcid.org/0009-0005-7627-3261>

### **Marciel Aparecido Consani**

Doutor em Ciência da Comunicação pela Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo. Professor no Programa de Pós-Graduação em Integração da América Latina (PROLAM/ USP) e atua como Professor-Pesquisador da Licenciatura em Educom.

E-mail: [mconsani@usp.br](mailto:mconsani@usp.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4317-4273>

### **Olga Maria Pimenta Lopes Ribeiro**

Enfermeira. Pós-Doutora e Doutora em Ciências de Enfermagem. Mestre em Ciências de Enfermagem. Com Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Pós-graduada em Enfermagem Avançada, Gestão dos Serviços de Enfermagem, Supervisão Clínica e Emergência e Catástrofe. Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP); Investigadora Doutorada Integrada na Unidade de Investigação RISE-Health.

E-mail: [olgaribeiro@esenf.pt](mailto:olgaribeiro@esenf.pt)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9982-9537>

### **Olvani Martins da Silva**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Chapecó/SC.

E-mail: [olvani.silva@udesc.br](mailto:olvani.silva@udesc.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4285-3883>

### **Patricia Grando**

Enfermeira. Coordenadora e Responsável Técnica da Clínica Médica de Atendimento Urgência e Emergência de Chapecó-SC. Mestre em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

E-mail: [patricia\\_g@unochapeco.edu.br](mailto:patricia_g@unochapeco.edu.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0248-805X>

### **Rafael Gué Martini**

Jornalista. Doutor em Educação pela Universidade do Minho. Docente do Curso de Pedagogia à Distância e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

E-mail: [rafael.martini@udesc.br](mailto:rafael.martini@udesc.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7409-4340>

### **Rosana Amora Ascari**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

E-mail: [rosana.ascari@udesc.br](mailto:rosana.ascari@udesc.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2281-8642>

### **Samuel da Silva Feitosa**

Bacharel e Doutor em Ciência da Computação. Professor na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

E-mail: [feitosa.sams@gmail.com](mailto:feitosa.sams@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9485-4845>

**Silvana dos Santos Zanotelli**

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

E-mail: [silvana.zanotelli@udesc.br](mailto:silvana.zanotelli@udesc.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5357-0275>

**Thainá Monção Gasperin**

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Enfermeira no Hospital Unimed em Concórdia/SC.

E-mail: [thaimgasperin@gmail.com](mailto:thaimgasperin@gmail.com)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-0408-7303>

**Vander Monteiro da Conceição**

Enfermeiro. Doutor em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professor Adjunto do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Chapecó-SC.

E-mail: [vander.conceicao@uffrs.edu.br](mailto:vander.conceicao@uffrs.edu.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0972-0795>



# LISTA DE SIGLAS

3D - Tridimensional	CSP - Cuidados em Saúde Primária
AB - Atenção Básica	DE - Diagnóstico de Enfermagem
ACCR - Acolhimento com Classificação de Risco	DeCS - Descritores em Ciências da Saúde
ADDIE - <i>Analysis, Design, Development, Implementation e Evaluation</i>	DF - Distrito Federal
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	DIVE/SC - Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina
AM - Aleitamento Materno	EaD - Ensino à Distância
APS - Atenção Primária à Saúde	Et al - E outros
ARS - Administrações Regionais de Saúde	ECCI - Equipe de Cuidados Continuados Integrados
AVA - Ambientes Virtuais de Aprendizagem	ER - Estudo de revisão
BI SNS - <i>Business Intelligence</i> do SNS	ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto
BLH - Bancos de Leite Humano	ESP/SC - Escola de Saúde Pública de Santa Catarina
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde	eSF - Equipe Saúde da Família
CAFé - Comunidade Acadêmica Federada	IDE - Índice de Desempenho por Equipe
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior	IST - Infecção Sexualmente Transmissíveis
CC - Círculos de Cultura	GF - Grupo Focal
CDC - Centro de Desenvolvimento Científico	GM - Gabinete Ministerial
CE - Consulta de Enfermagem	HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa	IDG - Índice de Desempenho Global
CnC - Coorte não Controlado	INCA - Instituto Nacional do Câncer
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico	ICAD - Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências
COFEN Conselho Federal de Enfermagem	ISTs - Infecções Sexualmente Transmissíveis
COREN - Conselho Regional de Enfermagem	IVC - Índice de Validade de Conteúdo
COVID - <i>Coronavirus disease</i>	LPP - Lesões por Pressão

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

MS - Ministério da Saúde

MO - Mucosite oral

MOODLE - *Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment*

MPEAPS - Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde

MTX - Metotrexato

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde

PA - Pesquisa-ação

PDF - *Portable Document Format*

PE - Processo de Enfermagem

PI - Projeto Instrucional

PM - Pesquisa Metodológica

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNH - Política Nacional de Humanização

PNHOSP - Política Nacional de Atenção Hospitalar

PCACR - Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco

PICO - população, intervenção, conduta e desfecho

PPE - Práticas Pedagógicas Educomunicativas

PPGEnf - Programas de Pós-Graduação em Enfermagem

PPGEnf/UDESC - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina

PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

Ql - Estudo Qualitativo

Qt - Estudo Quantitativo

RAS - Rede de Atenção à Saúde

r-BLH - Rede de Banco de Leite Humano

r-BLH-BR - Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano

RE - Relato de Experiência

RI - Revisão Integrativa

RIS - *Research Information Systems*

SARS-CoV-2 *Síndrome Respiratória Aguda Grave - Corona Vírus Disease-2*

RV - Realidade Virtual

SC - Santa Catarina

SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

SES/SC - Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

SUS - Sistema Único de Saúde

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SP - São Paulo

SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

TCE - Tecnologia Cuidativo-Educacional

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDIC - Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação

TDUCC - Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural

TG - Tecnologias Gerenciais

TICS - Tecnologias de Informação e Comunicação

TS - Tecnologias Sociais

UBS - Unidade Básica de Saúde

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS - Unidades Locais de Saúde

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

UDESC - Universidade do Estado de Santa Catarina

5-FU - Fluoruracila

VE - Vigilância Epidemiológica

# SUMÁRIO

EDUCOMUNICAÇÃO E PESQUISA-AÇÃO NA ENFERMAGEM: ABORDAGENS INOVADORAS PARA A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA POR MEIO DE GRUPOS FOCAIS	<u>20</u>
CONSTRUÇÃO DO PROJETO INSTRUCIONAL DE UM CURSO EM AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAGEM	<u>30</u>
CURSO DE ATUALIZAÇÃO PARA ENFERMEIROS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NA GESTAÇÃO DE BAIXO RISCO	<u>39</u>
VALIDAÇÃO DE ROTEIROS PARA CÍRCULOS DE CULTURA COMO TECNOLOGIA SOCIAL NA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE	<u>47</u>
MISSÃO DE ESTUDO INTERNACIONAL: CONTRIBUIÇÕES PARA A ELABORAÇÃO DE UMA FERRAMENTA DE GESTÃO NO BRASIL	<u>61</u>
USO DE VÍDEOS 360° COMO REALIDADE VIRTUAL NO ÂMBITO HOSPITALAR: ESTADO DA ARTE	<u>72</u>
TECNOLOGIAS QUE FOMENTAM A PRÁTICA DE ENFERMAGEM ÀS NUTRIZES: REVISÃO INTEGRATIVA	<u>85</u>
UMA ABORDAGEM DE ENFERMAGEM PARA AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE MUCOSITE ORAL EM PACIENTE ONCOLÓGICO	<u>95</u>
PROTOCOLOS DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: REVISÃO NARRATIVA	<u>103</u>
MANEJO DAS CONDIÇÕES PÓS-COVID-19: REVISÃO NARRATIVA	<u>119</u>
VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO DE REVISÃO DA LITERATURA SOBRE AVALIAÇÃO, TRATAMENTO E REGISTRO DE LESÃO POR PRESSÃO	<u>131</u>

# **PREFÁCIO**

Prefaciador é introduzir, inserir o contexto no qual e para o qual uma obra se oferece – é dar visibilidade às suas motivações e inspirações, a seus percursos e às portas que se abrem para possíveis engajamentos do leitor.

No caso desta obra, nascida de múltiplos autores e destinada a múltiplos leitores, as possibilidades de “prefaciador” não deixam de ser margens imaginárias sobre um vasto campo de interrogações, escolhas e alternativas produzidas por cada grupo de autores. O ponto articulador é, como verão, o fato de representarem produtos de um processo de formação ao mesmo tempo singular e coletivo. Da visão do coletivo se mostra um Programa de Pós-graduação em Enfermagem que, por sua vocação profissional, de antemão aponta para um compromisso com a prática profissional e sua transformação frente aos desafios atuais. Um compromisso situado no tempo e no território, capturado pelo olhar de uma profissão e desenhado em processos de criação e apreensão crítica da realidade.

Outro ponto de intersecção é o movimento convergente de inovação no campo da saúde e da enfermagem, que articula tecnologias sociais, educativas, digitais e de cuidado; instrumentais para qualificar práticas assistenciais, formativas, de gestão e vigilância em saúde. Sob este prisma, destacam-se os diferentes tipos de tecnologias vislumbradas e construídas, o que definiu a própria divisão da obra em três partes: - Inovação em educação, pesquisa e tecnologias sociais; - Tecnologias digitais e inovação em saúde; - Práticas clínicas, protocolos e cuidado especializado.

Mas outro prisma se apresenta – o dos momentos do percurso. Do conjunto de onze capítulos, seis exploram o momento fundamental de atenção, escuta e embasamento, sem os quais o trajeto não evolui. É imprescindível conhecer o problema, debruçar-se sobre o saber existente e adentrar nas lacunas que desafiam o profissional a buscar mais. É o que caracteriza a postura científica tão essencial em tempos difíceis para toda a humanidade – nunca antes foi possível acessar tanto conhecimento e tecnologias até pouco tempo impensáveis; e nunca foi tão inegável a desigualdade para alcançar os benefícios destes avanços. Mas até o inegável ainda é negado, como são negados os interesses que manipulam e constroem o que deve e pode ser produzido ou quem será beneficiado. Isso atinge a todos, é verdade, mas, por vocação, tradição ou escolha deliberada, a Enfermagem tem se mostrado uma fortaleza em meio ao embate de interesses tão diversos.

Por fortaleza, entenda-se a coragem em persistir na defesa dos menos beneficiados, dos mais “vulnerados” (tornados vulneráveis), dos excluídos do “negócio”. Quando a pergunta mobilizadora do avanço tecnológico ainda é “como lucrar”, insistimos em perguntar “para que” e “para quem”. Pode parecer um “nado contra a maré”, uma teimosia ou uma simples identificação com o verdadeiro cuidado, aquele que atravessa todos os campos de atuação, mesmo da gestão e da educação. Prefiro pensar que é uma sabedoria solidária, traçada e lentamente edificada na relação com o outro.

Voltando ao momento de mergulho no real e no saber, que delimita o objeto de tantas produções, apresentam-se os seis capítulos que retratam revisões da literatura (capítulos 6, 7, 8, 9, 10), ou um recurso para garantir o rigor em protocolos para realização de revisões de literatura (capítulo 11). Sob diferentes formas de abordar a literatura, seja como estado da arte ou, até, como síntese de protocolos assistenciais, tais resultados demarcam as bases para que respostas sejam produzidas – afinal, para quê? Para qual necessidade? Para qual interesse? Para qual insuficiência somos requisitados? Não basta ofertar produtos acabados, é preciso mostrar como o objeto foi construído pelo mergulho no saber, como os produtos finais se fundaram em problematizações e escolhas no meio do caminho.

Destaque-se, também, que estes capítulos são produtos por si só, não materializados de forma imediata como tecnologias aplicáveis na prática, mas produtos intelectuais valiosos

em seu potencial de subsidiar melhorias nesta prática (finalidade última) ou apoiar novos estudos (finalidade acadêmico-científica precípua). Na formação *stricto sensu* este momento não pode ser abreviado ou eliminado, mas, pode sim ser compartilhado, feito à várias mãos, alimentado por parcerias e, ao mesmo tempo, ser alimento para novas parcerias. Neste encontro de pesquisadores, aqueles que formam, aqueles que estão em formação e aqueles que já socializaram seus estudos anteriores, ocorre um produtivo momento de amadurecimento e troca, cujos desfechos vão além daqueles previstos de início, no âmbito do estudo que o originou. As revisões de literatura representam o trabalho sobre o terreno, tornando-o fértil e aberto para cultivo coletivo. É um dos momentos que mais simbolizam a reciprocidade, interdependência e generosidade da prática científica.

Seguindo para o eixo que organizou a obra, temos na parte I, cinco capítulos que se articulam em torno da Atenção primária à saúde e, em especial, da “Inovação em educação, pesquisa e tecnologias sociais”. Tanto as Tecnologias Sociais como as Educativas robustecem o diálogo, a participação comunitária e o cuidado culturalmente competente – que expressam um dos compromissos maiores da profissão e, além disso podem se alinhar e fundir em tecnologias que poderíamos chamar de socioeducativas. Sempre lidaremos com os limites de nossas denominações e classificações e isso já indica um novo passo nas reflexões sobre o próprio avanço da área.

Práticas educomunicativas, como as descritas no capítulo 1, se aninham à pesquisa de intervenção para a instrumentalizar a vigilância epidemiológica com múltiplos produtos gerados junto ao grupo de envolvidos. No caso específico a co-construção de tecnologias teve como foco eleito as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) entre adolescentes, mas o processo pode inspirar outros tantos focos e prioridades. Já no capítulo 4, os Círculos de Cultura, ao promoverem a escuta, a autonomia e a inclusão de grupos vulneráveis, como imigrantes e refugiados, demonstram também exemplos vivos da tecnologia em ação.

Em ambos os casos, a experiência torna-se inovação pois também se oferece como guia e orientação para outras tantas iniciativas – o como fazer é a matéria de socialização. A inovação, aqui, ganha sentido naquilo que “se faz junto”, quando pessoas podem contar com a competência e maestria profissional à serviço de um coletivo, à serviço de viver, trabalhar e ser melhor a cada dia. Afinal, existe fim melhor para uma inovação do que a emancipação – ser de todos e para todos?

Um outro campo de aplicação das Tecnologias Educacionais se anuncia em estudos que adotam instrumentos disponíveis, como cursos em Ambiente Virtual de Aprendizagem, para desenvolver um design instrucional útil aos processos de capacitação profissional, essenciais para práticas seguras (capítulo 2). Neste escopo se voltam para o fortalecimento da educação permanente, permitindo atualização sistemática, difusão do conhecimento baseado em evidências e padronização de práticas clínicas. Exemplo disso se mostra no capítulo 3, onde a atualização para enfermeiros sobre a gestação de baixo risco é estratégica para a qualidade do cuidado e da segurança profissional no pré-natal e consulta de enfermagem na APS.

Fechando a parte 1, o capítulo cinco traz um relato reflexivo de uma experiência na qual a pós-graduação em Enfermagem vem avançando gradualmente, a de explorar missões internacionais como recurso pedagógico importante para enriquecer a bagagem de pesquisadores, captando realidades diversas, cotejando modelos e práticas e aportando lições aprendidas.

Para o campo da saúde e Enfermagem, os quatro primeiros textos contribuem para demonstrar a integração entre ciência, tecnologia e participação social como essencial para transformar o cuidado e as práticas em saúde. Em comum, salienta-se o valor dado às metodologias participativas e democráticas, o alinhamento com políticas públicas e o a preocupação com o

rigor, necessário da concepção à validação, para que produtos tecnológicos possam ter aplicabilidade e sustentabilidade na prática. Já a experiência de internacionalização mostra-se recurso transversal na trajetória acadêmica, para a ampliação de competências e da cooperação.

Na parte II, composta por dois estudos de revisão da literatura, com foco em tecnologias digitais emergentes, como vídeos 360° e realidade virtual (capítulo seis) ou recursos digitais de apoio à prática de enfermagem junto a nutrizes (capítulo sete). Os benefícios pedagógicos e assistenciais dessas tecnologias são apontados, assim como os desafios enfrentados do ponto de vista estrutural e metodológico, para padronização, avaliação e equidade no acesso.

Na parte III, as “Práticas clínicas, protocolos e cuidado especializado” também foram visadas em revisões da literatura, combinando análise de evidências, proposição/validação de instrumentos e discussão de implicações práticas. As ações de avaliação e classificação (como no caso da mucosite oral em pacientes oncológicos, no capítulo oito) que abarca evidências sobre critérios clínicos, registro e manejo pela equipe de enfermagem, podendo melhorar detecção precoce e o cuidado na atenção primária e hospitalar. Também a classificação de risco em serviços de saúde pôde ser acessada em seus elementos técnico-operacionais (do acolhimento aos fluxos, prioridades e impacto na resolutividade e segurança), éticos requisitos de capacitação, sistemas e monitoramento (capítulo nove)

Ainda nesta parte e com desenhos de estudos semelhantes os capítulos seguintes atualizam sobre a síndrome pós-COVID, com ênfase na avaliação e manejo na atenção primária e longitudinal, alertando para os diferentes tipos de suporte especializado (capítulo dez). O último capítulo, a partir do caso exemplar da avaliação, tratamento e registro de lesão por pressão, demonstra o rigor metodológico nas revisões que se propõem a instruir práticas clínicas, de modo a contribuir com solidez para a qualificação do cuidado.

O leitor é convidado a se deter em cada exemplo, cada contribuição singular e, também sobre o que elas espelham para os novos caminhos da prática e inovação em Enfermagem. A busca por instrumentos padronizados favorece a replicabilidade, a segurança e a interoperabilidade, alimentadas pelo “o que” e “o como” a Enfermagem faz, registra, avalia e socializa suas ações e criações.

A obra é um fruto e uma aposta do Programa de Pós-Graduação Profissional em Enfermagem da UDESC. Fruto do trabalho de muitos protagonistas que integram inovação pedagógica e tecnológica com práticas clínicas e socioeducativas na e para a Atenção Primária à Saúde.

Para além dos ganhos e contribuições diretas, visualizadas em cada produto, convido a refletirem nos ganhos e avanços para a vida profissional destes profissionais, empenhados e exitosos em suas capacitações e no empoderamento compartilhado com a comunidade – de pares, de cidadãos, de pessoas que mobilizam toda e qualquer iniciativa. É nesse empoderamento, pela educação e pesquisa, que o Programa aposta.

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**

Professora visitante do Programa de Pós-graduação  
em Enfermagem da UDESC



**INOVAÇÃO EM  
EDUCAÇÃO, PESQUISA E  
TECNOLOGIAS SOCIAIS**

## CAPÍTULO 1

# EDUCOMUNICAÇÃO E PESQUISA-AÇÃO NA ENFERMAGEM: ABORDAGENS INOVADORAS PARA A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA POR MEIO DE GRUPOS FOCAIS

ELIANI MORTARI

RAFAEL GUÉ MARTINI

MARCIEL APARECIDO CONSANI

DENISE ANTUNES DE AZAMBUJA ZOCHE

LUCIMARE FERRAZ

ADRIANA APARECIDA PAZ

### INTRODUÇÃO

A pesquisa-ação (PA) tem se consolidado como uma metodologia relevante na área de enfermagem no Brasil, especialmente nos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF). Essa abordagem participativa permite a colaboração entre pesquisadores e participantes na identificação de problemas e na construção de soluções práticas, contribuindo para a melhoria das práticas assistenciais e educacionais em saúde (Zocche; Primo; Leal, 2022). O livro “Pesquisa-Ação e Enfermagem: Proposições e Experiências nos Programas de Pós-Graduação de Enfermagem do Brasil” organizado por Zocche, Primo e Leal (2022) destaca a importância dessa metodologia, apresentando diversos trabalhos que evidenciam sua aplicação efetiva.

A técnica de grupo focal (GF) é amplamente utilizada em pesquisas na área da saúde para explorar fenômenos sociais e culturais, permitindo captar diferentes percepções e experiências dos sujeitos envolvidos. Essa técnica é particularmente eficaz em temas complexos e socialmente condicionados, como as percepções sobre saúde mental e doenças crônicas, onde o espaço de diálogo proporcionado permite aos participantes expressar livremente suas visões e revelar dinâmicas de grupo e influências culturais e sociais (Trad; Bonfim, 2017). Souza *et al.*, (2019) afirmam que o GF é especialmente valioso em pesquisas que buscam cap-

tar *insights* emergentes das interações sociais entre os participantes, ampliando a riqueza dos dados obtidos e favorecendo a construção de significados coletivos.

No contexto da enfermagem, Mendes *et al.*, (2020) destacam que o GF é valioso para estudos exploratórios que buscam aprofundar o conhecimento sobre fenômenos, permitindo que os pesquisadores obtenham uma visão abrangente antes de estruturar metodologias quantitativas. Esse método possibilita que os participantes construam coletivamente significados e narrativas sobre suas experiências, essencial para a formulação de políticas de saúde mais inclusivas e sensíveis às necessidades reais dos pacientes e das equipes de saúde.

A educomunicação, por sua vez, surge como uma abordagem que integra os campos da educação e comunicação, promovendo práticas pedagógicas que visam ao diálogo, à participação ativa e à construção coletiva do conhecimento (Soares, 2014). No âmbito da vigilância epidemiológica, as práticas pedagógicas educacionais (PPE) podem ser adaptadas para promover a cidadania e a participação social no monitoramento de epidemias, permitindo que as pessoas compreendam melhor os riscos à saúde e adotem comportamentos informados. Martini (2019) enfatiza que as PPE facilitam a troca de conhecimentos entre todos os envolvidos, fortalecendo um processo de aprendizado mútuo e colaborativo fundamental para a conscientização e a modificação de práticas no campo da saúde.

Segundo Soares, Viana e Ferreira (2021), a educomunicação oportuniza aos profissionais de saúde não só maior contato com ferramentas e tecnologias de comunicação e informação no contexto digital e em rede, mas também a compreensão sobre o potencial que tem o diálogo direto e respeitoso com a comunidade. Essa abordagem entende que o trabalho deve ser feito “com” e não “para” as pessoas de um determinado território, promovendo uma relação horizontal e participativa.

Neste estudo, relata-se a experiência de utilização da PA e dos GF, aliados às práticas educacionais, na elaboração de tecnologias sociais para ações de promoção da saúde e prevenção de doenças no município de Concórdia-SC. A questão norteadora é: **de que maneira a PA e os GF, aliados a práticas educacionais, podem impulsionar a inovação em saúde, transformando as interações e práticas profissionais para uma resposta mais eficaz e participativa às necessidades de saúde coletiva/comunitária?**

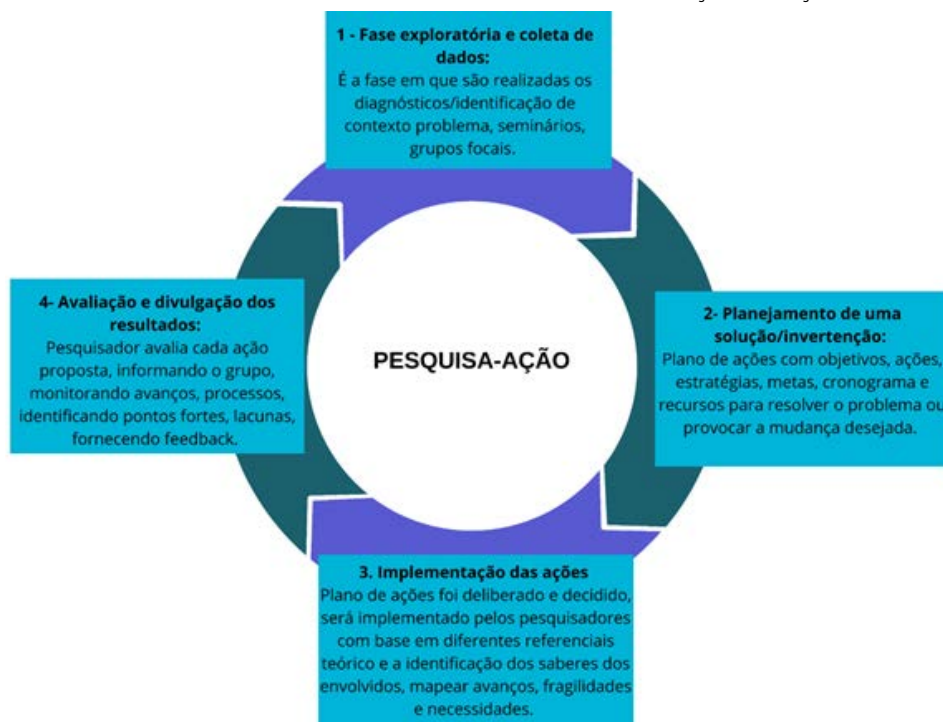
O objetivo foi analisar como essas abordagens podem impulsionar interações e práticas profissionais mais eficazes e participativas, atendendo às necessidades de saúde coletiva.

## METODOLOGIA

A produção das informações da pesquisa seguiu a proposta metodológica de pesquisa-ação de Thiollent (2013), na versão adaptada por Zocche *et al.*, (2022), estruturada em quatro fases (Figura 1):

- Fase Exploratória e Coleta de Dados;
- Planejamento de uma Solução/Intervenção;
- Implementação das Ações;
- Avaliação e Divulgação dos Resultados.

FIGURA 1 – DIAGRAMA DAS FASES INVESTIGAÇÃO E AÇÃO



Fonte: Adaptado de Zocche; Primo; Leal (2021).

O estudo integra um projeto de mestrado vinculado à Linha de Pesquisa Tecnologias do Cuidado, do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Parecer Consubstanciado de aprovação nº 7.015.724), atendendo às resoluções 466/2012, 510/2016 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012; 2016; 2018).

### Participantes

Os participantes da pesquisa incluíram:

- **Equipe de Vigilância Epidemiológica (VE):** Composta por 09 profissionais de enfermagem, e a gestora da unidade, cinco enfermeiras e quatro técnicas de enfermagem.
- **Alunos do Programa Jovem Aprendiz do Senac Concórdia:** Turma 41, composta por 33 alunos do curso de Aprendizagem Profissional de Qualificação em Serviços de Vendas.

### Procedimentos

Foram realizados cinco encontros presenciais com a equipe de vigilância epidemiológica e um encontro com os alunos, totalizando seis encontros entre setembro e outubro de 2024. Cada encontro teve duração média de duas horas. As técnicas utilizadas para coleta e análise de dados incluíram:

- Grupos Focais (GF);
- Rodas de Conversa;
- Tempestade de Ideias;
- Painel de Consenso;
- Matriz SWOT (Forças, Fraquezas, Oportunidades, Ameaças);

Essas técnicas permitiram uma abordagem participativa e colaborativa, promovendo a construção coletiva de conhecimento e soluções práticas. Os encontros foram planejados e agendados em conjunto com os participantes, buscando adequar-se às suas disponibilidades.

### Descrição dos Encontros

A seguir, apresenta-se um quadro com o resumo dos encontros, inserida no corpo do texto, conforme solicitado.

QUADRO 1 – RESUMO DOS ENCONTROS REALIZADOS NA PESQUISA

ENCONTRO	FASE DA PA	PARTICIPANTES	TÉCNICAS UTILIZADAS	RESULTADOS PRINCIPAIS
1º	Exploratória	7 profissionais da VE e gestora	Roda de conversa; Grupo focal	Apresentação do projeto; coleta de expectativas; validação dos dados epidemiológicos; aplicação de questionário diagnóstico situacional; identificação de demandas iniciais.
2º	Exploratória	7 profissionais da VE e gestora	Roda de conversa; Grupo Focal Matriz SWOT	Análise dos dados do questionário; identificação de pontos fortes e fracos; oportunidades e ameaças no processo de trabalho; reflexões sobre práticas atuais.
3º	Planejamento	8 profissionais da VE, gestora e pesquisadora auxiliar	Roda de conversa; Grupo Focal Tempestade de ideias	Discussão sobre educomunicação e PPE; construção do ecossistema de saúde; mapeamento de atores e recursos; identificação de estratégias de comunicação.
4º	Planejamento	6 profissionais da VE	Grupo focal; Painel de consenso	Definição do agravo Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e público-alvo (adolescentes); planejamento da intervenção; cocriação de ideias para elaboração de tecnologia social; definição de parcerias.
5º	Implementação	1 enfermeira da VE, 33 alunos do Senac e professora	Roda de conversa; Questionário formulário eletrônico	Apresentação do projeto aos alunos; contextualização sobre sexualidade na adolescência e prevenção de IST; coleta de ideias para tecnologias sociais; engajamento dos alunos.

Fonte: Banco de dados dos Autores (2024).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### PRIMEIRA FASE: EXPLORATÓRIA E COLETA DE DADOS

#### Encontro 1:

No primeiro encontro com a equipe de vigilância epidemiológica, realizou-se a apresentação detalhada do projeto e de seus objetivos, seguindo-se a assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido, conforme as diretrizes éticas. Os participantes expressaram suas expectativas

em relação ao projeto por meio de uma **nuvem de palavras**, utilizando o aplicativo Mentimeter, destacando termos como “inovação”, “conhecimento”, “aperfeiçoamento” (Figura 2).

FIGURA 2 – NUVEM DE PALAVRAS DA EQUIPE DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM RELAÇÃO AO PROJETO



Fonte: Banco de dados dos Autores, (2024).

Expectativas do profissional da equipe VE em relação ao projeto, elaborado através ferramenta Mentimeter. Disponível em: (<https://www.mentimeter.com>). Acesso em setembro 2024.

Em seguida, apresentou-se um **diagnóstico epidemiológico** do município, com dados coletados dos sistemas de informação em saúde (DataSUS/TabNet), focando nos agravos mais prevalentes e sensíveis identificados pela equipe. Os participantes validaram e complementaram os dados apresentados, trazendo suas percepções e experiências práticas. Essa etapa foi fundamental para alinhar o conhecimento teórico com a realidade local.

Além disso, aplicou-se um **questionário eletrônico** (*Google Forms*) para diagnóstico situacional, com o objetivo de identificar demandas, dificuldades e necessidades da equipe nas práticas e ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. As questões abordaram aspectos relacionados ao processo de trabalho, comunicação interna e externa, uso de tecnologias, entre outros.

### Encontro 2:

No segundo encontro, os dados coletados no questionário diagnóstico foram apresentados e discutidos em profundidade. Utilizou-se a **matriz SWOT** (Forças, Fraquezas, Oportunidades, Ameaças), para analisar os pontos fortes, fraquezas, oportunidades e ameaças no processo de trabalho da equipe. A matriz foi construída de forma colaborativa, envolvendo todos os participantes na identificação e discussão dos elementos.

### Pontos Fortes:

- Experiência profissional: Profissionais com longa atuação na área de vigilância epidemiológica;

- Conhecimento técnico-científico: Atualização constante sobre protocolos e normas de saúde;
- Trabalho em equipe: Colaboração e apoio mútuo entre os membros da equipe.

#### Fraquezas:

- Falta de recursos materiais e tecnológicos: Equipamentos desatualizados ou insuficientes;
- Sobrecarga de trabalho: Acúmulo de funções e falta de pessoal;
- Dificuldades na comunicação intersetorial: Barreiras na interação com outras unidades e setores.

#### Oportunidades:

- Parcerias com instituições educacionais: Possibilidade de desenvolver projetos conjuntos;
- Uso de tecnologias de informação e comunicação (TICs): Implementação de ferramentas digitais;
- Políticas públicas favoráveis: Apoio institucional para projetos inovadores.

#### Ameaças:

- Mudanças nas políticas de saúde: Instabilidade nas diretrizes governamentais;
- Restrições orçamentárias: Redução de verbas para a saúde pública;
- Desinteresse da comunidade: Baixa adesão às ações de saúde.
- A análise SWOT permitiu que a equipe refletisse criticamente sobre suas práticas, identificando áreas prioritárias para intervenção e potencializando as oportunidades identificadas.

## SEGUNDA FASE: PLANEJAMENTO DE UMA SOLUÇÃO/INTERVENÇÃO

### Encontro 3:

Neste encontro, a pesquisadora e orientador do projeto apresentaram conceitos sobre **educomunicação** e as **práticas pedagógicas educacionais** (PPE). Discutiu-se como a educomunicação pode ser uma estratégia eficaz para ampliar o diálogo entre os profissionais de saúde e a comunidade, promovendo ações mais participativas e eficazes.

Utilizou-se a técnica de **tempestade de ideias** para construir um **ecossistema de saúde**, mapeando os atores envolvidos (profissionais de saúde, escolas, comunidade, meios de comunicação) e os recursos disponíveis (tecnologias digitais, espaços comunitários, materiais educativos). Essa atividade permitiu identificar estratégias inovadoras para ampliar o alcance das ações da vigilância epidemiológica, tais como:

- Desenvolvimento de aplicativos móveis para disseminação de informações;
- Utilização de redes sociais para campanhas de conscientização;
- Parcerias com escolas para projetos educativos;
- Produção de materiais audiovisuais com participação da comunidade.

### Encontro 4:

Com base nos dados e discussões anteriores, foi realizada uma análise aprofundada das necessidades e prioridades. Por meio de um **painel de consenso** em formato de roda de conversa, a equipe definiu o agravo a ser trabalhado: **Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**, com

foco em HIV/AIDS, sífilis e hepatites virais. A escolha foi fundamentada nos dados epidemiológicos que apontam um aumento significativo desses agravos no município, especialmente entre jovens adultos, com ênfase na prevenção e promoção da saúde desde a adolescência.

Dados da Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina (DIVE/SC, 2023) destacam que, nos últimos cinco anos, houve um aumento de 40% nos casos de sífilis adquirida no estado, passando de 12.216 casos em 2018 para 16.893 em 2022. Esse cenário reforça a urgência de intervenções específicas voltadas para a prevenção e conscientização sobre as IST.

O **público-alvo** escolhido foram os adolescentes, considerando a vulnerabilidade dessa faixa etária e a importância da educação sexual na promoção de comportamentos saudáveis. Decidiu-se envolver uma instituição de ensino que já tivesse programas voltados para jovens, optando pelo Senac Concórdia, que possui o Programa Jovem Aprendiz.

## TERCEIRA FASE: IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES

### *Encontro 5:*

A pesquisadora entrou em contato com a coordenação do Senac Concórdia para apresentar o projeto e convidar os alunos a participarem. Após reuniões e ajustes, agendou-se o encontro com a turma 41 do Programa Jovem Aprendiz, composta por 33 alunos e a professora responsável.

No encontro, realizou-se uma roda de conversa para apresentar o projeto, seus objetivos e a importância da participação dos alunos. Foram discutidos temas relacionados à sexualidade na adolescência, prevenção de IST e a relevância da educação em saúde. Utilizou-se de recursos audiovisuais, como vídeos e apresentações interativas, para facilitar a compreensão e estimular o engajamento.

Aplicou-se um questionário eletrônico para avaliar o conhecimento prévio dos alunos sobre os temas abordados e coletar sugestões para a elaboração de tecnologias sociais. As respostas indicaram:

- Conhecimento limitado sobre as IST e formas de prevenção;
- Interesse em receber mais informações e participar de ações educativas;
- Preferência por materiais interativos e uso de tecnologias digitais.

Os alunos sugeriram diversas ideias para a elaboração de tecnologias sociais, tais como:

- Criação de vídeos e *podcasts* com linguagem jovem;
- Campanhas em redes sociais com influenciadores locais;
- Ações e materiais que abordem o tema de forma lúdica e interativa.

## QUARTA FASE: AVALIAÇÃO E DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Esta fase será desenvolvida posteriormente, com a implementação das tecnologias sociais elaboradas e a avaliação de seu impacto na comunidade. Pretende-se realizar um acompanhamento das ações desenvolvidas, mensurando indicadores de participação, alcance e mudanças de comportamento.

### *Análise da Experiência*

A experiência vivenciada evidenciou que a integração entre PA, GF e práticas educomunicativas é eficaz na promoção da participação ativa dos profissionais de saúde e da comunidade. A

abordagem colaborativa permitiu identificar demandas reais e construir soluções adaptadas às necessidades locais, promovendo práticas mais inclusivas e eficazes.

O processo de envolvimento dos profissionais e dos adolescentes possibilitou uma compreensão mais profunda das necessidades e expectativas de ambos os grupos. A participação ativa favoreceu a construção conjunta de soluções, valorizando o conhecimento e a criatividade dos participantes. Essa dinâmica fortaleceu os vínculos entre os atores envolvidos, promovendo o diálogo, a colaboração e a confiança mútua.

A utilização da técnica de GF foi fundamental para captar as diferentes percepções dos participantes, promovendo um espaço de diálogo e reflexão. Essa técnica permitiu explorar nuances e contextos culturais, essenciais em temas complexos e sensíveis como as IST entre adolescentes. A interação proporcionada pelos grupos focais facilitou a identificação de barreiras e facilitadores, bem como a elaboração de estratégias adequadas ao contexto.

A educomunicação desempenhou um papel central ao estimular o diálogo e a participação ativa. As práticas pedagógicas educacionais facilitaram a troca de conhecimentos e o aprendizado mútuo, promovendo a autonomia e o empoderamento dos participantes. Ao integrar educação e comunicação, a abordagem educacional contribuiu para que os participantes se tornassem agentes ativos no processo de promoção da saúde, ao invés de meros receptores de informações.

Apesar dos resultados positivos, o projeto enfrentou desafios que demandaram adaptações e estratégias específicas. A dificuldade de reunir todos os membros da equipe nos encontros devido a demandas laborais imprevistas representou um obstáculo. Isso exigiu flexibilidade no planejamento e na condução das atividades, ajustando horários e buscando alternativas para garantir a participação efetiva dos profissionais.

As limitações de recursos materiais e tecnológicos também foram um desafio. A restrição orçamentária limitou a disponibilidade de materiais e tecnologias que poderiam enriquecer as atividades. Para contornar essa situação, buscou-se estabelecer parcerias com instituições locais e utilizar recursos disponíveis de forma criativa, aproveitando ao máximo as ferramentas acessíveis.

Manter o engajamento contínuo dos adolescentes ao longo do encontro revelou-se uma tarefa desafiadora. A necessidade de adaptar as estratégias às preferências e realidades dos jovens demandou esforços adicionais, o olhar sobre metodologias de envolvimento com este público. A utilização de metodologias ativas, recursos digitais e atividades interativas contribuiu para aumentar o interesse e a participação dos adolescentes, mas exigiu planejamento cuidadoso e sensibilidade às suas expectativas.

A experiência evidenciou diversas potencialidades que reforçam a importância da abordagem adotada. A inovação nas práticas de saúde foi um aspecto marcante, com a adoção de metodologias participativas e educacionais promovendo mudanças significativas na forma de conduzir as ações de vigilância epidemiológica. Essa inovação contribuiu para aproximar os profissionais da comunidade, tornando as ações mais efetivas e relevantes.

O empoderamento dos participantes foi outro ponto de destaque. A participação ativa nos processos de planejamento e execução das ações fortaleceu a autonomia e a capacidade crítica dos profissionais e dos adolescentes. Ao serem envolvidos como protagonistas, os participantes desenvolveram habilidades e competências que podem ser aplicadas em outros contextos, ampliando o impacto do projeto.

A sustentabilidade das ações emergiu como uma potencialidade significativa. A construção conjunta favorece a continuidade das iniciativas, mesmo após o término do projeto. Ao envolver os atores locais e promover a apropriação das ações pela comunidade, cria-se um ambiente propício para a manutenção e evolução das estratégias implementadas, assegurando benefícios a longo prazo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A articulação entre pesquisa-ação, grupos focais e as práticas pedagógicas educacionais mostrou-se uma estratégia eficaz para impulsionar a inovação em saúde, especialmente na vigilância epidemiológica. A participação ativa dos profissionais de saúde e dos adolescentes permitiu a construção coletiva de soluções adaptadas às necessidades locais, promovendo práticas mais inclusivas e eficazes.

A abordagem adotada contribuiu para o fortalecimento das relações entre os atores envolvidos, promovendo o diálogo, a colaboração e a confiança mútua. As tecnologias sociais a serem desenvolvidas têm o potencial de impactar positivamente a comunidade, ampliando o acesso à informação e promovendo comportamentos saudáveis.

Recomenda-se a continuidade e ampliação dessas práticas em outros contextos, considerando as especificidades locais e promovendo a participação de diferentes segmentos da comunidade.

A educação tem se consolidado como uma abordagem inovadora no campo da saúde, especialmente no que se refere à promoção da saúde e ao fortalecimento da participação social, o projeto Educom Saúde SP exemplifica a aplicação prática da educação na área da saúde ao capacitar profissionais estaduais e municipais para atuarem como facilitadores do diálogo com a população, com o objetivo de aprimorar as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, no contexto das arboviroses (São Paulo, 2023), Neves (Núcleo[...], 2024). Neste contexto de exemplos a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) reconhece e promove a educação como uma prática inovadora na área da saúde, através do curso “Comunicação e Educação para a Saúde”, desenvolvido em parceria com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Brasil e disponibilizado no Campus Virtual de Saúde Pública, o qual aborda fundamentos conceituais e práticos da educação, além de apresentar metodologias e técnicas voltadas à qualificação das ações comunicativas em saúde, com foco na prevenção, promoção da saúde, educação popular e engajamento social (OPAS, 2021). A integração de metodologias participativas e educacionais pode contribuir significativamente para o fortalecimento das políticas públicas de saúde e para a melhoria das práticas assistenciais e de promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

ANDRÉ, M. V. C.; MELO, F. G. O. Modelo de referência para o desenvolvimento de tecnologias sociais. **Revista de Gestão Social e Ambiental**, v. 18, n. 4, e04670, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.24857/rgsa.v18n4-078>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 580, de 22 de março de 2018**. Altera a Resolução CNS nº 466/12. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Comunicação e educomunicação para a saúde**. Brasília: OPAS; Conselho Nacional de Saúde, 2021. Curso online. Disponível em: <https://campus.paho.org/pt-br/curso/comunicacao-e-educomunicacao-para-saude-2021>

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE SANTA CATARINA (DIVE/SC). **Infográfico Sífilis**. Florianópolis: DIVE/SC, 2023. Disponível em: <https://dive.sc.gov.br/index.php/infeccoes-sexualmente-transmissiveis>

MARTINI, R. G. **Educomunicador como agente de integração das tecnologias de informação e comunicação na escola**. Doutorado em Ciências da Educação—Braga: Universidade do Minho, 2019.

NUCLEO DE COMUNICAÇÃO e Educação. **Vídeo institucional Educom.Saúde-SP – NCE/USP**. [S. l.: s. n.], 2024. 1 vídeo (7 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=9QROZ6CAS5g>

SOARES, I. O. **Educomunicação: comunicação e educação para a cidadania**. São Paulo: ABPEducom, 2014.

SOARES, I. O.; VIANA, F. S.; FERREIRA, A. M. Educomunicação e saúde: interseções e perspectivas. **Revista Brasileira de Educação**, v. 26, e260107, 2021.

SOUZA, V. R. D. *et al.* Grupo focal: uma técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1465-1476, 2019.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

TRAD, L. A. B.; BONFIM, J. R. A. O grupo focal na pesquisa qualitativa em saúde: relatos de experiência. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 1-8, 2017.

ZOCHE, D. A. A.; PRIMO, C. C.; LEAL, S. M. C. (Org.). **Pesquisa-Ação e Enfermagem: Proposições e Experiências nos Programas de Pós-Graduação de Enfermagem do Brasil**. Curitiba: CRV, 2022.

## CAPÍTULO 2

# CONSTRUÇÃO DO PROJETO INSTRUCIONAL DE UM CURSO EM AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAGEM

ADRIA VALQUÍRIA DE MARCO PATZLAFF

SILVANA DOS SANTOS ZANOTELLI

LEILA ZANATTA

### INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o avanço das tecnologias digitais e o crescimento da internet transformaram profundamente a forma como o conhecimento é produzido e divulgado, impactando diretamente na educação. O ensino *online* que já existia em formatos limitados, ganhou relevância como uma modalidade flexível e democrática de ensino, expandindo o acesso à educação em diversos níveis (Silva; Leite, 2021). O desenvolvimento e a aplicação de Ambientes Virtuais de Aprendizagem (AVA), como o Moodle® (*Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment*), desempenharam um papel importante nesse contexto, permitindo o gerenciamento eficiente de cursos e possibilitando a interação entre alunos e professores, independentemente de barreiras físicas e temporais.

Segundo Silva e Leite (2021), o crescimento do Ensino à Distância (EaD) no Brasil e no mundo está atrelado à necessidade de democratização do ensino e à oferta de oportunidades educacionais para um público diverso, que inclui desde jovens em fase de formação até profissionais que buscam atualização contínua. Dentro desse cenário, os AVAs surgem como ferramentas essenciais para a mediação pedagógica, facilitando o processo de ensino-aprendizagem por meio de plataformas interativas e dinâmicas. Nesse sentido, o Moo-

*dle*® destaca-se pela sua flexibilidade, acessibilidade e personalização, sendo amplamente adotado em diversas instituições de ensino.

De acordo com Lima (2022), o sucesso de um curso em EaD depende de um planejamento pedagógico bem estruturado, que inclua uma definição clara dos objetivos educacionais, uma seleção de metodologias adequadas e uma escolha criteriosa das ferramentas tecnológicas a serem utilizadas. Neste contexto, o projeto instrucional (PI) surge como uma peça fundamental para a construção de cursos práticos, uma vez que orienta o desenvolvimento de conteúdo, atividades e avaliações de maneira sistematizada, promovendo uma aprendizagem significativa e contextualizada.

A construção de um PI, especialmente em ambientes virtuais, requer o alinhamento entre aspectos pedagógicos e tecnológicos, de forma a garantir que as ferramentas digitais sejam utilizadas de maneira eficiente, proporcionando uma experiência de aprendizagem enriquecedora. Para tanto, o *design* instrucional é uma abordagem amplamente utilizada, oferecendo um modelo de planejamento didático que permite organizar os conteúdos e atividades de forma consistentemente com os objetivos educacionais propostos (Barbosa; Souza, 2023).

O *design* instrucional pode ser compreendido como um processo sistemático de desenvolvimento de experiências de aprendizagem, baseado em teorias educacionais e modelos pedagógicos, melhorando o desempenho dos estudantes. Entre os diversos modelos de *design* instrucional disponíveis, o modelo *ADDIE*, (*Analysis, Design, Development, Implementation e Evaluation*), tem se destacado como uma metodologia eficaz para a elaboração de cursos em ambientes virtuais (Vieira *et al.*, 2024).

O modelo *ADDIE* segue uma abordagem cíclica, em que cada fase está interligada e complementa a anterior, promovendo uma visão holística do processo de desenvolvimento do curso. Na fase de análise, é realizada uma investigação aprofundada sobre o público-alvo, as necessidades de aprendizagem e os recursos disponíveis. Na fase de *design*, são elaborados os objetivos de aprendizagem e o planejamento das atividades, que serão desenvolvidos na fase seguinte. A fase de implementação envolve a inserção dos conteúdos na plataforma *Moodle*® e o acompanhamento das aulas, enquanto a fase de avaliação garante a verificação da efetividade do curso, tanto em termos de aprendizagem quanto em termos de funcionamento técnico e pedagógico (Reis *et al.*, 2022).

O uso do *Moodle*® como AVA, permite a aplicação de diversos recursos de mediação pedagógica, tornando o processo de ensino-aprendizagem mais interativo e dinâmico. Conforme apontado por Lima e Souza (2021), a plataforma oferece uma ampla gama de ferramentas que podem ser exploradas de acordo com as necessidades pedagógicas de cada curso. Desde a inserção de materiais didáticos em diferentes formatos, até a criação de espaços de discussão e interação, permite que o professor personalize o ambiente de acordo com as características do público-alvo e os objetivos educativos.

O processo de criação de um curso no *Moodle*® requer uma integração entre o conteúdo pedagógico e as funcionalidades técnicas da plataforma. Para isso, é imprescindível que o professor ou *designer* instrucional tenha clareza sobre as capacidades da plataforma e saiba como explorar seus recursos para promover um aprendizado eficaz. Segundo os estudos de Moran (2020), a utilização de ferramentas como fóruns, questionários, lições e bancos de perguntas é essencial para garantir a interação dos alunos com o conteúdo e para avaliar o progresso de forma contínua. Além disso, o uso de recursos multimídia, como vídeos e animações, pode enriquecer a experiência de aprendizagem, tornando-a mais atraente e acessível para diferentes perfis de alunos.

No entanto, apesar das vantagens proporcionadas pelo uso do *Moodle®*, a construção de um curso eficaz depende também de uma avaliação contínua do processo de ensino-aprendizagem. A fase de avaliação, prevista no modelo *ADDIE*, é essencial para garantir que os objetivos educacionais sejam alcançados e que o curso proporcione uma experiência de aprendizagem satisfatória para os cursistas.

Atualmente, na área da saúde, lança-se mão de diferentes tipos de formação e educação nas modalidades à distância, de forma *online* para capacitação e atualização profissional nos diferentes contextos. Entre as áreas de atuação do enfermeiro, encontra-se o pré-natal, uma etapa importante na assistência à saúde da mulher e do recém-nascido, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS).

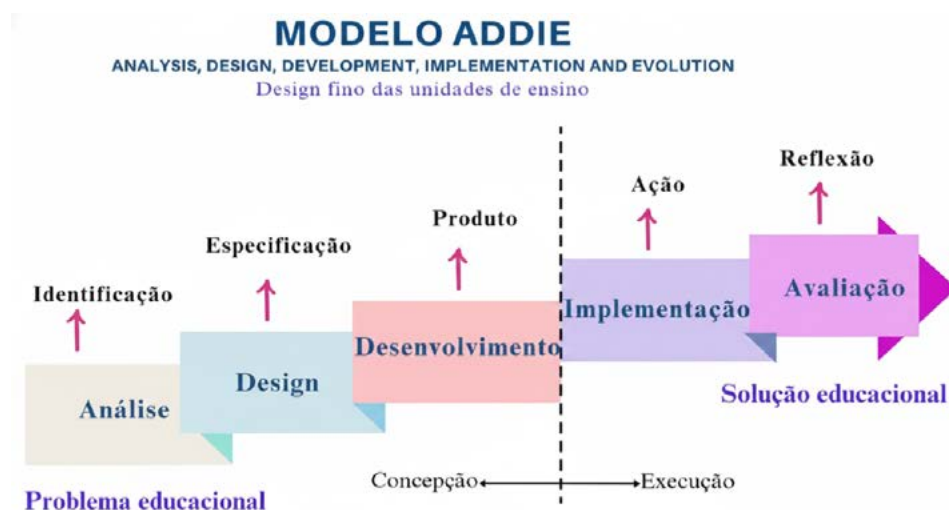
O objetivo deste capítulo é apresentar um modelo de construção de um PI para a elaboração de um curso na plataforma *Moodle®*, apresentando as principais etapas envolvidas no processo, bem como as estratégias pedagógicas e tecnológicas que podem ser aplicadas para promover uma aprendizagem eficaz em ambientes virtuais.

## CONSTRUÇÃO DO PROJETO INSTRUCIONAL

A metodologia adotada para a construção deste capítulo segue uma abordagem de revisão teórica e aplicação prática de um modelo de *design* instrucional, com o objetivo de oferecer uma visão clara e estruturada do desenvolvimento de cursos na plataforma *Moodle®*. Para tanto, utilizou-se uma metodologia baseada no modelo *ADDIE* (Análise, *Design*, Desenvolvimento, Implementação e Avaliação), amplamente utilizada na construção de projetos educacionais em ambientes virtuais.

Para a construção do curso no AVA, foi adotado a proposta do desenvolvimento de um PI que se apoiou em cinco passos adotados para o desenvolvimento do mesmo, denominada *ADDIE*, (Figura 1) (Filtró, 2007; Seleme; Munhoz, 2009). O curso foi desenvolvido a partir dos resultados da revisão narrativa de literatura, organizado, construído e estruturado de acordo com PI.

FIGURA 1 - MODELO ADDIE



Fonte: Elaborado pelas Autoras (2023).

A etapa de **análise** foi a base para a construção do curso, pois é nela que foram definidas as necessidades do público-alvo, os conteúdos abordados e os recursos disponíveis. O público-alvo foi constituído por enfermeiros.

Nesta etapa, foi apresentado o objetivo, o que se esperava do curso, foi definida a versão da plataforma *Moodle*®, realizada análise da infraestrutura e de investimentos necessários para a estruturação do curso. Após, foi elaborado um cronograma de atividades até a estruturação final do curso.

Além disso, os objetivos educacionais foram definidos com clareza durante a fase de análise. Era necessário que o curso promovesse o desenvolvimento de competências específicas, como a capacidade de aplicar conceitos teóricos à prática profissional. Com isso, foram definidos objetivos de aprendizagem mensuráveis, que orientaram todo o processo.

Na fase de **Design** foi realizado o planejamento da estrutura do curso com especificação da respectiva estrutura, definição dos objetivos e dos conteúdos que seriam trabalhados, os métodos adotados, as estratégias, mídias, e forma de avaliar o mesmo.

O quadro 1 apresenta o projeto instrucional do curso, que detalha a estrutura planejada para cada módulo, incluindo os objetivos de aprendizagem, conteúdos programáticos, métodos de ensino, recursos didáticos e formas de avaliação. Este quadro serve como um guia para a implementação do curso, proporcionando uma visão clara e organizada das etapas do ensino, facilitando tanto a execução pelos instrutores quanto o entendimento pelos participantes.

QUADRO 1 - PROJETO INSTRUCIONAL PARA CONSTRUÇÃO DO CURSO

TÓPICOS E CARGA-HORÁRIA	OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM	CONTEÚDOS	RECURSOS DIDÁTICOS	ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM
<b>Apresentação do Curso</b>				
<b>Boas-Vindas a todos; Apresentação; Orientações sobre os módulos do curso.</b>	Apresentar o AVA aos cursistas.	Apresentação do Curso.	Fórum de Dúvidas.	
<b>MÓDULO 1: A SAÚDE DA MULHER NO CONTEXTO HISTÓRICO BRASILEIRO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE</b>				
<b>Saúde da Mulher no Contexto Histórico Brasileiro; Educação permanente em saúde; Carga-horária: 2h</b>	Apresentar brevemente sobre a relação entre a prática, o ensino e a aprendizagem; Situar o cursista sobre a história dos programas e das políticas públicas brasileiras de Atenção à Saúde da Mulher.	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; Redes de Atenção à Saúde; Rede Cegonha; Rede Alyne; Educação Permanente em saúde: prática, ensino e aprendizagem; Política de Educação Permanente em Saúde; Tecnologias educativas.	Exposição dos conteúdos; Fórum para dúvidas; Artigos para leitura complementar; Acesso a link da Política Nacional de Assistência à Saúde da Mulher; Acesso ao link do Programa Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher.	
<b>MÓDULO 2: CONSULTA ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO</b>				
<b>Consulta de enfermagem no Pré-Natal de baixo risco. Carga-horária: 10hs</b>	Introduzir a discussão sobre a importância da consulta do enfermeiro na APS; Reforçar a importância do registro da CE no pré-natal (prontuário de cartão da gestante); Estimular a leitura dos materiais.	Consulta de enfermagem para gestantes (pré-natal). Exames laboratoriais e de imagem recomendados; Identificação e manejo de intercorrências no pré-natal de baixo risco; Critérios de encaminhamento para atendimento especializado; Papel do enfermeiro da APS na rede de atenção à gestante de baixo risco.	Hipertextos. Links de acesso a portais da saúde sobre o pré-natal; Artigos para leitura complementar – resoluções COFEN/ COREN, consulta do enfermeiro, pré-natal e exames do pré-natal de baixo risco na APS.	

### MÓDULO 3: EXAMES LABORATORIAIS DO PRIMEIRO TRIMESTRE, SEGUNDO TRIMESTRE, TERCEIRO TRIMESTRE E EXAMES COMPLEMENTARES

<p>Análise e interpretação dos exames do primeiro, segundo e terceiro trimestre;</p> <p>Exames complementares;</p> <p><b>Carga-horária: 10h</b></p>	<p>Incentivar os profissionais a compreender a necessidade do conhecimento proposto para a prática;</p> <p>Orientar sobre a importância do conhecimento em exames do pré-natal, como base o Manual do Ministério da Saúde;</p> <p>Sensibilizar sobre a importância da identificação de alterações nos exames de pré-natal na rotina da consulta do enfermeiro;</p> <p>Orientar sobre encaminhamentos eficientes no caso de exames alterados.</p>	<p>Manual de Gestação de Baixo Risco;</p> <p>Exames preconizados nos três trimestres gestacionais;</p> <p>Fatores de risco Gestacional;</p> <p>Rede Cegonha / Rede Alyne;</p> <p>Linha de Cuidado materno Infantil.</p>	<p>Tópicos com referencial teórico sobre análise e interpretação de exames do pré-natal de baixo risco;</p> <p>Links de acesso a portais da saúde com notícias.</p>	
---	--	---	---	--

### AValiação DE APRENDIZAGEM DO CURSO

<p>Conclusão do curso e avaliação da aprendizagem;</p> <p>Avaliação dos conteúdos disponibilizados no AVA;</p> <p><b>Obs: A emissão do certificado ocorrerá após os cursistas responderem os questionários de avaliação.</b></p> <p><b>Carga horaria: 8h</b></p>	<p>Avaliar o conhecimento adquirido no curso.</p>	<p>Consolidação dos conteúdos.</p>	<p>Link de acesso a avaliação do curso pelo público-alvo.</p>	<p>Ao final do curso, o cursista será direcionado para um questionário de avaliação do curso de análise e interpretação de exames do pré-natal de baixo risco: curso para enfermeiros da atenção primária a saúde.</p>
--	---	------------------------------------	---	--

Fonte: Elaborado pelas autoras (2024).

A plataforma *Moodle®* foi escolhida como AVA para facilitar os momentos de formação, proporcionando um espaço interativo e acessível aos participantes. Essa plataforma permitiu a organização e a centralização dos conteúdos educacionais, tornando o processo de ensino-aprendizagem mais dinâmico e eficiente. Esta fase compreende o planejamento do PI, que foi elaborado durante a fase de desenvolvimento, cujo conteúdo do curso é baseado em documentos do Ministério da Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e os órgãos regulamentadores da profissão do enfermeiro (Cofen, Coren), para guiar as atividades de aprendizagem e possibilitar a visualização de cada módulo e tópicos.

Na etapa de **desenvolvimento**, todos os materiais planejados na fase de *design* foram produzidos e organizados no *Moodle®*. Nessa fase, foram escritos textos didáticos, interfaces com materiais das bases de dados e atividades avaliativas.

O uso de materiais em *Portable Document Format* (PDF), com *link* de direcionamento para seu sítio de origem, permitirá aos cursistas a revisão dos conteúdos em diferentes formatos, de acordo com as preferências de estudo.

O desenvolvimento de um PI representa uma etapa fundamental na elaboração de cursos na área da saúde, especialmente em enfermagem, pois contribui para a qualidade, a organização e a efetividade do processo educativo. Cada etapa do PI — desde a análise de necessidades e definição de objetivos até a escolha de metodologias e avaliação dos resultados — desempenha um papel importante na construção de um curso que atende às demandas dos cursistas e às exigências do mercado profissional.

A análise inicial permite identificar lacunas no conhecimento, enquanto a definição clara de objetivos orienta a construção de conteúdos relevantes e contextualizados. A seleção de metodologias compromete-se a promover o engajamento dos participantes, enquanto a avaliação contínua garante a melhoria constante do curso.

Para a enfermagem, o PI possibilita uma formação baseada em evidências e verificação às diretrizes de políticas públicas de saúde, resultando na capacitação de profissionais para a prática clínica e a gestão do cuidado (Galvão; Savada, 2003).

As fases de **implementação e avaliação** apresentadas na figura 1 serão desenvolvidas em um projeto futuro.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção de um PI mostrou-se um processo dinâmico e desafiador, mas extremamente eficaz para a criação de um curso *online* capaz de atender às necessidades educacionais do público-alvo. A aplicação do modelo *ADDIE* possibilitou uma abordagem sistemática, que garantiu o planejamento, o desenvolvimento e a avaliação de cada etapa do curso de forma detalhada e coerente, desde a análise inicial até a avaliação final dos resultados.

Ao longo das fases foi possível observar a importância de um planejamento pedagógico sólido, que alinhasse os objetivos de aprendizagem às ferramentas tecnológicas oferecidas pela plataforma escolhida.

Assim, a construção deste PI mostrou um processo que vai além da simples organização de conteúdo. Ele envolve uma articulação entre pedagogia e tecnologia, essencial para facilitar a interação dos cursistas com o conhecimento e promover uma aprendizagem significativa. O uso do modelo *ADDIE* proporcionou uma estrutura clara e eficiente, garantindo a qualidade pedagógica do curso e sua adaptação às necessidades e expectativas dos cursistas.

Em suma, o processo de desenvolvimento do PI para um curso no *Moodle®* permitiu explorar o que a plataforma oferece, desde suas funcionalidades mais básicas até recursos mais

avançados. Essa experiência reafirma que, com um planejamento adequado e uma metodologia estruturada, é possível criar cursos *online* que não apenas transmitam conhecimento, mas também envolvam, motivem e preparem os alunos para a aplicação prática do que aprenderam.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. M. *et al.* Formação continuada em enfermagem: desafios e perspectivas para a prática baseada em evidências. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 4, p. 1-8, 2020.

BARBOSA, T. Personalização do ambiente de aprendizagem no Moodle: eficácia e adaptação em cursos à distância. **Revista Brasileira de Educação e Tecnologia**, v. 4, p. 102-118, 2023.

BARBOSA, T.; SOUZA, L. Design instrucional: um processo sistemático de desenvolvimento de experiências de aprendizagem. **Revista de Educação e Tecnologia**, v. 2, p. 45-67, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico: pré-natal e puerpério – atenção comprometida e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Brasília: Cofen, 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN). **Regulamentação da Profissão de Enfermagem**. Disponível em: <http://con.gov.br>

FILATRO, A. **Design instrucional contextualizado: educação e tecnologia**. São Paulo: Senac, 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

LIMA, M. Planejamento pedagógico e o sucesso em cursos de EaD: uma análise das metodologias e ferramentas tecnológicas. **Educação Online**, v. 3, p. 112-130, 2022.

LIMA, M.; SOUZA, L. Utilização da plataforma Moodle no processo de ensino-aprendizagem. **Cadernos de Educação Online**, v. 2, p. 45-60, 2021.

MORAN, J. Utilização de recursos interativos no ensino a distância: análise de ferramentas no Moodle. **Revista Educação a Distância**, v. 1, p. 70-85, 2020.

REIS, P. *et al.* Modelo ADDIE e sua aplicação no desenvolvimento de cursos EaD. **Revista de Educação e Tecnologias**, v. 1, p. 33-48, 2022.

REIS, P. *et al.* O modelo ADDIE como metodologia para cursos em ambientes virtuais. **Cadernos de Educação**, v. 1, p. 78-95, 2022.

SANTOS, J.F. *et al.* Interação em ambientes virtuais de aprendizagem: impactos na formação de enfermeiros. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 1, p. 75-82, 2022.

SANTOS, M.A.; OLIVEIRA, C.R.; LIMA, F.C. Aprendizagem baseada em problemas no ensino superior: desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Educação Superior**, 2024.

SELEME, R.; MUNHOZ, A. Modelo ADDIE e a aplicação na educação a distância: uma revisão teórica. **Revista Brasileira de Educação a Distância**, v. 3, p. 67-82, 2009.

SILVA, D.A.; OLIVEIRA, T.P. Educação a distância na formação de enfermeiros: uma análise das potencialidades e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 5, e00012321, 2021.

SILVA, R.; LEITE, C. O crescimento da EaD no Brasil e a democratização do ensino. **Revista Brasileira de Educação a Distância**, v. 4, p. 33-50, 2021.

## CAPÍTULO 3

# CURSO DE ATUALIZAÇÃO PARA ENFERMEIROS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NA GESTAÇÃO DE BAIXO RISCO

EDIANE BERGAMIN

DENISE ANTUNES DE AZAMBUJA ZOCHE

### INTRODUÇÃO

O serviço público de saúde no Brasil se dá através do Sistema Único de Saúde (SUS), onde se desenvolve a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que contempla práticas de gestão qualificada e de cuidado integrado com ênfase na saúde materno infantil, por ser essa uma prioridade nos investimentos e políticas de saúde. Pode-se mencionar ainda, que na atenção básica (AB) o cuidado em saúde é realizado por equipe multiprofissional, a qual assume responsabilidade sanitária por um determinado território. A PNAB tem na Equipe de Saúde da Família (eSF), a sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica (Brasil, 2017).

Nesse contexto, a consulta do enfermeiro durante o pré-natal se respalda também pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem nº 7.498/86, de modo que este profissional pode atuar no cuidado ao pré-natal de baixo risco, cabendo-lhe prestar uma assistência de enfermagem humanizada, podendo prescrever medicamentos estabelecidos pelos programas de saúde e desenvolver atividades de educação em saúde de forma individual ou coletiva (Brasil, 1986).

Embora o acompanhamento ao pré-natal de baixo risco possa ser realizado inteiramente pelo enfermeiro, respaldado pelas orientações ministeriais e le-

gislação do exercício profissional que o habilita para tal, o espaço ocupado por este profissional está aquém do esperado (Sehnm *et al.*, 2020).

Nesse sentido, espera-se que a AB, por meio do trabalho em equipe, fortaleça ações que valorizem e preconizem a promoção da saúde, aqui no caso, das mulheres e crianças. Assim, pode-se dizer que na eSF o enfermeiro tem um papel importante, pois é um profissional que gerencia, organiza e presta assistência por meio de seu conhecimento e habilidade, contribuindo com a redução de erros referente a assistência à saúde das gestantes e recém-nascidos. No entanto, é preciso o aperfeiçoamento contínuo deste cuidado, e conseqüentemente, deste profissional (Silva; Andrade, 2020).

Diante desta realidade, e alinhada aos estudos apresentados, acredita-se que se faz necessário oferecer ações educativas para que os enfermeiros atuem plenamente em prol da qualificação da assistência pré-natal, com aprimoramento científico e formação contínua, corroborando inclusive para seu maior reconhecimento pela sociedade. E nesse sentido pergunta-se: quais são os conteúdos necessários para atualizar os conhecimentos dos enfermeiros que atuam na atenção à saúde da mulher na gestação de baixo risco?

O capítulo descreve como foi realizada a elegibilidade dos conteúdos e escolha da modalidade de curso para a construção de um curso de atualização voltado a enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (APS), com foco no cuidado à mulher durante a gestação de baixo risco, fundamentado nas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa metodológica. A pesquisa metodológica também permite desenvolver tecnologias cuidados-educacionais e gerenciais, além da validação de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem (Teixeira; Nascimento, 2020).

Este tipo de estudo envolve a produção, construção, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa com o objetivo de elaborar um produto (Polit; Beck, 2019). Desta forma, esta metodologia torna-se aplicável na área da enfermagem, considerando que a prática profissional contempla os enfermeiros assistenciais e permite uma interação e integração entre o ensino-serviço.

No contexto desta pesquisa, utilizou-se o conceito de capacitação descrito no Decreto Federal 5825 de 29 de junho de 2006, sendo este definido como:

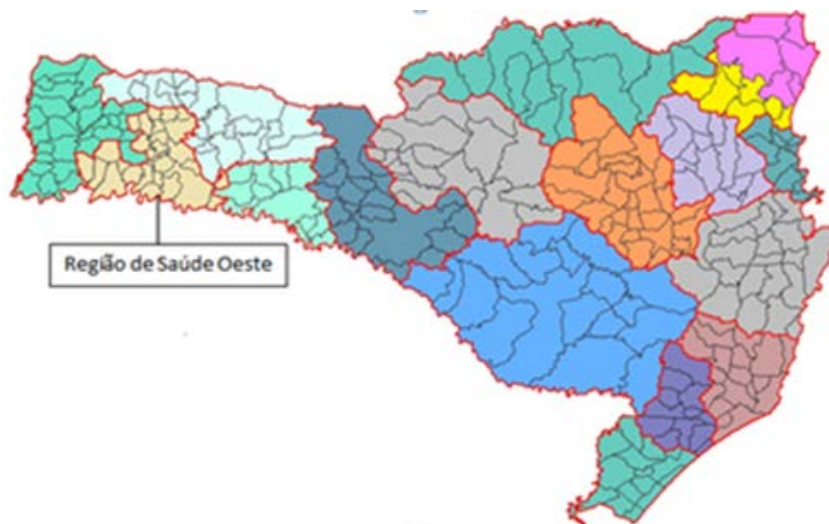
“processo permanente e deliberado de aprendizagem, que utiliza ações de aperfeiçoamento e qualificação, com o propósito de contribuir para o desenvolvimento de competências institucionais, por meio do desenvolvimento de competências individuais” (Brasil, 2006, s. p.).

O Estado de Santa Catarina (SC) organiza-se em 17 Regiões de Saúde (Santa Catarina, 2018) (Figura 01), sendo que a Região de Saúde Oeste foi definida como campo de estudo desta pesquisa. A Região de Saúde corresponde ao:

“espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (Brasil, 2011, s.p.).

A figura a seguir representa a configuração atual das Regiões de Saúde do Estado de SC.

FIGURA 01 - MAPA DO ESTADO DE SANTA CATARINA INDICANDO AS 17 REGIÕES DE SAÚDE.



Fonte: COSEMS/SC - Deliberação 184/CIB/2021, p. 14.

Os convidados a participar da pesquisa foram todos os enfermeiros que fazem parte das eSF dos municípios da Região de Saúde Oeste, ou que estão cadastrados na AB apenas como enfermeiros, a partir dos dados coletados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (SCNES).

Os critérios de inclusão para participação foram: ser enfermeiro e estar atuando na AB dos municípios da Região de Saúde Oeste. Foram excluídos os enfermeiros que no momento da pesquisa estavam em afastamento do serviço, por motivo de férias, licença prêmio ou licença saúde.

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram realizadas cinco fases, adaptadas de Polit e Beck (2019), sendo elas: fase exploratória, construção do curso, implementação, avaliação e publicização dos resultados. Neste capítulo será apresentado e discutido os resultados da primeira fase apenas.

A fase exploratória foi desenvolvida a partir de três etapas que se complementam: aplicação de questionário, análise documental e bibliográfica e consulta às Coordenações Estaduais da Rede Cegonha e Saúde da Mulher.

A etapa de aplicação de questionário consistiu no levantamento de temas/conteúdos junto aos participantes por meio da aplicação de um questionário que foi construído com o auxílio do programa *Google Forms*. No questionário foram elencados 30 temas pela pesquisadora, a fim de que estes fossem eleitos pelos enfermeiros participantes a partir de suas necessidades. Além disso, os participantes também poderiam eleger qual a melhor forma de oferta daquele tema/conteúdo: remoto, presencial ou híbrido. Ao mesmo tempo foi oportunizado aos participantes fazerem suas próprias sugestões, através da inserção de campos em branco, bem como campo para comentários acerca dos temas indicados pela pesquisadora.

O questionário foi enviado aos 27 enfermeiros coordenadores de AB dos municípios que compõem a Região de Saúde Oeste por correio eletrônico e pelo grupo denominado 'APS' no aplicativo *WhatsApp Business*, ao qual a pesquisadora pertence. Destaca-se que a pesquisadora possui a lista de contatos de e-mails e está inserida no grupo em virtude da sua função, hoje coordenadora regional de Atenção Básica. Portanto, quando foi enviado o convite, foi solicitado aos coordenadores que o questionário fosse compartilhado com os demais enfermeiros, público-alvo da pesquisa, a fim de atingir o total de 118 enfermeiros, que na época correspondia ao total de profissionais registrados no sistema E-Gestor em eSF e AB da Região de Saúde Oeste.

O envio do questionário aconteceu no dia 13 de julho de 2022, sendo que inicialmente 51 enfermeiros haviam respondido ao questionário. Como o quantitativo de respostas estava muito aquém do esperado, a pesquisadora encaminhou novamente a solicitação para o levantamento das necessidades dos enfermeiros em primeiro de agosto, obtendo mais 51 respostas, totalizando 102 respostas. Com o intuito de atingir o máximo de profissionais e, assim, atender as necessidades de atualização da região, a pesquisadora realizou uma busca ativa pelos profissionais que ainda não haviam respondido ao questionário, através do contato de *WhatsApp* privado. Com isso, em 14 de setembro deu-se por encerrada esta etapa alcançando 124 respostas, ou seja, acima do proposto inicialmente.

Em seguida foi realizada uma análise documental e bibliográfica a fim de identificar os conteúdos, estudos brasileiros e internacionais, e documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Panamericana de Saúde (OPAS), Ministério da Saúde (MS), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina (COREN/SC) e artigos científicos contendo informações com grau de recomendação A ou B conforme o *Oxford Centre for Evidence-based Medicine*, para serem inseridos no curso de capacitação. A partir disso, iniciou a construção de uma matriz de design instrucional.

Posteriormente, foi solicitada uma avaliação à Coordenação Estadual da Rede Cegonha e Coordenação Estadual de Saúde da Mulher, a respeito da pertinência dos temas/conteúdos eleitos, a fim de atender e respeitar as normativas estaduais vigentes, no que diz respeito a implementação da Linha de Cuidado Materno Infantil, a qual foi aprovada pela Deliberação 86/CIB/2018.

O processo de validação consiste em coletar e analisar evidências por parte de juízes, os quais refutam ou apoiam o material de acordo com o objetivo para o qual ele foi proposto. Para isso foi utilizado o índice de validação de conteúdo (IVC) para validar o conteúdo. As questões foram avaliadas com base na escala *Likert* (1–Não, 2–Em partes, 3–Sim), visando determinar a relevância dos conteúdos tecnológicos. Para aprovação, os itens precisavam alcançar um Índice de Validação de Conteúdo (IVC) igual ou superior a 0,90. Aqueles com IVC inferior seriam ajustados conforme sugestões dos juízes. Os dados foram organizados no Excel® 2016, analisando-se a estatística descritiva com frequência absoluta, percentual e média. O IVC foi calculado somando-se os escores “2” e “3”. Itens avaliados com “1” passaram por revisão da pesquisadora para adequação conforme os critérios estabelecidos e feedback dos especialistas. A análise dos dados foi fundamentada em um Marco Teórico baseado nas orientações do Ministério da Saúde (MS), OPAS e OMS sobre acolhimento, humanização e boas práticas em obstetrícia no Brasil. Como Marco Legal, utilizaram-se documentos do MS, da SES/SC e do COFEN. Após validação do conteúdo, ele foi organizado em seis módulos sequenciais. Para sua estruturação na plataforma da Escola de Saúde Pública de Santa Catarina (ESP/SC), definiram-se objetivos educacionais com base na Taxonomia de Bloom, visando o desenvolvimento de competências nos domínios cognitivo, afetivo e psicomotor. O conteúdo está sendo elaborado por uma pes-

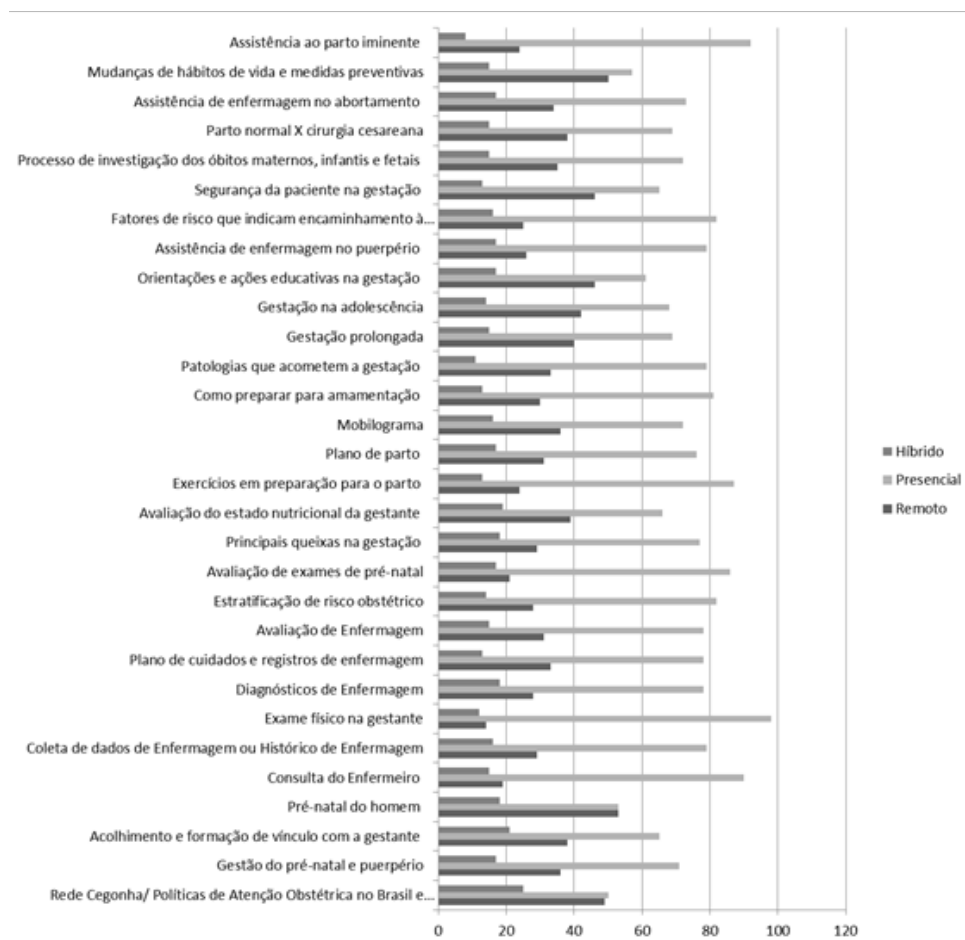
quisadora e enfermeiros especialistas, por meio da produção de roteiros para mídias impressas, imagens, áudios, vídeos e fóruns. Os materiais são desenvolvidos a partir da análise bibliográfica e documental, com o uso de *storyboards* que incluem espaços para inserção de textos e figuras, facilitando a construção de unidades de ensino voltadas à formação e capacitação profissional na área da obstetrícia humanizada.

Cabe ressaltar que este trabalho é um desdobramento de um macroprojeto que foi aprovado pelo Edital Acordo CAPES/COFEN nº 28/2019, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional sob número 4.689.980.47 intitulado “Desenvolvimento de tecnologias para a implantação e a implementação da sistematização da assistência de enfermagem” que objetivou desenvolver tecnologias para a implantação e a implementação da sistematização da assistência de enfermagem na Rede de Atenção à Saúde das macrorregiões de saúde Grande Oeste e Meio Oeste Catarinense

## DESENVOLVIMENTO

A partir da coleta de dados com os participantes, obteve-se os seguintes resultados com relação à proposta dos temas serem trabalhados remotamente, presencialmente ou de forma híbrida, de acordo com as sugestões de temas da pesquisadora (gráfico 01):

GRÁFICO 01 – ELEGIBILIDADE DOS PARTICIPANTES AOS POSSÍVEIS FORMATOS QUE SERÃO MINISTRADOS OS TEMAS PROPOSTOS PELA PESQUISADORA (REMOTO, PRESENCIAL OU HÍBRIDO).



Fonte: Banco de dados dos Autores (2022).

O gráfico 01 demonstra claramente que 29 dentre os 30 temas sugeridos pela pesquisadora, foram eleitos pelos participantes para serem ministrados no formato presencial. Essa escolha se justifica porque nos anos anteriores vivenciou-se a pandemia da Covid-19, que exigiu que o ensino presencial fosse rapidamente adaptado ao remoto. Essa transição impossibilitou um planejamento adequado para o uso das Tecnologias digitais de informação e comunicação (TDIC), e seu uso passou a ser a única possibilidade de formação visto que era necessário manter o distanciamento social. Entretanto, a maior perda que houve segundo Senhoras (2021) seria o contato interpessoal do professor com os estudantes e a relação destes entre si, que a tecnologia não consegue suprir.

A partir do gráfico 1 pode-se observar que os temas mais sugeridos para serem trabalhados presencialmente são os que envolvem a consulta do enfermeiro em si, como o exame físico na gestante, a assistência ao parto iminente, a coleta de dados ou histórico de enfermagem, os exercícios em preparação para o parto, a avaliação de exames do pré-natal, a estratificação de risco obstétrico e os fatores de risco que indicam encaminhamento à urgência e emergência obstétrica.

Analisando as necessidades dos enfermeiros, e reiterando que a assistência pré-natal via SUS, ocorre por meio das eSF (Brasil, 2017), equipe composta também por enfermeiros, evidencia-se que a consulta do enfermeiro durante o pré-natal, apesar de estar respaldada pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem nº 7.498/86 (Brasil, 1986), não está sendo realizada em sua integralidade.-

Para que ocorra uma assistência segura com relação à prescrição de medicamentos, por exemplo, é necessário interpretar corretamente os resultados de exames, estar atualizado quanto aos parâmetros normais destes que podem sofrer alterações a partir de novas evidências. Esta mesma lei que respalda o profissional para atuar no cuidado ao pré-natal de baixo risco integralmente, propõe uma assistência de enfermagem humanizada, com prescrição de medicamentos estabelecidos pelos programas de saúde, bem como o desenvolvimento de atividades de educação em saúde de forma individual ou coletiva (Brasil, 1986).

Em contrapartida, observa-se que apenas 52,4% dos enfermeiros sentem a necessidade de trabalhar o tema acolhimento e formação de vínculo com a gestante no formato presencial. Para Marques (2020), uma comunicação efetiva entre enfermeiro e gestante é fundamental para uma prática humanizada e de qualidade.

A partir da coleta de dados e da análise documental, deu-se início a construção da matriz de design instrucional. Para Filatro (2018), trata-se de um documento que organiza os elementos básicos do processo de ensino-aprendizagem, organizando o curso em módulos e unidades de estudo, que contemplam os objetivos de aprendizagem, os papéis do educador e dos alunos, as atividades que serão desenvolvidas para atingir os objetivos de aprendizagem, a duração de cada atividade, os conteúdos que serão trabalhados, as ferramentas e/ou tecnologias que serão utilizadas para realização das atividades e a avaliação, quando instrumentos serão utilizados para verificar se os objetivos de aprendizagem foram alcançados.

A referida matriz de design instrucional foi então inserida em um formulário *Google Forms* e encaminhada às Coordenações Estaduais da Rede Cegonha e Saúde da Mulher, a fim de identificar a pertinência dos temas/conteúdos eleitos, atendendo assim, as normativas estaduais vigentes. Desta consulta, obteve-se a aprovação da matriz com IVC de 0,98, o que demonstrou que a proposta alcançou a quase totalidade dos seus objetivos, contemplando praticamente todos os objetivos propostos.

As próximas fases compreendem a construção do curso e sua implementação via plataforma de ensino remoto, bem como a avaliação dos participantes e a publicização dos resultados por meio de apresentação de trabalhos, artigos científicos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou fortemente a necessidade dos enfermeiros em atualizar seus conhecimentos nos diversos temas que abrangem a gestação, sendo que todos os temas sugeridos pela pesquisadora e outros temas pelos participantes foram incluídos na matriz do curso.

Dentre os temas mais mencionados estão: o exame físico na gestante, a assistência ao parto iminente, a coleta de dados ou histórico de enfermagem, os exercícios em preparação para o parto, a avaliação de exames do pré-natal, a estratificação de risco obstétrico e os fatores de risco que indicam encaminhamento à urgência e emergência obstétrica, o que reitera a necessidade de promover uma atualização para fortalecer a realização da consulta de enfermagem nesta Região de Saúde, e conseqüentemente, ampliar o acesso ao pré-natal multiprofissional com qualidade e segurança para mães e bebês.

Um aspecto dificultador foi a necessidade de ampliar a etapa da fase exploratória, devido ao número expressivo de participantes envolvidos e a necessidade de mais tempo que o previsto no projeto para obter um alcance satisfatório na coleta dos dados.

Assim, torna-se indiscutível a necessidade de promover educação permanente em saúde conforme preconizam a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a PNAB, onde teoria e prática estejam cada vez mais fortalecidas, oportunizando a implementação de novas práticas que envolvem o processo de cuidar do enfermeiro.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm)

BRASIL. Portaria nº 198 GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: 2004, 13 fev. 2004.

BRASIL. **Decreto 5825 de 29 de junho de 2006**. Estabelece as diretrizes para elaboração do Plano de Desenvolvimento dos Integrantes do Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação, instituído pela Lei nº 11.091, de 12 de janeiro de 2005. Brasília: 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/decreto/d5825.htm#:~:text=Decreto%20n%C2%BA%205825&text=DECRETO%20N%C2%BA%205.825%2C%20DE%2029.12%20de%20janeiro%20de%202005](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5825.htm#:~:text=Decreto%20n%C2%BA%205825&text=DECRETO%20N%C2%BA%205.825%2C%20DE%2029.12%20de%20janeiro%20de%202005)

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, n. 123 de 29/06/2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b, 29 jun. 2011.

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). **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, p. 68, 21 set. 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>

COSEMS/SANTA CATARINA. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina. **Deliberação 184/CIB/2021**: Aprova a definição da composição das Macrorregiões de Saúde de Santa Catarina para o processo de Planejamento Regional Integrado. Florianópolis: Governo do Estado, 2021. Disponível em: <https://www.cosemssc.org.br/wp-content/uploads/2021/08/DELIBERACAO-CIB-184-2021.pdf>

FILATRO, A. **Como preparar conteúdos para EAD**: Guia rápido para professores e especialistas em educação à distância, presencial e corporativa. 1ª edição, São Paulo: Saraiva Educação, 2018.

MARQUES, B. L. *et al.* Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 1, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0098>

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

SEHNEM, Gr. D. *et al.* Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades da intervenção de enfermeiros brasileiros. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 5, n. 1, e19050, 2020. Disponível em: [https://scielo.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832020000100005?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832020000100005](https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832020000100005?script=sci_arttext&pid=S0874-02832020000100005)

SENHORAS, E. M. **Ensino Remoto e a pandemia de COVID-19**. Boa Vista: lolê, 2021.

SILVA, A. A. B.; ANDRADE, C. O papel do enfermeiro na assistência, educação e promoção da saúde no pré-natal. **Research, Society and Development**, v. 9, n.10, e9989109477, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9477>

TEIXEIRA, E.; NASCIMENTO, M. H. M. Pesquisa Metodológica: Perspectivas operacionais e densidades participativas. *In*: TEIXEIRA, E. (org). **Desenvolvimento de Tecnologias Cuidativo-Educacionais**, v. II, 1ª edição, Porto Alegre: Editora Moria, 2020, p. 51-62.

## CAPÍTULO 4

# VALIDAÇÃO DE ROTEIROS PARA CÍRCULOS DE CULTURA COMO TECNOLOGIA SOCIAL NA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

DIANE BASEI DE CONTO

CARINE VENDRUSCOLO

### INTRODUÇÃO

A validação de conteúdo é uma etapa fundamental no desenvolvimento de tecnologias educacionais em saúde, especialmente no âmbito dos programas de pós-graduação em Enfermagem. Esse processo contribui para a qualificação de instrumentos, roteiros e materiais que subsidiam práticas assistenciais, gerenciais e investigativas na área da saúde.

Este capítulo descreve a etapa de validação de conteúdo de uma Tecnologia Social (TS) desenvolvida para qualificar a atenção à saúde de imigrantes e refugiados. A pesquisa que fundamenta esta proposta teve como objetivos específicos: (1) validar roteiros para a realização de Círculos de Cultura (CC) como uma TS; e (2) realizar CC com imigrantes, refugiados e profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), visando identificar as principais demandas relativas ao acesso e à atenção integral à saúde, bem como as dificuldades e potencialidades dos profissionais no cuidado a essa população. A construção dos roteiros fundamentou-se em dois referenciais teórico-metodológicos: a Pedagogia de Paulo Freire e a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC) de Madeleine Leininger (Leininger, 2002).

Os CC, sistematizados por Paulo Freire (2019), representam uma metodologia pedagógica de caráter profundamente democrático e libertador, que promove

uma aprendizagem dialógica e integral. Essa proposta rompe com modelos fragmentados e verticalizados de ensino, fomentando a reflexão crítica e a tomada de consciência sobre os problemas vivenciados em contextos específicos. Nessa perspectiva, os CC valorizam as culturas locais e a oralidade, contrapondo-se a modelos elitistas e bancários de educação.

Historicamente, os CC surgiram na década de 1960, no contexto das experiências de alfabetização de adultos no Rio Grande do Norte e em Pernambuco, vinculadas ao Movimento de Cultura Popular. Mais do que um instrumento para alfabetizar, os CC buscavam favorecer o reconhecimento da dignidade humana e da capacidade dos sujeitos de serem autores de sua própria história e cultura, ampliando sua compreensão da realidade (Brasil, 2014).

Os CC se caracterizam por encontros coletivos nos quais os participantes compartilham vivências e saberes, mediados por um facilitador, que atua na problematização dos *Temas Geradores* emergentes. Essa dinâmica promove um diálogo horizontalizado, no qual todos são sujeitos do processo educativo, favorecendo a construção coletiva do conhecimento (Dalmolin; Heidemann; Freitag, 2019). Trata-se, portanto, de uma práxis pedagógica comprometida com a emancipação dos sujeitos, ao estimular a consciência crítica e o desvelamento das interconexões culturais, sociais e político-econômicas que moldam suas realidades (Brasil, 2014).

Estudo realizado por Souza *et al.*, (2021) sobre a aplicação dos CC na Enfermagem demonstra que essa metodologia favorece reflexões profundas sobre a prática profissional, o ensino e a pesquisa, fortalecendo o empoderamento dos participantes e a construção de saberes compartilhados. Apesar da ainda limitada utilização dos CC na Enfermagem, a experiência se mostra potente para promover a autonomia dos sujeitos e transformar tanto os educandos quanto os educadores, mediante uma ação dialógica e reflexiva.

No âmbito da pesquisa qualitativa participativa, o *Itinerário Investigativo Freiriano* viabiliza a compreensão das necessidades individuais e coletivas, potencializando processos de cuidado mais humanizados, emancipatórios e alinhados aos princípios da Educação Popular. Nesse contexto, os CC promovem o diálogo interprofissional e intercultural, fortalecendo práticas que valorizam saberes diversos — técnicos, científicos, populares e tradicionais (Freire, 2019).

De acordo com Borges *et al.*, (2022), os CC também se configuram como instrumentos que fortalecem o empoderamento dos sujeitos sobre sua própria saúde e seus direitos, sendo aplicáveis a diferentes contextos, faixas etárias e situações, sem se restringirem à abordagem curativo-preventiva, mas priorizando o bem-estar integral.

O desenvolvimento de Tecnologias Sociais está, portanto, comprometido com a transformação social, a promoção da inclusão, da participação cidadã e do fortalecimento de sujeitos e coletivos. Isso pressupõe práticas metodológicas que dialoguem com diferentes saberes e fomentem processos democráticos e participativos no planejamento, monitoramento e avaliação das ações (Teixeira; Mota, 2011; Brasil, 2020).

Embora os CC já venham sendo adaptados para pesquisas em saúde e na Enfermagem (Souza *et al.*, 2021; Soares Júnior, 2022), sua aplicação requer flexibilidade metodológica. Assim, a elaboração de roteiros sistematizados busca facilitar sua implementação em diferentes contextos e públicos, fortalecendo sua utilização como metodologia participativa de investigação e de Educação Popular em saúde.

Diante disso, o objetivo deste capítulo é relatar o processo de elaboração e validação dos roteiros para a condução de Círculos de Cultura.

Conforme DeVellis (2017), a validação de conteúdo corresponde à verificação da adequação de um conjunto de itens na representação fiel do construto que se pretende avaliar. No desenvolvimento de uma tecnologia educacional, essa etapa é fundamental para assegurar a legitimidade, clareza, representatividade e aplicabilidade dos materiais destinados ao público-alvo. Para isso, é imprescindível utilizar instrumentos que considerem critérios relacionados ao conteúdo, à estrutura e à organização dos materiais.

## METODOLOGIA

A validação de conteúdo é uma etapa essencial no desenvolvimento de TS aplicadas à saúde, pois assegura que os materiais produzidos sejam claros, pertinentes e adequados ao público-alvo, conferindo legitimidade à sua utilização na prática (Teixeira; Mota, 2011). No contexto da construção de roteiros para CC, essa etapa torna-se ainda mais relevante, considerando que se trata de uma metodologia dialógica, centrada no protagonismo dos participantes e na valorização dos saberes culturais. Assim, a validação não apenas verifica a robustez técnico-científica dos roteiros, mas também sua aderência aos princípios da Educação Popular e do cuidado culturalmente competente (Freire, 2019), fundamentais para o enfrentamento das desigualdades no acesso à saúde de imigrantes e refugiados.

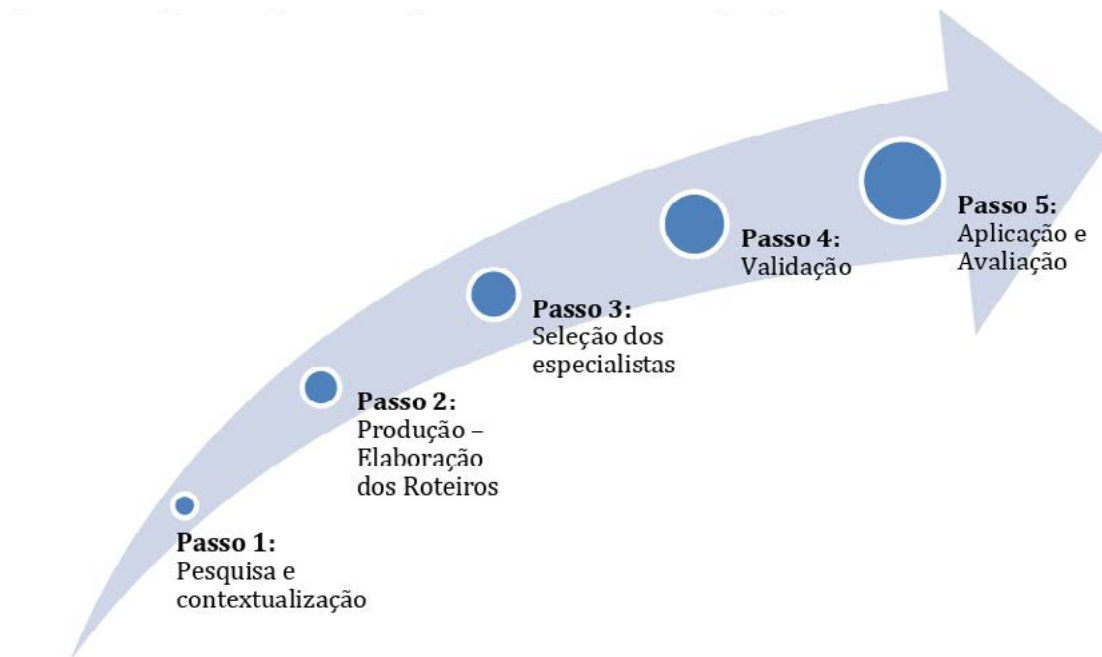
Trata-se de um relato de experiência, cujo processo inicia com um estudo do tipo metodológico, com ênfase em uma das fases, que foi a elaboração e validação de conteúdo dos roteiros, realizada por meio da apreciação de especialistas. Este estudo integra um macroprojeto desenvolvido no âmbito do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina (MPEAPS/UDESC).

Foram validados dois roteiros elaborados para a condução dos CC: um direcionado a imigrantes e refugiados, usuários da APS, e outro voltado a profissionais de saúde atuantes na APS, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em um município do Oeste de Santa Catarina. Os encontros tinham como propósito desvelar as principais demandas relacionadas ao acesso e à atenção integral à saúde dessa população, bem como compreender as dificuldades e potencialidades dos profissionais no cuidado e na gestão do atendimento a imigrantes e refugiados.

A construção dos roteiros foi precedida de um estudo da literatura, que permitiu contextualizar o problema e fundamentar os conteúdos. Os roteiros foram elaborados à luz de dois referenciais teórico-metodológicos: **Paulo Freire**, por meio do Itinerário de Pesquisa Freiriano, uma estratégia pedagógica estruturada em movimentos que estimulam o diálogo, a reflexão crítica e a construção coletiva de estratégias para enfrentar desafios — neste caso, relacionados ao acesso de imigrantes e refugiados à APS (Freire, 2021); e **Madeleine Leininger**, cuja Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC) embasa a necessidade de considerar elementos culturais no planejamento e oferta do cuidado, destacando a importância da competência cultural na atenção às populações migrantes (Leininger, 2002).

Após a elaboração dos roteiros, foram realizadas as etapas de composição do comitê de especialistas, validação do material e, posteriormente, aplicação dos roteiros nos CC, seguida da avaliação pelos participantes, conforme Figura 01.

FIGURA 01- REPRESENTAÇÃO DAS ETAPAS DO MÉTODO DA MACROPESQUISA



Fonte: elaborado pelos autores (2024).

O processo de validação concentrou-se na verificação da clareza, pertinência e robustez do conteúdo dos roteiros, conferindo-lhes legitimidade para a prática. Na ausência de testes estatísticos específicos para a validade de conteúdo, a abordagem qualitativa, por meio da apreciação de um comitê de especialistas, é reconhecida como apropriada para estudos dessa natureza (Teixeira, 2020).

A fim de assegurar a validade de conteúdo, foi necessária a definição de uma amostra qualificada de especialistas e dos critérios para análise dos itens a serem validados. A seleção foi direcionada à avaliação tanto da dimensão técnico-científica, quanto da relevância e aplicabilidade dos roteiros. Para isso, considerou-se fundamental a participação de especialistas com experiência na área da saúde, na metodologia dos CC e/ou na temática da imigração.

O critério amostral seguiu as recomendações clássicas de Lynn (1986), que propõe entre cinco e dez especialistas, e de Pasquali (1997), que sugere de seis a vinte participantes, visando equilíbrio entre diversidade de perspectivas e viabilidade operacional.

A seleção dos especialistas foi realizada por meio de busca ativa na Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), associada à técnica de amostragem não probabilística por cadeia, também conhecida como *Snowball Technique* (Biernacki; Waldorf, 1981). Essa técnica consiste em solicitar que os participantes iniciais indiquem novos especialistas com perfil semelhante, favorecendo a construção de uma rede de contatos qualificados e alinhados ao objeto do estudo.

Foram adotados, como critérios de inclusão, os parâmetros adaptados de Teixeira (2021) e Benevides *et al.*, (2016), sendo necessário que o especialista atendesse, no mínimo, dois dos seguintes requisitos:

- Ser profissional da saúde ou da educação com formação *stricto sensu* na área da saúde;
- Ter experiência prática com CC, comprovada por meio de publicações ou atuação reconhecida;

- Atuar ou ter formação relacionada à Saúde Coletiva, especialmente na APS;
- Participar de grupo de pesquisa relacionado à educação em saúde, tecnologias sociais ou temas afins;
- Ser docente em ensino superior, atuando em ensino ou pesquisa em temáticas correlatas;
- Possuir publicações na área de imigração, diversidade cultural, CC ou metodologias participativas.

Foram excluídos os especialistas que não responderam ao formulário após dois contatos por e-mail ou que o preencheram de forma incompleta.

Participaram do processo de validação nove especialistas, quantitativo que se enquadra nas recomendações da literatura (Lynn, 1986; Pasquali, 1997). A literatura reconhece, inclusive, que a limitação no número de especialistas não compromete a qualidade da validação, especialmente em processos com abordagem predominantemente qualitativa (Lopes; Silva; Araújo, 2013; Oliveira; Duran, 2015).

O instrumento de validação foi elaborado em formato eletrônico na plataforma *Microsoft Forms*, adaptado a partir de Teixeira e Mota (2011). Consistia em uma escala do tipo *Likert* de quatro pontos, em que os especialistas avaliavam cada item dos roteiros com as seguintes opções:

- 1 – Totalmente adequado;
- 2 – Adequado;
- 3 – Parcialmente adequado;
- 4 – Inadequado.

Quando selecionadas as opções “3” (parcialmente adequado) ou “4” (inadequado), os especialistas eram convidados a justificar sua avaliação e sugerir melhorias.

O instrumento estava organizado em dois blocos:

- **Bloco 1 – Objetivo do material**, com seis tópicos avaliativos;
- **Bloco 2 – Estrutura e apresentação**, com nove tópicos que consideravam aspectos de organização, clareza, linguagem e estratégias pedagógicas.

O convite para participação foi enviado por e-mail, acompanhado de uma carta explicativa, o link para acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e ao instrumento de validação, contendo também os objetivos do estudo e o prazo estimado para devolutiva.

A análise quantitativa foi realizada por meio do cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), utilizando a seguinte fórmula: **IVC = (número de respostas “1” + “2”) ÷ (número total de respostas)**.

Esse índice permite avaliar o grau de concordância dos especialistas em relação a cada item e ao instrumento como um todo. Respostas com escores “3” e “4” foram qualitativamente analisadas para incorporação de sugestões de melhoria.

Após a etapa de validação, os roteiros foram aplicados em dois CC, um com imigrantes e refugiados e outro com profissionais da APS. Ao final de cada encontro, realizado em sala de reuniões da Câmara de Vereadores, com duração média de duas horas, foi aplicada uma avaliação dos participantes sobre a metodologia, buscando validar também a aplicabilidade prática dos roteiros desenvolvidos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, sob o parecer nº 6.878.306, CAAE nº 78502124.4.0000.0118 em 10/06/2024.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A utilização dos CC como proposta metodológica na Educação Popular em saúde, além de configurar-se como uma prática democrática e participativa, representa um dispositivo potente de construção de TS. Nesse contexto, os CC permitem que os interesses, saberes e experiências dos participantes, ao serem compartilhados e refletidos coletivamente, se transformem em pontos de convergência para a construção de soluções no campo da saúde. Assim, a validação dos roteiros foi etapa fundamental, garantindo que a proposta metodológica estivesse alinhada aos princípios da Educação Popular e às necessidades dos públicos envolvidos.

### Caracterização dos Especialistas Avaliadores

Participaram da etapa de validação nove especialistas, dos quais 78% eram do sexo feminino e 22% do sexo masculino, todos com idade superior a 20 anos. Em relação à titulação, seis eram doutores, dois mestres e um possuía especialização lato sensu. Sobre o tempo de atuação profissional, 22% tinham menos de cinco anos de experiência, 11% entre 10 e 15 anos, 22% entre 15 e 20 anos e 44% tinham mais de 20 anos de atuação.

### Validação do Roteiro para Círculo de Cultura com Imigrantes e Refugiados

#### *Bloco: Objetivos do Material*

As respostas dos especialistas indicaram consenso quanto à adequação dos objetivos do roteiro. Todos os itens obtiveram Índice de Validade de Conteúdo (IVC) igual a 1,00, com classificações entre “totalmente adequado” e “adequado”.

TABELA 1 - RESPOSTAS DOS ESPECIALISTAS REFERENTES AOS OBJETIVOS DO ROTEIRO PARA CC COM IMIGRANTES E REFUGIADOS NO CONTEXTO DA APS

ITENS	1 TOTALMENTE ADEQUADO	2 ADEQUADO	3 PARCIALMENTE ADEQUADO	4 INADEQUADO	IVC
1	7	2	0	0	1,0
2	6	3	0	0	1,0
3	6	3	0	0	1,0
4	4	5	0	0	1,0
5	5	4	0	0	1,0
6	6	3	0	0	1,0
<b>Percentual</b>	<b>62,96%</b>	<b>37,04%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1,00</b>

Fonte: elaborado pelos autores (2024).

Em termos percentuais, 62,96% dos especialistas consideraram os objetivos totalmente adequados, enquanto 37,04% os avaliaram como adequados, não havendo nenhuma resposta nas categorias “parcialmente adequado” ou “inadequado”.

### Bloco: Estrutura e Apresentação

Neste bloco, a maioria das respostas se concentrou nas categorias “totalmente adequado” e “adequado”, com apenas 3,70% indicando “parcialmente adequado” em um dos itens avaliados.

TABELA 2 - RESPOSTAS DOS ESPECIALISTAS REFERENTES A ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO DO MATERIAL: ORGANIZAÇÃO E ESTRATÉGIAS DO ROTEIRO PARA CC COM IMIGRANTES E REFUGIADOS NO CONTEXTO DA APS

ITENS	1 TOTALMENTE ADEQUADO	2 ADEQUADO	3 PARCIALMENTE ADEQUADO	4 INADEQUADO	IVC
7	5	4	0	0	1,0
8	5	4	0	0	1,0
9	4	5	0	0	1,0
10	4	4	1	0	0,9
11	4	4	1	0	0,9
12	5	4	0	0	1,0
13	6	3	0	0	1,0
14	5	3	1	0	0,9
15	7	2	0	0	1,0
<b>Percentual</b>	<b>55,56%</b>	<b>40,74%</b>	<b>3,70%</b>	<b>0,0%</b>	
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>33</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0,96</b>

Fonte: elaborado pelos autores (2024).

O IVC Global do roteiro foi de 0,96, valor que, segundo a literatura (Rocha et al., 2019), é considerado excelente e suficiente para validação do instrumento, pois supera o parâmetro mínimo de 0,90.

### Validação do Roteiro para Círculo de Cultura com Profissionais de Saúde

#### Bloco: Objetivos do Material

A avaliação dos objetivos do roteiro voltado aos profissionais de saúde apresentou resultados idênticos ao anterior, com IVC de 1,00 em todos os itens, denotando total concordância dos especialistas sobre sua adequação.

TABELA 3 - RESPOSTAS DOS ESPECIALISTAS REFERENTES AOS OBJETIVOS DO ROTEIRO PARA CC COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ATENDIMENTO A IMIGRANTES E REFUGIADOS NO CONTEXTO DA APS

ITENS	1 TOTALMENTE ADEQUADO	2 ADEQUADO	3 PARCIALMENTE ADEQUADO	4 INADEQUADO	IVC
1	7	2	0	0	1,0
2	6	3	0	0	1,0
3	5	4	0	0	1,0
4	7	2	0	0	1,0
5	4	5	0	0	1,0
6	5	4	0	0	1,0
<b>Percentual</b>	<b>62,96%</b>	<b>37,04%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1,00</b>

Fonte: elaborado pelos autores (2024).

### *Bloco: Estrutura e Apresentação*

Neste bloco, houve uma única resposta na categoria “parcialmente adequado”, concentrada em um dos itens avaliados. As demais respostas foram majoritariamente “totalmente adequado” e “adequado”.

TABELA 4 - RESPOSTAS DOS ESPECIALISTAS REFERENTES A ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO DO MATERIAL: ORGANIZAÇÃO E ESTRATÉGIAS DO ROTEIRO PARA CC COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ATENDIMENTO A IMIGRANTES E REFUGIADOS NO CONTEXTO DA APS

ITENS	1 TOTALMENTE ADEQUADO	2 ADEQUADO	3 PARCIALMENTE ADEQUADO	4 INADEQUADO	IVC
7	7	2	0	0	1,0
8	7	2	0	0	1,0
9	5	3	1	0	0,9
10	5	4	0	0	1,0
11	5	4	0	0	1,0
12	6	3	0	0	1,0
13	6	3	0	0	1,0
14	6	3	0	0	1,0
15	8	1	0	0	1,0
<b>Percentual</b>	<b>67,90%</b>	<b>30,86%</b>	<b>1,24%</b>	<b>0,0%</b>	
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0,99</b>

Fonte: elaborado pelos autores (2024).

O IVC Global foi de 0,99, indicando excelente grau de concordância dos especialistas, acima do parâmetro recomendado na literatura.

## SUGESTÕES QUALITATIVAS DOS ESPECIALISTAS

Além da avaliação quantitativa, os especialistas ofereceram sugestões qualitativas relevantes, especialmente sobre:

- A necessidade de reforçar que os roteiros são **modelos adaptáveis**, respeitando as especificidades dos diferentes públicos;
- A atenção ao uso de um **vocabulário acessível e inclusivo**, adequado ao universo dos participantes;
- O cuidado com a fidelidade metodológica do Itinerário Freiriano, especialmente nas etapas de **Investigação Temática, Codificação e Desvelamento Crítico**.

As sugestões foram analisadas, e as condutas adotadas pelos pesquisadores estão devidamente descritas nos quadros, indicando os ajustes realizados ou as justificativas para não acatamento, quando pertinente.

QUADRO 1 - APONTAMENTOS REFERENTES AO ROTEIRO PARA CC COM IMIGRANTES E REFUGIADOS.

CODINOME	ITEM AVALIADO	RESPOSTA	MOTIVO E SUGESTÃO DE MELHORIA	CONDUTA DA PESQUISADORA
E 02	O material é apropriado ao público-alvo?	Parcialmente Adequado	Minha observação é referente a dois pontos: primeiro estarmos atentos a não engessarmos o método o qual, em sua riqueza, possibilita infinitas possibilidades de ação-reflexão-ação. Segundo ponto é referente ao vocabulário ser ou não acessível. Penso que está claro, mas precisa estar acessível a todos os públicos nos quais a metodologia pode ser aplicada.	Nos roteiros foi acrescentada a ressalva de que eles são “modelos adaptáveis” para diferentes públicos.  O vocabulário foi revisto e ajustado, com vistas a sua abrangência.
	O material colabora na compreensão do conteúdo?	Parcialmente Adequado		
	O vocabulário é acessível?	Parcialmente Adequado		

Fonte: elaborado pelos autores (2024).

QUADRO 2 - APONTAMENTOS REFERENTES AO ROTEIRO PARA CC COM PROFISSIONAIS DA SAÚDE

CODINOME	ITEM AVALIADO	RESPOSTA	MOTIVO E SUGESTÃO DE MELHORIA	CONDUTA DA PESQUISADORA
E 07	O Conteúdo esclarece conceitos	Parcialmente Adequado	Sugiro que o conteúdo apresente uma situação de atendimento ideal, humanizado, para que eles tenham como modelo para sua assistência. Sugiro também a construção de vinhetas para representar os casos a serem discutidos.	Não acatada. O objetivo do roteiro é permitir que os participantes sejam instigados a identificar possíveis soluções com base na percepção da própria realidade, o que torna inviável que o mediador apresente modelos prontos

Fonte: elaborado pelos autores (2024).

QUADRO 3 - APONTAMENTOS GERAIS SOBRE OS ROTEIROS PARA CC

CODINOME	OUTRAS CONTRIBUIÇÕES PARA A PESQUISA	CONDUTA DA PESQUISADORA
E01	Parabéns pela proposta, é uma temática muito necessária, visto que há um aumento de imigrantes no país, em especial na região Sul do Brasil.	
E02	Desejo muito sucesso às pesquisadoras e endosso a relevância da temática, parabenizando-as pela escolha metodológica que certamente trará grandes reflexões à APS. Fico à disposição!	
E05	Parabéns pela temática e instrumentos construídos.	
E06	Retirar a ação “elaborar uma lista com os temas geradores finais” da etapa de Desvelamento Crítico. A lista de Temas Geradores faz parte da primeira etapa (Investigação Temática). No Desvelamento Crítico, deve-se apontar ações para modificar os Temas Geradores, transformando a realidade. Isso está contemplado nas duas ações indicadas no roteiro.	Acatado
E07	Material muito bem construído para instigar a reflexão crítica do problema abordado e mudança de comportamento. estou ansiosa pelos resultados!	
E09	Notei uma mudança discreta de método entre os dois instrumentos, especialmente na etapa de Investigação Temática. Pode ser justificável, tendo em vista a diversidade do público, porém sugiro que isto seja esclarecido no método, ou seja, justifique a mudança de roteiro e os diferentes conceitos utilizados e a sua finalidade. Senti falta desse esclarecimento quanto ao critério de seguimento, por exemplo: no roteiro dos imigrantes foi escolhido para o levantamento do universo vocabular o uso de palavras que remetem a temática, já com os profissionais há uma espécie de roteiro semiestruturado (Questão 10)	Não acatada. Os roteiros são distintos pela diversidade do público e para ilustrar diferentes possibilidades na metodologia uma vez que são adaptáveis.

E09	<p>Na etapa Codificação, no conteúdo do instrumento dos imigrantes, a fala “[...] promover uma discussão sobre suas conotações, explorando e esclarecendo possíveis significados e interpretações” me causou a dúvida: quem irá esclarecer? e o que? Em um CC, validar o conhecimento e as vivências dos participantes é primordial para que os sujeitos se sintam valorizados dentro de seus atributos e conhecimentos populares que podem agregar grandiosamente em uma discussão, principalmente quando estes são o alvo das intervenções e ações propostas. Ao criar Temas Geradores é importante preocupar-se em realizar uma escuta qualificada, mais do que a explicação de conceitos. Tendo em vista o propósito de coleta e identificação de situações problemáticas para atender o objetivo da pesquisa, o contexto educativo (o sentido da educação bancária) deve ficar em segundo plano, apesar de durante a fase de Desvelamento Crítico haverá momento de instigar a consciência de autocuidado e de soluções para as adversidades apresentadas a princípio, que, posteriormente, poderão coincidir ou ir de encontro as soluções apresentadas pelos profissionais. Senti falta de descrever essa validação dos temas para o grupo A de imigrantes e refugiados, fase bem descrita no instrumento B. Ademais, sugiro cuidado aos utilizar certos termos como “Estabelecer com eles [...] como se comunicar a fim de compreender e ser compreendido”. É importante deixar o participante livre para utilizar a linguagem que lhe é habitual e caso haja dificuldade extrema de compreensão, estabelecer pactos prévios para solicitação de esclarecimento, o que pode até mesmo gerar uma familiaridade com os termos utilizados durante o diálogo, a depender da forma em que é conduzido esse questionamento, se mantido a cordialidade, o respeito e uma atmosfera de leveza, mostrando interesse em conhecer o universo vocabular daquele público em especial.</p>	<p>Acatado, mediante alterações nos termos e expressões sinalizadas e adaptações dos roteiros ao sentido de buscar a “atmosfera de leveza, mostrando interesse em conhecer o universo vocabular daquele público em especial”.</p>
-----	--	---

Fonte: elaborado pelos autores (2024).

Os resultados deste estudo evidenciam que ambos os roteiros, destinados à condução de CC foram validados, apresentando IVC superior a 0,90, valor que atende aos critérios de excelência recomendados pela literatura para esse tipo de instrumento. As análises qualitativas complementares reforçam a relevância da flexibilidade metodológica dos CC, da escuta qualificada e da valorização dos saberes culturais e locais, especialmente no contexto da atenção à saúde de imigrantes e refugiados (Souza et al., 2021).

Além de atestar a robustez técnica dos roteiros enquanto TS aplicáveis à Educação Popular em saúde, os resultados também indicam sua ampla possibilidade de replicação em diversos contextos da APS. Essa característica contribui diretamente para o fortalecimento da participação social, da gestão compartilhada do cuidado e da promoção da equidade no SUS, reafirmando a potência dos CC como ferramentas de transformação social e de fortalecimento dos sujeitos nos territórios. Os dados também indicam que o processo de validação não se limitou à análise técnica dos materiais, mas também se configurou como um espaço de reflexão crítica e de fortalecimento da proposta metodológica, reafirmando o compromisso dos CC como uma estratégia participativa, dialógica e culturalmente sensível na promoção da saúde e na qualificação do cuidado no âmbito da APS (Vendruscolo, 2023).

É importante destacar que a própria etapa de validação dos roteiros se configurou, na prática, como um exercício de Educação Popular, no qual os especialistas não apenas avaliaram tecnicamente os materiais, mas também contribuíram criticamente com sugestões de aprimoramento.

ramento, demonstrando o caráter dialógico e participativo do processo. Esse movimento está em consonância com a perspectiva de construção democrática do conhecimento defendida por Souza *et al.*, (2021), que identificam nos CC uma ferramenta capaz de articular ensino, pesquisa e prática, favorecendo a autonomia dos sujeitos e o fortalecimento dos vínculos entre usuários, profissionais e gestores. Além disso, a necessidade de adaptações sugeridas pelos especialistas, sobretudo no que diz respeito à clareza, acessibilidade linguística e flexibilidade metodológica, reflete uma das premissas da TCCL (Leininger, 2002): a consideração das especificidades culturais, linguísticas e sociais dos sujeitos como elemento central na construção de práticas de cuidado culturalmente competentes.

Os achados corroboram os princípios da Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU), especialmente aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados à saúde, educação, redução das desigualdades e fortalecimento das instituições (ONU, 2015).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos, expressos pelos elevados Índices de Validade de Conteúdo (IVC) — 0,96 para o roteiro voltado a imigrantes e refugiados e 0,99 para o roteiro voltado aos profissionais da APS —, correspondem a um patamar de excelência, segundo os critérios estabelecidos na literatura, demonstrando ampla concordância dos especialistas em relação à adequação, clareza e pertinência dos conteúdos avaliados.

Embora a metodologia freiriana, operacionalizada por meio dos CC se fundamente em práticas pedagógicas dialógicas, horizontais e democráticas, que se constroem na relação viva entre os participantes, a utilização de roteiros validados tem valor instrumental significativo. Eles funcionam como guias orientadores dos processos, oferecendo uma referência estruturada que pode (e deve) ser adaptada às especificidades de cada território, grupo e contexto sociocultural. Assim, os roteiros não engessam o método, mas servem como suporte para a condução dos CC, respeitando sua natureza dinâmica e participativa.

O uso de TS mediadas pelos CC revela-se uma estratégia potente para a promoção da saúde no âmbito da Atenção Primária, fortalecendo práticas sustentadas nos princípios da Educação Popular. Tais práticas contribuem não apenas para o empoderamento dos sujeitos e das comunidades, mas também para a construção de ambientes colaborativos, onde se favorece a transformação da realidade, o fortalecimento da autonomia dos participantes e o desenvolvimento de um sistema de saúde mais inclusivo, equitativo e integral.

Os roteiros validados estarão disponíveis nos repositórios institucionais da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), na página do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS), bem como no repositório da Secretaria de Saúde do município, mediante link de acesso aberto, de forma a possibilitar sua utilização, adaptação e reaplicação por profissionais, pesquisadores, gestores e outros interessados.

## REFERÊNCIAS

BENEVIDES, J. L. *et al.* Development and validation of educational technology for venous ulcer care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 2, p. 309-316, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/7dYWgGDrVNzx7pgqCRDgfGc/?lang=en>

BIERNACKI, P.; WALDORF, D. Snowball Sampling: problems and techniques of chain referral sampling. **Sociological Methods & Research**, v. 10, n. 2, p. 141-163, 1981. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/004912418101000205>

BORGES, D. C. et al. Círculo de Cultura como estratégia de promoção da saúde: encontros entre educação popular e interdisciplinaridade. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 6, p. 228-238, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bpfvCr34dVBxfVdgxxQLgPq/?lang=pt>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 226 p.

BRASIL. Ministério da Educação. **Considerações sobre Classificação de Produção Técnica: enfermagem**. [S. L.]: Produção Técnica: enfermagem: Capes, 2020. Disponível em: [https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteúdo/documentos/avaliacao/ENF\\_ConsideraessobreClassificaodeProduoTcnicaeTecnolgica.pdf](https://www.gov.br/capes/pt-br/centrais-de-conteúdo/documentos/avaliacao/ENF_ConsideraessobreClassificaodeProduoTcnicaeTecnolgica.pdf)

DALMOLIN, I. S.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; FREITAG, V. L. Práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: desvelando potências e limites. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, n. 1, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/4KL44rcCykZzxdPPDZmfQZg/?lang=pt>

DEVELLIS, R. F. **Scale development: theory and applications**. 4. ed. Los Angeles: Sage, 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 67. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2019.

LEININGER, M.; FARLAND, M.R. **Transcultural Nursing: concepts, theories, research & practice**. 3ªed. Nova York: Mc Graw-Hill; 2002.

LYNN, M. R. **Determinação e Quantificação da Validade do Conteúdo**. Pesquisa em Enfermagem, v.35, n.6, p. 382-386,1986. Disponível em: [https://journals.lww.com/nursingresearchonline/citation/1986/11000/determination\\_and\\_quantification\\_of\\_content.17.aspx](https://journals.lww.com/nursingresearchonline/citation/1986/11000/determination_and_quantification_of_content.17.aspx)

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. D. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 5, p. 649–655, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/bvDgnVLxRNxFXnvHYNWxsRD/?lang=pt>

OLIVEIRA, A. M.; DURAN, E. C. M. Content Validation of Nursing Diagnosis: Integrative Review. **Journal of Nursing: Revista de Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 9385-9392, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i8a10744p9385-9392-2015>

ONU - Organização das Nações Unidas. **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável** [recurso eletrônico]. Nova Iorque, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: Editora UnB, p. 161-200, 1997.

ROCHA, G. S. et al. Validação de manual de cuidados de idosos após cirurgia cerebral. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 13, p. 1-8, 27, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/243025>

SOARES JUNIOR, D. H. Círculos de cultura de Paulo Freire aplicados à prática de enfermagem: uma revisão integrativa. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem) - Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/50515>

SOUZA, J. B. *et al.* Paulo Freire's culture circles: contributions to nursing research, teaching, and professional practice. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 1, p. 1-5, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/tJ7yxnDCD8cKJb7JYWRX7yk/?lang=en>

TEIXEIRA, E.; MOTA, V. M. S. S. Tecnologias Educacionais em Foco. 1. ed. São Caetano do Sul, SP: Editora Difusão, 2011.

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

VENDRUSCOLO, C. *et al.* Práticas Integrativas e Complementares realizadas por enfermeiros da Atenção Primária em Saúde Mental. In.: VENDRUSCOLO, C. (org.). **Promoção da Saúde e Ações Preventivas na Atenção Primária**. Chapecó: Argos, 2023. Cap. 15. p. 91-105. Disponível em: <https://editoraargos.com.br/e-books-gratuitos/promocao-da-saude-e-acoes-preventivas-na-atencao-primaria----carine-vendruscolo-org>

## CAPÍTULO 5

# MISSÃO DE ESTUDO INTERNACIONAL: CONTRIBUIÇÕES PARA A ELABORAÇÃO DE UMA FERRAMENTA DE GESTÃO NO BRASIL

LÍGIA SCHACHT

LETÍCIA DE LIMA TRINDADE

CLARISSA BOHRER DA SILVA

EDLAMAR KATIA ADAMY

OLGA RIBEIRO

## INTRODUÇÃO

A internacionalização da educação superior tem despertado o interesse de pesquisadores, gestores de instituições acadêmicas e autoridades governamentais, estabelecendo um amplo mercado educacional global, sendo vista como uma vantagem competitiva para universidades e pesquisadores, em um cenário de produção científica cada vez mais globalizado desde os anos 90. No Brasil, as discussões sobre a internacionalização começaram a ganhar impulso a partir dos anos 2000, como um meio para alcançar os objetivos da educação superior - ensino, pesquisa e extensão - ao integrar a perspectiva global e intercultural nas atividades, metas e valores das instituições, envolvendo tanto atores internos quanto externos (Saes; Invernizzi, 2023).

Esse processo se apresenta como um importante instrumento na busca pela excelência na educação superior, promovendo contribuições significativas para a sociedade e fomentando valores de cidadania global responsável, humanitária e solidária. Nesse contexto, destaca-se a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, aprovada por todos os Estados-Membros da Organização das Nações Unidas (ONU) em 2015, que propõe um modelo colaborativo para a promoção da paz e do bem-estar das pessoas e do planeta, tanto no presente quanto no futuro. No cerne dessa iniciativa, encontram-se os 17 Objetivos de Desenvolvimento

Sustentável (ODS), que constituem um chamado urgente para que todos os países se unam em uma parceria global visando o cumprimento dessas metas (United Nations, 2024).

A Enfermagem desempenha um papel crucial no cumprimento do ODS 3, que busca garantir vida saudável e promover o bem-estar para todos, independentemente da idade. Profissionais enfermeiros, são protagonistas no cuidado à saúde, oferecendo assistência direta aos pacientes, realizando exames laboratoriais e clínicos, administrando medicamentos e educando a população sobre a prevenção de doenças. Eles são essenciais na promoção da saúde e na prevenção de enfermidades, contribuindo para objetivos relacionados à mortalidade infantil, saúde materna e controle de doenças. É fundamental que enfermeiros e outros profissionais de saúde se comprometam em fortalecer a vigilância, fornecer dados de qualidade e implementar ações que garantam o uso racional e adequado dos recursos disponíveis (Taminato; Fernandes; Barbosa, 2023).

A Enfermagem também é essencial para o cumprimento dos ODS 4, 5, 6, 8, 10 e 17, pois os enfermeiros não apenas fornecem cuidados diretos aos pacientes, mas também desempenham um papel vital na educação de pacientes e suas famílias sobre condições de saúde, tratamentos e práticas preventivas. Essa atuação contribui para uma compreensão mais ampla das condições de vida, consolidando a Enfermagem como ciência e profissão fundamental na promoção da saúde e no enfrentamento das desigualdades. Além disso, os profissionais de enfermagem trabalham em prol da igualdade de gênero, da redução das desigualdades sociais e na construção de sociedades mais justas e pacíficas, assegurando que todos tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade. Assim, enfermeiros são agentes cruciais na transformação de metas globais em ações concretas, promovendo um mundo mais saudável, equitativo e sustentável (Taminato; Fernandes; Barbosa, 2023).

Dois parceiros na promoção de ações em diversas áreas são Brasil e Portugal, uma relação que abrange história, cultura, economia e educação. À medida que os dois países avançam no século XXI, a continuidade e o fortalecimento dessa relação são essenciais para enfrentar os desafios globais e explorar novas oportunidades de crescimento e desenvolvimento mútuo. No que se refere ao sistema de saúde, Portugal com seu Sistema Nacional de Saúde se caracteriza por um modelo de saúde universal e público, com o objetivo de garantir acesso a cuidados de saúde a todos os cidadãos (Portugal, 2019). O Brasil, com o Sistema Único de Saúde (SUS), visa igualmente promover a saúde da população com base na integralidade, universalidade e equidade (Brasil, 1988).

Dessa forma, a vivência internacional na formação em enfermagem, sobretudo na área de gestão em saúde em diferentes contextos globais, é de grande importância para ampliar o conhecimento diversificado, promover o desenvolvimento de competências interculturais, incentivar a inovação e aprimorar práticas, além de fortalecer habilidades de liderança. Isso envolve uma compreensão mais profunda dos sistemas de saúde, das práticas de gestão e dos modelos de cuidado, contribuindo para um sistema de saúde mais eficiente e eficaz, que transcende fronteiras. O ensino está cada vez mais globalizado, servindo como uma fonte de conhecimento essencial para o desenvolvimento de inovações e tecnologias, além de ser um ponto focal para diversos blocos econômicos (Lino; Martini; Figueiredo, 2022).

A motivação para a iniciativa de uma vivência internacional em Portugal na formação em enfermagem surgiu da busca de expandir conhecimentos, aprimorar habilidades e explorar novas maneiras de organizar os sistemas de saúde, visando contribuir para a estruturação do sistema de saúde no Brasil. Dessa forma, foi elaborado um planejamento de viagem com o objetivo de

adquirir conhecimentos que pudessem apoiar o desenvolvimento da proposta do mestrado relacionada à ferramenta de planejamento no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

Essa pesquisa integra o projeto “Desenvolvimento de tecnologia para qualificação do ambiente de prática profissional do enfermeiro nos serviços de Atenção Primária à Saúde”, contemplado pelo Edital de Chamada Pública FAPESC/CAPES nº 06/2023, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) institucional sob parecer nº 6.644.003. A missão de estudos foi parcialmente custeada pelo Edital, que fomenta, entre outros objetivos, o desenvolvimento acadêmico. Assim, o objetivo desse trabalho é relatar a experiência de missão de estudo internacional para desenvolver uma tecnologia de gestão para a APS no Brasil.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um relato de experiência do tipo descritivo reflexivo, que apresenta a vivência de uma mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (PPGEnf/UDESC), Brasil, que realizou missão de estudos de 45 dias, para conhecer e vivenciar as atividades desenvolvidas no âmbito da gestão e assistência, bem como, relacionado ao monitoramento dos atendimentos prestados na cidade e região do Porto, Portugal.

A estratégia utilizada para o estudo foi a observação participante que, como etapa do método científico, envolve a imersão do pesquisador no ambiente e contexto que está sendo estudado, permitindo uma compreensão mais profunda das práticas, interações e significados que os indivíduos atribuem a suas experiências, aprendendo sobre sua vida real. Nesse processo, é possível o pesquisador associar a teoria e a prática, além de autoquestionar-se sobre o que está fazendo (Antuniassi, 2021).

Entre 23 de abril e 05 de junho de 2024, foi realizada uma imersão na realidade do Serviço Nacional de Saúde de Portugal, na cidade do Porto, promovida pela Escola Superior de Enfermagem do Porto - ESEP, sob a supervisão da Professora Pós-Doutora Olga Ribeiro. Durante essa vivência, foram mapeados os sistemas de informação pertinentes ao estudo, além de projetos em andamento que envolvem o desenvolvimento de tecnologias na área da enfermagem. Também foi analisada a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde pública do país, com ênfase na coleta de indicadores de saúde monitorados pelas equipes de saúde primária. Adicionalmente, foram discutidos os métodos de cálculo desses indicadores, permitindo uma comparação com as práticas adotadas no Brasil, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde relacionadas ao monitoramento dos indicadores de saúde.

## **DESENVOLVIMENTO**

Durante a inserção nos cenários da vivência, a mestranda foi harmoniosamente recepcionada pelos profissionais de saúde nos diversos serviços frequentados, pois demonstraram uma disposição colaborativa e espontânea em relação à abordagem proposta e aos questionamentos realizados. Essa experiência permitiu a vivência da realidade do cotidiano nos serviços de saúde, onde foi possível observar tanto as possibilidades de atuação e gestão quanto as limitações impostas pelo sistema.

As interações foram enriquecedoras, pois proporcionaram uma compreensão mais ampla das dinâmicas que regem o trabalho em saúde em Portugal, revelando os desafios enfrentados na busca por uma assistência de qualidade. Essa vivência reforçou a importância da

colaboração entre os profissionais de diferentes realidades e locais e o reconhecimento das dificuldades que permeiam o contexto em que atuam.

O tempo dedicado à observação é fundamental para garantir que a pesquisa alcance a profundidade necessária para reconhecer os processos em análise (Antuniassi, 2021). Com isso em mente, os 45 dias possibilitaram uma coleta de dados robusta e abrangente.

Durante esse período, foram realizadas anotações diárias e um diário de campo, registrando as atividades e os aprendizados adquiridos em cada dia. Esses registros foram de extrema importância para a condução da pesquisa, pois permitiram uma reflexão contínua sobre as experiências vivenciadas e contribuíram para uma análise mais rica e detalhada dos fenômenos observados.

O sistema de saúde em Portugal é caracterizado por uma abordagem mista, que combina prestadores públicos e privados para oferecer cuidados de saúde à população, por meio do Serviço Nacional de Saúde (SNS), que foi instituído em 1979 (Lei nº 56/79, de 15 de setembro) (Portugal, 1979), o que representou um marco significativo no progresso social e uma importante conquista na área da saúde. Este sistema público assegura cobertura universal, atendendo a todas as pessoas e oferecendo um leque abrangente de cuidados que atende a diversas necessidades. No que diz respeito ao financiamento, o SNS era inicialmente gratuito, porém, a partir de 1982, foi introduzida uma taxa moderadora, embora continue a ser sustentado pelo Orçamento do Estado (Nunes, 2020).

A assistência prestada pelo SNS é organizada em dois níveis principais: a atenção primária e os cuidados hospitalares. Essas modalidades de cuidado incluem uma variedade de serviços voltados para a promoção da saúde e a prevenção de doenças, englobando consultas, acompanhamento domiciliar, internações, tratamentos e exames complementares de diagnóstico e terapia (Nunes, 2020).

Os Cuidados em Saúde Primária (CSP) em Portugal têm como objetivo promover a continuidade e o acompanhamento de cuidados de qualidade à população nas áreas geográficas que abrangem, além de prestar assistência a pacientes com doenças agudas não urgentes. Essa abordagem permite uma articulação eficaz com os cuidados secundários. Para viabilizar essa integração, o sistema está se estruturando em Unidades Locais de Saúde (ULS), uma iniciativa que foi inicialmente implementada por meio de estudos piloto em diversas regiões do país. Atualmente, está ocorrendo a reorganização dessas unidades em todo o território nacional, visando otimizar a prestação de serviços e melhorar a coordenação entre os diferentes níveis de atendimento (Portugal, 2021).

O SUS do Brasil e o SNS de Portugal compartilham o princípio da universalidade no acesso aos cuidados de saúde, buscando garantir que toda a população tenha direito a serviços de saúde de qualidade. No entanto, enquanto o SUS é um sistema descentralizado que abrange uma ampla gama de serviços de saúde, incluindo a gestão por municípios, estados e a União, o SNS é mais centralizado, sendo gerido pelo Ministério da Saúde e pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS). Ambos os sistemas são financiados principalmente por recursos públicos, mas o SUS enfrenta desafios significativos em termos de financiamento e gestão, resultando em desigualdades no acesso a serviços, especialmente em regiões mais remotas. Por outro lado, o SNS, embora também enfrente dificuldades, como tempos de espera prolongados, é geralmente percebido como mais eficaz na coordenação entre níveis de cuidado, especialmente na APS, que é um componente crucial para a promoção da saúde e prevenção de doenças em Portugal (Brasil, 2017; Portugal, 2021).

É possível realizar comparações entre os sistemas de saúde do Brasil e de Portugal, considerando diversos aspectos que caracterizam cada um deles, conforme quadro a seguir:

QUADRO 1 – COMPARAÇÃO ENTRE OS SISTEMAS DE SAÚDE DO BRASIL E DE PORTUGAL

ASPECTO FUNDAMENTAIS	PORTUGAL	BRASIL
Nome do Sistema	Serviço Nacional de Saúde (SNS)	Sistema Único de Saúde (SUS)
Tipo do Sistema	Universal, financiado pelo governo	Universal, financiado pelo governo
Financiamento	Impostos gerais e contribuições do governo federal	Impostos e contribuições sociais de forma tripartite: federal, estadual e municipal
Cobertura populacional	Todos os residentes legais têm direito ao SNS	Todos os cidadãos têm acesso ao SUS
Acesso a Serviços	Acesso gratuito e com cofinanciamento em alguns serviços	Gratuito para todos os serviços ofertados pela tabela SUS
Qualidade do Atendimento	Alta, bom índice de satisfação	Variável, dependendo da estrutura e da região
Desafios	Tempo de espera em hospitais públicos	Superlotação, falta de infraestrutura e desigualdades regionais
Infraestrutura	Bem estruturada nas áreas urbanas, com desafios nas áreas rurais	Desigualdade na distribuição, com maior carência no interior e regiões menos desenvolvidas
Sistema Privado	Coexiste com o público, plano de saúde é opcional	Coexiste com o público, muitas pessoas têm plano privado pelas limitações do SUS
Medicamentos	Básicos gratuitos, coparticipação em alguns	Medicamentos gratuitos, nem todos disponíveis
Benefícios	Alta qualidade em cuidados primários	Acesso totalmente gratuito
Problemas	Demora em atendimentos especializados e nas urgências	Deficiência de infraestrutura em algumas regiões, desigualdades sociais, longa espera, falta de profissionais

Fonte: Elaboração própria (2024).

Em Portugal, o Ministério da Saúde é responsável pela gestão, organização e direcionamento do SNS de Portugal, que é composto pelos estabelecimentos hospitalares e as ULS, sendo que atualmente são 39 ULS em todo o território nacional (Portugal, 2019).

As ULS foram criadas para simplificar processos, integrando hospitais e centros de saúde, melhorando a articulação entre as equipes de profissionais, a autonomia na gestão de recursos, a participação da população na definição das políticas de saúde, o acesso e a eficiência dos serviços de saúde, ou seja, as unidades de cuidados em saúde primária possuem um hospital de referência para seus usuários, sendo que, quando estes precisam ser atendidos em uma especialidade ou mesmo de uma internação, serão direcionados a este hospital de referência (Portugal, 2023). A ULS compreende várias unidades funcionais, podendo ocorrer a criação de novas unidades conforme necessidade, sendo:

- **Unidade hospitalar:** é a unidade com cuidados avançados que dá suporte à uma rede de cuidados primários, atendendo com especialidades, serviços de urgên-

cia e emergência, internação e algumas instituições possuem unidades de atendimento dia.

- **Equipes de internação domiciliar:** são equipes ligadas aos hospitais que são responsáveis por cuidados de pacientes que estão em internação domiciliar, ou seja, o paciente com condições dessa modalidade é assistido pela equipe de saúde em casa.
- **Unidade de Saúde Familiar (USF):** unidade que promove a prestação de cuidados de saúde em equipes multidisciplinares, agrupadas, com autogestão organizativa, funcional e técnica, associada a um sistema retributivo misto de acordo com os indicadores de desempenho. Onde são prestados os cuidados de APS. Cada equipe possui originalmente um médico, um enfermeiro e um auxiliar administrativo e, atende em torno de 1.550 pessoas.
- **Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP):** equipes iguais às da USF, funcionando num regime organizativo pré-existente, sem autonomia organizativa, dependendo hierarquicamente do diretor executivo.
- **Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC):** unidade com equipes multidisciplinares que realizam cuidados de saúde e apoio psicológico e social para grupos e ambientes específicos, à indivíduos e famílias com maior risco e dependência. São responsáveis por um território que corresponde a várias USF, realizando educação e cuidados em saúde para grupos de gestantes, escolares, saúde mental, cuidadores de idosos, puericultura, reabilitação.
- **Equipe de Cuidados Continuados Integrados (ECCI):** equipe multidisciplinar, que integra os CSP, com prestação de cuidados domiciliares, a doentes com dependência funcional, doença terminal ou processo de recuperação.
- **Unidade de Saúde Pública (USP):** coordenam os domínios da saúde pública da área demográfica correspondente, sendo responsável pela vigilância epidemiológica e por intervir na prevenção, promoção e proteção da saúde da população através da análise constante dos indicadores globais e assistenciais, direcionando as demais equipes para o trabalho a ser realizado.
- **Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP):** fornecem recursos de assistência social, saúde oral, fisioterapia, nutrição, psicologia e outros profissionais não ligados completamente a outras unidades funcionais.
- **Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD):** serviço de saúde mental para tratamento de dependências químicas e de jogos.

Conforme relato durante visita técnica, cada equipe é responsável por, no mínimo, 1.550 usuários, os quais procuram as unidades de saúde por referenciamento geográfico para realizar o cadastramento, sendo que, o número de usuários inscritos em cada USF não deve ser inferior a 4.000 nem superior a 18.000 usuários. Quando uma equipe não tem mais capacidade técnica para novos cadastros esses usuários ficam em uma fila de espera, para cadastro em uma equipe de referência, não deixando de ter atendimento conforme sua necessidade, mas, não tendo uma equipe de referência (Gonçalves, 2023).

Exames laboratoriais e de imagem são direcionados às clínicas e laboratórios conveniados ao SNS, onde o usuário realiza o exame e faz o pagamento conforme seu percentual de coparticipação. Os medicamentos são adquiridos em farmácias comerciais com a devida prescrição e com a coparticipação devida a cada usuário. O sistema de atendimento é através de agendamento para os pacientes dos grupos de controle e acolhimento de demandas do dia. Todos os atendimentos são registrados em um sistema de informação único no país, o qual,

gera indicadores globais e assistenciais, que são monitorizados constantemente, gerando pagamento por desempenho às equipes das USF, sendo pactuados anualmente com as equipes (Portugal, 2021).

Os indicadores de saúde possuem categorias e subcategorias, que se distribuem em Índice de Desempenho Global (IDG) e Índice de Desempenho por Equipe (IDE), dentro desses índices os indicadores estão distribuídos em acesso, gestão da saúde, gestão da doença, qualificação da prescrição, integração de cuidados, cuidados assistenciais, qualificação profissional, melhoria contínua da qualidade e formação externa. Dessa forma, a atenção primária possui o monitoramento de 165 indicadores de saúde, sendo que alguns são pactuados para o pagamento de desempenho e outros não (Rodrigues; Afonso; Costa, 2022).

Em comparação, os indicadores de qualidade na APS no Brasil, que anteriormente estabeleciam um sistema de pagamento por desempenho para as equipes de Saúde da Família, eram sete conforme a Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 (Brasil, 2019). Atualmente, o financiamento da APS está passando por uma reconfiguração, com o lançamento da Portaria nº 3.493, de 10 de abril de 2024 (Brasil, 2024). Contudo, até o momento, ainda não foram divulgadas as Notas Técnicas que definirão os critérios para esses pagamentos por desempenho. Essa mudança representa um importante desenvolvimento na forma como os serviços de saúde são financiados e avaliados, exigindo atenção às diretrizes que serão estabelecidas posteriormente.

Diante de todos os controles de indicadores em Portugal, que determinam quais pacientes devem coparticipar e em quais situações, os sistemas de informação em saúde desempenham um papel crucial na gestão e organização dos cuidados de saúde. Esses sistemas são fundamentais para garantir a eficácia, eficiência e qualidade dos serviços prestados no SNS. Eles permitem a coleta, análise e disseminação de dados relacionados à saúde, facilitando a tomada de decisões informadas e a coordenação entre os diferentes níveis de atendimento. Assim, a implementação de sistemas de informação robustos é essencial para otimizar a prestação de cuidados e assegurar que as necessidades da população sejam atendidas de forma adequada.

Os Sistemas de Informação em Saúde englobam diversas plataformas e bases de dados que viabilizam o registro e a gestão de informações relativas a pacientes, serviços de saúde e resultados clínicos. Entre essas plataformas, destacam-se o portal do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o *Business Intelligence* do SNS (BI SNS) e os sistemas de prontuários eletrônicos. Um aspecto fundamental é a integração de dados, que é facilitada por uma interface disponibilizada pelo SNS. Essa página reúne todos os sistemas nacionais utilizados, proporcionando acesso aos profissionais de saúde e permitindo a consulta das condutas adotadas em relação aos pacientes em todos os atendimentos realizados na rede de saúde. Essa integração é vital para garantir a continuidade do cuidado e a efetividade na gestão da saúde pública.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência proporcionada pela missão de estudo internacional foi crucial para expandir conhecimentos sobre o Sistema Nacional de Saúde de Portugal, incluindo sua lógica de funcionamento e modelo de atendimento. Além disso, proporcionou a oportunidade de compreender as tecnologias utilizadas no desenvolvimento das atividades e os indicadores de saúde que são medidos e empregados pelas equipes de saúde naquele país. Essa vivência enriqueceu a perspectiva sobre as práticas de saúde e gestão, permitindo uma reflexão crítica valiosa da gestão da APS no SUS.

Entre as experiências vivenciadas, é evidente que a observação participante, como técnica de coleta de dados, foi fundamental para enriquecer a pesquisa qualitativa. Essa abordagem proporcionou a coleta de informações, incluindo detalhes que possibilitam um aprofundamento significativo na análise dos dados posteriormente. Essa imersão na realidade observada favoreceu uma compreensão mais ampla e contextualizada dos fenômenos estudados.

Durante a condução da pesquisa em outro país, diversos desafios foram enfrentados, acompanhados de provocações que enriqueceram a jornada com a oportunidade de observar as riquezas de uma estrutura de saúde distinta, ao mesmo tempo em que identificar aspectos positivos nos serviços de saúde oferecidos no Brasil. Essa experiência proporcionou um aprendizado significativo e favoreceu a troca de informações entre os diversos atores envolvidos, aprofundando a compreensão dos sistemas de saúde, bem como as iniciativas de cooperação internacional do Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Experiência dessa natureza, oportunizadas aos discentes, permite a troca de experiências e aquisição de conhecimentos fundamentais e novos para o aprimoramento contínuo das práticas de saúde e para a promoção de um sistema de saúde mais eficaz e equitativo, bem como para idealização de novas tecnologias.

## REFERÊNCIAS

ANTUNIASSI, M. H. R. Pesquisa-ação, observação participante e a extensão rural. **Cadernos CERU**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 264-274, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2595-2536.v32i1p264-274>

BRASIL. Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: MS, 2024. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493\\_11\\_04\\_2024.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: MS, 2019. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979\\_13\\_11\\_2019.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à 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: MS, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)

GONÇALVES, M. A. F. **Organização dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal**: Uma revisão sistemática da literatura. 2023. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2023. Disponível em: [https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/13570/1/9680\\_21624.pdf](https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/13570/1/9680_21624.pdf)

LINO, M.; MARTINI, J. G.; FIGUEIREDO, M. C. B. Academic-professional mobility and internationalization of nursing: contributions of the bologna process. **Texto & Contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v. 31, e20210319, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0319pt>

NUNES, A. M. O serviço nacional de saúde português: caracterização, classificação e perspectivas. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 499-516, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5585/rgss.v9i3.18541>. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/18541>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Lei nº 95, de 4 de setembro 2019**. Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei nº 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei nº 185/2002, de 20 de agosto. Lisboa: MS, 2019. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>

PORTUGAL. **Plano Nacional de Saúde 2021-2030**: Saúde Sustentável: de todos para todos. Lisboa: Ministério da Saúde, 2021. PDF. Disponível em: [https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30\\_Versao-editada-1\\_Final\\_DGS.pdf](https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf)

PORTUGAL. Serviço Nacional de Saúde. **Lei nº 56, de 15 de setembro de 1979**. Lisboa: SNS, 1979. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/56-1979-369864>

RODRIGUES, C.; AFONSO, C.; COSTA, H. Reforma, modernização ou pseudomodernização das organizações da saúde: O caso dos cuidados de saúde primários. **Revista Portuguesa de Gestão & Saúde**, n. 31, p. 10-15, 2022. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/43022/1/RevistaSociedadePortuguesadeGesto%20%20ARTIGO%20Carlos%20Rodrigues%20e%20outros.pdf>

SAES, K. V. R.; INVERNIZZI, N. A política de internacionalização na pós-graduação brasileira: efetividade da mobilidade acadêmica para internacionalizar a produção científica e a colaboração internacional. **Revista Iberoamericana de Educación Superior**, Cidade do México, v. 14, n. 41, p. 20-38, 2023. Disponível em: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-28722023000300020&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-28722023000300020&lng=es&nrm=iso)

TAMINATO, M.; FERNANDES, H.; BARBOSA, D. A. Enfermagem e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS): Um Compromisso Essencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 76, n. 6, e760601, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2023760601pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/FcgkXFhwqW3Rvd7WnyPrSZt/?format=pdf&lang=pt>

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. The 17 Goals. **United Nations**, San Francisco, 2024. Disponível em: <https://sdgs.un.org/goals>



# TECNOLOGIAS DIGITAIS E INOVAÇÃO EM SAÚDE

## CAPÍTULO 6

# USO DE VÍDEOS 360° COMO REALIDADE VIRTUAL NO ÂMBITO HOSPITALAR: ESTADO DA ARTE

LILIAN CRISTINA GALÃO

LEILA ZANATTA

LUCIMARE FERRAZ MENDONÇA

MARIA FÁTIMA SILVA VIEIRA MARTINS

SILVANA DOS SANTOS ZANOTELLI

### INTRODUÇÃO

A Realidade Virtual (RV) é definida como o uso da tecnologia computacional para criar, manter um ambiente e projetar a presença física de um usuário neste ambiente, permitindo sua interação com o meio (Ferreira, 2022). Assistida por computador, a RV simula um ambiente da vida real, integrando objetos virtuais tridimensionais (3D) para criar um ambiente completamente virtual em torno dos olhos do usuário para substituir o ambiente natural.

A experiência da realidade virtual, pode dividir-se em três grupos, sendo eles, imersivo, semi-imersivo e não imersivo. A forma semi-imersiva pode ser considerada um modelo intermediário, pois utiliza recursos que promovem um grau limitado de imersão ao usuário. Sobre a não-imersiva, essa utiliza apenas equipamentos comuns, como monitor, teclado e mouse. Devido ao uso de recursos acessíveis, é considerada vantajosa por aproveitar as inovações da indústria de computadores e evitar as limitações e problemas de disponibilidade de dispositivos mais sofisticados (Alberino, 2005). E por último, a realidade virtual imersiva, em que é relação entre cenário virtual e mundo real, induzindo a experiência dos usuários e percepção do ambiente virtual (Hajesmaeel-Gohari; Sarpourian; Shafiei, 2021).

Entre as realidades imersivas encontram-se os vídeos imersivos ou vídeos de 360 graus (doravante vídeo 360°), gravados usando câmeras omnidirecionais que oferecem a possibilidade de experiência virtual no local usando dispositivos RV, ou apenas telas planas baratas de *smartphones* ou *laptops*, sem requisitos de *software* dedicados (Petrica *et al.*, 2021). Os vídeos 360° são uma forma de mídia que permite aos espectadores visualizarem uma cena de diversas perspectivas diferentes, criando uma experiência de visualização envolvente (Schoenebeck *et al.*, 2020).

Os vídeos 360° também são uma forma de tecnologia que pode ser usada como uma ferramenta de suporte na área da saúde e que pode replicar o mundo real como uma técnica preparatória e de familiaridade (Paalimäki-Paakki *et al.*, 2021). A utilização da RV e de vídeos 360° tem se mostrado de grande importância em diversas áreas, incluindo a educação e a saúde, por proporcionar experiências imersivas que melhoram a aprendizagem e a compreensão de conceitos complexos (Radianti *et al.*, 2020).

O uso de vídeos 360° como uma tecnologia para o cuidado na área da saúde tem demonstrado potencial significativo para melhorar a educação em saúde e a simulação de procedimentos clínicos, proporcionando uma experiência que pode aumentar a compreensão e retenção de informações por parte dos estudantes e profissionais de saúde (Birbara *et al.*, 2020).

Apesar dos benefícios que vêm sendo identificados a partir de novos estudos, Petrica *et al.*, (2021) ponderam que o processo de produção, edição e pós-produção de gravações de vídeo 360° é mais trabalhoso e complexo quando comparado a outros tipos de vídeos, exigindo inclusive computadores potentes. Diante do crescimento das publicações nessa área do conhecimento, o objetivo do presente estudo é um mapeamento do “estado da arte” a partir de uma revisão sobre o uso de vídeos 360° no contexto hospitalar, identificando as principais tendências, desafios e impactos dessa tecnologia nesse cenário.

## MÉTODO

Este estudo seguiu metodologia de revisão para “estado da arte”, focada em identificar e sintetizar as mais recentes inovações e práticas no uso de vídeos 360° em ambiente hospitalar. Uma revisão do estado da arte visa buscar não apenas um mapeamento dos estudos existentes, mas também sistematização e análise de um determinado assunto (Teixeira, 2006). Para Moretti (2021), os estudos de estado da arte representam uma linguagem acadêmica de nível avançado de conhecimento sobre um campo específico, possibilitando a ampliação de perspectivas, a exploração de novas abordagens e a identificação de lacunas nas produções relacionadas a um tema específico.

É importante destacar que, embora os termos “estado da arte”, “revisão sistemática” e “revisão integrativa” sejam frequentemente empregados em pesquisas acadêmicas, eles apresentam características e objetivos distintos. Segundo Cavalvanti e Oliveira (2020, p. 97), essas revisões possuem peculiaridades que as diferenciam no contexto da pesquisa científica:

a) a **revisão narrativa** descreve amplamente o desenvolvimento de algum assunto, de modo rápido e não sistemático. Assim, proporciona rápida atualização sobre a temática; b) o **estado da arte** permite mapear, descrever e inventariar determinada produção acadêmica em diferentes campos de conhecimento, demarcando época e lugar. Assim, permite a observação ampla da produção analisada [...]; c) a **revisão sistemática** responde a uma pergunta específica, por meio de um método claro e reproduzível, o qual permite a confirmação da efetividade de intervenções de caráter clínico [...]; d) a **meta-análise** se refere à síntese quantitativa de determinada produção, a qual permite o tratamento estatístico da produção e pode ser utilizada concomitante à revisão sistemática.[...]; e) a **revisão integrativa** caracteriza-se pela síntese de resultados de diversos tipos de estudos (experimentais, quase experimentais, teóricos, empíricos) acerca de determinado objeto de estudo. Dispõe, ainda, da temporalidade como característica. [...] e, f) a **metassíntese** permite uma síntese interpretativa e crítica de estudos qualitativos. Valora-se tanto a arquitetura final dos resultados quanto o processo sistemático da pesquisa. Permite a demarcação de tempo e lugar do material analisado (Grifos nosso).

O estado da arte busca oferecer um panorama geral e atualizado sobre um tema específico, identificando as principais tendências e contribuições na área. É um levantamento mais exploratório, sem a necessidade de seguir um protocolo rigoroso como nas outras duas revisões. Assim, consideramos o método adequado para iniciar a nossa pesquisa, uma vez que possibilita definir o estado atual do conhecimento em um determinado campo.

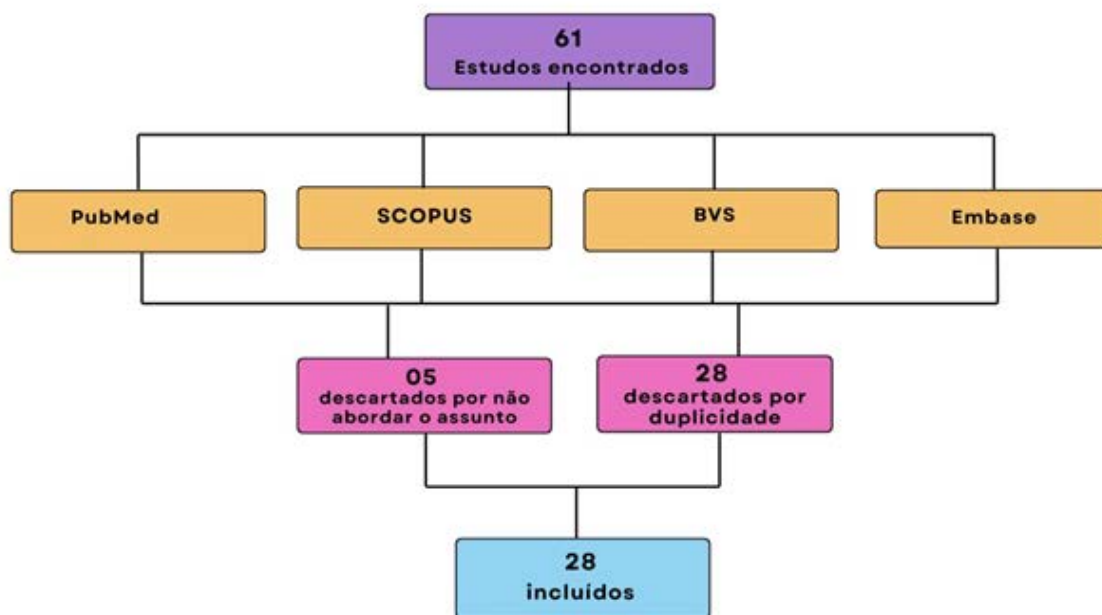
A construção desse estudo ocorreu entre os meses de fevereiro e agosto de 2024. Primeiramente foi definido a pergunta norteadora da pesquisa, a saber: “para qual finalidade estão sendo utilizados vídeos 360° no âmbito hospitalar?”. Após, deu-se a escolha dos descritores para busca, a saber: “360° vídeo” no título e “hospital” em todos os campos, a partir da expressão booleana “AND”.

Foi realizada a coleta de dados, seguindo os critérios de inclusão dos estudos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, com textos disponíveis na íntegra nas bases de dados e acervo eletrônico selecionados: BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), EMBASE arquivo digital produzido pela Elsevier, SCOPUS e PubMed arquivo digital produzido pela *National Library of Medicine* na área das Biociências. Sem restrição quanto à data de publicação.

Foram encontrados 61 estudos nesta etapa. Destes, 28 eram duplicados, e por isso foram excluídos. Na sequência, foi realizada leitura e avaliação na íntegra dos estudos encontrados. Contudo cinco, por não responderem satisfatoriamente o objetivo desse estudo, foram descartados. Após análise e interpretação resultou na inclusão de 28 estudos (Figura 01).

Os estudos foram organizados numa matriz no programa Excel®, contendo informações identificadas como necessárias a partir do conhecimento dos autores como: título, autor, país de realização do estudo, ano, idioma, base de dados, objetivo, métodos, principais achados e conclusão. Por último, foi identificadas as categorias analíticas, posteriormente descritas as considerações finais, apresentando o estado da arte sobre o uso de vídeos 360° no âmbito hospitalar.

FIGURA 01 - SELEÇÃO DE ESTUDOS SOBRE O USO DE VÍDEOS 360° EM HOSPITAIS, A PARTIR DE BUSCAS NAS BASES DE DADOS BVS, EMBASE, SCOPUS E PUBMED



Fonte: Elaborado e traduzido pelas autoras (2024).

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos 28 artigos incluídos, percebeu-se nesta revisão que quatro (14,26%) artigos foram publicados no ano de 2018; três (10,71%) no ano de 2020; oito (28,57%) artigos publicados em 2021; seis (21,42%) no ano de 2022; quatro (14,28%) artigos em 2023 e três (10,71%) artigos do ano de 2024. Ainda, no que tange ao recorte temporal de publicação pode-se considerar que os estudos analisados são recentes na literatura, visto que o primeiro estudo publicado sobre essa temática foi no ano de 2018. Em relação a origem das produções a maior parte se concentraram no continente Europeu com 12 publicações (42,85%), seguido da Ásia com sete artigos (28%), América do Norte com seis artigos (21,42%) e Oceania com três (10,71%), conforme ilustrado na Figura 02.

FIGURA 02 - DISTRIBUIÇÃO MUNDIAL DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA RELACIONADA AO USO DE VÍDEOS 360° NO ÂMBITO HOSPITALAR NO ÂMBITO MUNDIAL.



Fonte: elaborado pelas autoras (2024).

A análise dos resultados foi organizada nos três quadros com o intuito de oferecer uma visão ampla sobre os estudos encontrados quanto ao uso de vídeos 360° em RV no contexto hospitalar, agrupando-os em três categorias principais (Figura 03): uso de RV na assistência à saúde, uso de RV na formação de profissionais de saúde, e, instrutivo para a produção de vídeo em RV. Cada uma dessas categorias revela um aspecto específico do impacto e das potencialidades do uso dessa ferramenta no ambiente hospitalar, conforme proposto a seguir.

FIGURA 03 - CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS SOBRE USO DE VÍDEOS 360° NO ÂMBITO HOSPITALAR



Fonte: Elaborado e traduzido pelas autoras (2024).

O primeiro grupo categorizado descreveu o uso de vídeos 360° na assistência à saúde, seja para promoção da saúde, orientação de procedimento ou estrutura hospitalar, reabilitação da saúde redução da ansiedade e planejamento de procedimento/cirurgia. Os artigos selecionados deste grupo, foram nove artigos, representando 32,14% da amostra total de periódicos, conforme apresentado no quadro 01.

QUADRO 01 - USO DE VÍDEOS 360°, COMO REALIDADE VIRTUAL (RV) NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO ÂMBITO HOSPITALAR, SEGUNDO PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS. CHAPECÓ- SC. BRASIL, 2024.

ID	AUTOR	ANO	TÍTULO*	PAÍS DE ORIGEM DOS PESQUISADORES
1	Özlem Feyzioğlu et al.	2020	Is Xbox 360 Kinect-based virtual reality training as effective as standard physiotherapy in patients undergoing breast cancer surgery?  O treinamento de realidade virtual baseado no Kinect do Xbox 360 é tão eficaz quanto a fisioterapia padrão em pacientes submetidos à cirurgia de câncer de mama?	Turquia
2	Abilash Haridas, Michael Miller.	2021	Middle Cerebral Artery Aneurysm Clipping With Immersive 360 Virtual Reality Model: 2-Dimensional Operative Video.  Clipagem de aneurisma da artéria cerebral média com modelo de realidade virtual imersivo de 360°: vídeo operatório bidimensional.	EUA

3	Mark B Powers <i>et al.</i>	2021	<p>Nonpharmacologic Pain Management Among Hospitalized Inpatients: A Randomized Waitlist-Controlled Trial of Standard Virtual Reality (CGI VR) Versus Video Capture VR (360 degrees 3D/Stereoscopic Video Capture VR).</p> <p>Manejo não farmacológico da dor entre pacientes hospitalizados Um teste randomizado controlado por lista de espera de realidade virtual padrão (CGI VR) versus captura de vídeo VR (360 graus 3D/captura de vídeo estereoscópico VR).</p>	EUA
4	Paalimäki-Paakki K <i>et al.</i>	2021	<p>Patients', radiographers' and radiography students' experiences of 360 virtual counselling environment for the coronary computed tomography angiography: A qualitative study.</p> <p>Experiências de pacientes, radiologistas e estudantes de radiografia em ambiente de aconselhamento virtual 360° para angiotomografia coronariana: um estudo qualitativo.</p>	Finlândia
5	Chenfan Gui <i>et al.</i>	2022	<p>Quantifying fear of falling by utilizing objective body sway measures: A 360° virtual video study.</p> <p>Quantificando o medo de cair utilizando medidas objetivas de oscilação corporal: um estudo de vídeo virtual de 360°.</p>	EUA
6	Imke M A Reinders <i>et al.</i>	2022	<p>The effect of an informative 360-degree virtual reality video on anxiety for women visiting the one-stop clinic for abnormal uterine bleeding: A randomized controlled trial (VISION-trial).</p> <p>O efeito de um vídeo informativo de realidade virtual de 360 graus sobre a ansiedade em mulheres que visitam a clínica centralizada por sangramento uterino anormal: um ensaio clínico randomizado (VISION-trial).</p>	Holanda
7	Thomas J Caruso <i>et al.</i>	2022	<p>The Physiologic and Emotional Effects of 360-Degree Video Simulation on Head-Mounted Display Versus In-Person Simulation: A Noninferiority, Randomized Controlled Trial.</p> <p>Os efeitos fisiológicos e emocionais da simulação de vídeo de 360 graus em visores montados na cabeça versus simulação presencial Um ensaio clínico controlado randomizado de não inferioridade.</p>	EUA
8	Astrid N L Hermans <i>et al.</i>	2023	<p>360 virtual reality to improve patient education and reduce anxiety towards atrial fibrillation ablation.</p> <p>Realidade virtual 360° para melhorar a educação do paciente e reduzir a ansiedade em relação à ablação da fibrilação atrial.</p>	Países Baixos

9	Daichi Kitaguchi et al.	2024	Free-Viewpoint Video in Open Surgery: Development of Surgical Arena 360.  Vídeo de ponto de vista livre em cirurgia aberta: desenvolvimento da arena cirúrgica 360.	Japão
---	-------------------------	------	---	-------

Fonte: Elaborado e traduzido pelas autoras (2024).

Com base no quadro 1, observa-se que na maioria dos estudos, os vídeos 360° são utilizados como ferramentas para aprimorar o cuidado direto ao paciente, abrangendo orientações de procedimentos, reabilitação e redução da ansiedade.

Isso foi observado no estudo número oito, em que os autores reforçam que o uso de vídeos RV 360° pode contribuir significativamente para a educação e preparação dos pacientes antes de procedimentos específicos, reduzindo a ansiedade e aumentando a satisfação (Hermans *et al.*, 2023). Ainda sobre esse estudo, o uso de vídeos 360° foi eficaz na educação de pacientes sobre a ablação da fibrilação atrial, demonstrando como a visualização imersiva auxilia na compreensão do processo e alivia as questões relacionadas ao tratamento, evidenciando que o paciente se sentiu mais confiante e informado (Hermans *et al.*, 2023).

Já o estudo número um explorará, o uso de vídeos RV 360° como um complemento à fisioterapia para pacientes submetidos à cirurgia de câncer de mama, enquanto o estudo três investiga o manejo não farmacológico da dor por meio da RV, evidenciando a eficácia de vídeos imersivos para ruptura da dor (Feyzioğlu *et al.*, 2021). Esses estudos mostram que a RV 360° pode ser uma abordagem eficaz para aprimorar a assistência à saúde ao proporcionar um ambiente seguro para a prática de procedimentos, reduzindo o estresse e a ansiedade dos pacientes e melhorando a adesão aos tratamentos. Além disso, ao simular o ambiente hospitalar e familiarizar os pacientes com ele, os vídeos 360° ajudam a melhorar a experiência hospitalar, tornando-a mais acolhedora e menos intimidante.

Já no segundo grupo de categoria (quadro 02), estes utilizaram a realidade virtual em favor da formação, seja para acadêmicos dos cursos da área da saúde ou para profissionais de saúde que já atuam em algum serviço, sendo evidenciado com o maior número de publicações. Foram identificados 17 artigos que representam 60,71% da amostra total de periódicos.

QUADRO 02 - USO DE REALIDADE VIRTUAL (RV) NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE, NO ÂMBITO HOSPITALAR, SEGUNDO PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS. CHAPECÓ- SC, BRASIL, 2024.

ID	AUTOR	ANO	TÍTULO	PAÍS
10	Romainn C. Heralt <i>et al.</i>	2018	Design and evaluation of a 360 degrees interactive video system to support collaborative training for nursing students in patient Trauma treatment.  <u>Projeto e avaliação de um sistema de vídeo interativo de 360 graus para apoiar o treinamento colaborativo de estudantes de enfermagem no tratamento de traumas em pacientes.</u>	Suécia
11	Sutharsan Yoganatha <i>et al.</i>	2018	360 virtual reality video for the acquisition of knot tying skills: A randomised controlled trial.  <u>Vídeo de realidade virtual 360 para aquisição de habilidades de dar nós: um ensaio clínico randomizado.</u>	Japão

12	Cuan M Harrington <i>et al.</i>	2018	360° Operative Videos: A Randomised Cross-Over Study Evaluating Attentiveness and Information Retention.  <u>Vídeos operacionais 360: um estudo randomizado cruzado avaliando atenção e retenção de informações.</u>	Irlanda
13	Devika Patel <i>et al.</i>	2020	Developing Virtual Reality Trauma Training Experiences Using 360-Degree Video: Tutorial.  <u>Desenvolvendo experiências de treinamento de trauma em realidade virtual usando vídeo de 360 graus: tutorial.</u>	EUA
14	Christopher P Evans <i>et al.</i>	2020	The Potential Benefits of Personalized 360 Video Experiences on Affect: A Proof-of-Concept Study.  <u>Os benefícios potenciais das experiências personalizadas de vídeo 360 no afeto: um estudo de prova de conceito.</u>	Austrália
15	Antonio Rodríguez-D'Jesús, Hugo Uchima.	2021	360° video recording inside a GI endoscopy room: Technical feasibility and its potential use for the acquisition of gastrointestinal endoscopy skills. Pilot experience.  <u>Gravação de vídeo 360 dentro de uma sala de endoscopia gastrointestinal: viabilidade técnica e seu uso potencial para a aquisição de habilidades em endoscopia gastrointestinal. Experiência piloto.</u>	Espanha
16	Junaid Fukuta <i>et al.</i>	2021	Use of 360 Video for a Virtual Operating Theatre Orientation for Medical Students.  <u>Uso de vídeo 360 para orientação de sala de cirurgia virtual para estudantes de medicina.</u>	Nova Zelândia
17	Vera Arents <i>et al.</i>	2021	Use of 360 virtual reality video in medical obstetrical education: a quasi-experimental design.  <u>Uso de vídeo de realidade virtual 360 na educação médica obstétrica: um delineamento quase experimental.</u>	Holanda
18	Alina Petrica <i>et al.</i>	2021	Using 360-degree video for teaching emergency medicine during and beyond the COVID-19 pandemic.  <u>Usando vídeo de 360 graus para ensinar medicina de emergência durante e após a pandemia de COVID-19.</u>	Romênia
19	Yi-Ping Chao <i>et al.</i>	2021	Using a 360° Virtual Reality or 2D Video to Learn History Taking and Physical Examination Skills for Undergraduate Medical Students: Pilot Randomized Controlled Trial.  <u>Usando uma realidade virtual de 360° ou vídeo 2D para aprender habilidades de coleta de histórico e exame físico para estudantes de graduação em medicina: ensaio piloto randomizado controlado.</u>	Taiwan

20	Chris Jacobs, Alice Maidwell- Smith.	2022	Learning from 360-degree film in healthcare simulation: a mixed methods pilot.  <u>Aprendendo com filme de 360 graus em simulação de saúde: um piloto de métodos mistos.</u>	Reino Unido
21	Tsui-Yun Yang <i>et al.</i>	2022	Construction and evaluation of a 360 degrees panoramic video on the physical examination of nursing students.  <u>Construção e avaliação de um vídeo panorâmico 360 graus sobre o exame físico de estudantes de enfermagem.</u>	Taiwan
22	Li-Jen Hsin <i>et al.</i>	2022	Mild simulator sickness can alter heart rate variability, mental workload, and learning outcomes in a 360 virtual reality application for medical education: a post hoc analysis of a randomized controlled trial.  <u>A doença leve do simulador pode alterar a variabilidade da frequência cardíaca, a carga de trabalho mental e os resultados da aprendizagem em um aplicativo de realidade virtual de 360° para educação médica: uma análise post hoc de um ensaio clínico randomizado.</u>	Taiwan
23	Yi-Ping Chao <i>et al.</i>	2023	Comparison of the effect of 360° versus two-dimensional virtual reality video on history taking and physical examination skills learning among undergraduate medical students: a randomized controlled trial.  <u>Comparação do efeito do vídeo de realidade virtual 360° versus bidimensional na aprendizagem de habilidades de coleta de histórico e exame físico entre estudantes de graduação em medicina: um ensaio clínico randomizado.</u>	Taiwan
24	Nino Fijačko <i>et al.</i>	2023	Usability study of using interactive 360 video-based virtual reality for teaching adult basic life support.  <u>Estudo de usabilidade do uso de realidade virtual interativa baseada em vídeo 360° para ensino de suporte básico de vida em adultos.</u>	Eslovênia
24	Sevag Tachejian, Ahmed Moussa.	2024	360-Degree virtual reality video to teach neonatal resuscitation: an exploratory development study.  Vídeo de realidade virtual de 360 graus para ensinar ressuscitação neonatal: um estudo de desenvolvimento exploratório.	Canadá
26	Abdulfatai Olamilekan Babaita <i>et al.</i>	2024	Face-to-face versus 360 VR video: a comparative study of two teaching methods in nursing education.  <u>Vídeo VR face a face versus 360°: um estudo comparativo de dois métodos de ensino na educação em enfermagem.</u>	Japão

Fonte: Elaborado e traduzido pelas autoras (2024).

O terceiro grupo de estudos destacou o uso de vídeos 360° na formação em saúde, evidenciando benefícios no treinamento e aprendizagem de habilidades. O estudo 10 demonstrou a eficácia dessa tecnologia ao treinar estudantes de enfermagem em cenários de trauma (Herald *et al.*, 2018), enquanto o estudo 23 mostrou sua utilidade no ensino de coleta de histórico

e exame físico (Chao *et al.*, 2023). A imersão proporcionada pelos vídeos 360° favorece a prática em ambientes seguros e estimula uma compreensão mais profunda a partir de múltiplas perspectivas.

Por fim, em relação ao menor grupo (quadro 03), apenas dois artigos abordaram este tema, representando 7,14% do total da amostra. Neste grupo, 100% dos estudos descreveram conjuntos de diretrizes, com base na experiência evidenciadas pelos autores na forma a auxiliar os leitores no processo de criação de novos vídeos de 360°, sejam eles de baixo custo ou personalizados para diferentes contextos.

QUADRO 03 - INSTRUTIVO PARA PRODUÇÃO DE VÍDEOS 360°, NO ÂMBITO HOSPITALAR, SEGUNDO PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS. CHAPECÓ-SC, BRASIL, 2024.

ID	AUTOR	ANO	TÍTULO	PAÍS
27	Benjamin O'Sullivan <i>et al.</i>	2018	Creating Low-Cost 360-Degree Virtual Reality Videos for Hospitals: A Technical Paper on the Dos and Don'ts.  <u>Criação de vídeos de realidade virtual de 360 graus de baixo custo para hospitais: um artigo técnico sobre o que fazer e o que não fazer.</u>	Austrália
28	Aileen C Naef <i>et al.</i>	2023	Creating Custom Immersive 360-Degree Videos for Use in Clinical and Nonclinical Settings: Tutorial.  <u>Criação de vídeos imersivos personalizados de 360 graus para uso em ambientes clínicos e não clínicos: tutorial.</u>	Suíça

Fonte: Elaborado e traduzido pelas autoras (2024).

Esse grupo de estudos aborda a necessidade de desenvolver conteúdos acessíveis e personalizados, que atendam às especificidades do ambiente hospitalar. No estudo 27, os autores enfatizam as orientações para produção de vídeos RV 360° de baixo custo, abordando os “prós e contras” no desenvolvimento desse tipo de conteúdo para hospitais (O'Sullivan *et al.*, 2018).

De maneira complementar, o estudo 28 explora a criação de vídeos imersivos personalizados para atender às necessidades específicas de contextos clínicos e não clínicos. Os autores propõem um guia para a criação de conteúdo adaptado a diferentes públicos e especificamente, com o objetivo de melhorar a eficácia dos vídeos 360° no atendimento e na educação de pacientes e profissionais (Naef *et al.*, 2023). A personalização e a adaptação dos vídeos, como destacado pelo autor, são fundamentais para garantir que o conteúdo oferecido atenda às demandas e condições reais dos usuários, aumentando a relevância e o impacto da tecnologia.

Esses estudos do último grupo ressaltam a importância da melhoria tecnológica e do conteúdo de RV para maximizar seu benefício no contexto hospitalar. Ao oferecer diretrizes para vídeos de baixo custo e orientações práticas de personalização, o grupo contribui para a democratização do uso da realidade virtual em saúde, facilitando a implementação dessa tecnologia em instituições com diferentes capacidades financeiras e demandas específicas.

Quando olhado para as 28 publicações, ao que tange a eficácia das experiências, este estudo mostra que há mérito significativo na aplicação da tecnologia de vídeo RV de 360° em diferentes áreas de aplicação. Observou-se que 92, 85% dos estudos consideram positivos os achados após uso do vídeo 360°, seja na aplicação do objetivo principal ou achados secundários durante a pesquisa. Não foi identificada conclusão relacionada a benefícios nos dois artigos restantes.

A aplicação de RV 360° para pacientes proporciona o aprimoramento do aconselhamento e o atendimento ao mesmo, além disso otimiza o procedimento qual será submetido, bem como redução da ansiedade e o medo (Paalimäki-Paakki *et al.*, 2021).

Hammound *et al.*, (2024), complementam que o uso da realidade virtual como complemento no tratamento de fobias pode ser altamente eficaz para o progresso do paciente em relação aos estímulos que desencadeiam o transtorno. Essa tecnologia funciona como um reforço para as terapias e tratamentos tradicionais, já acessíveis ao público, oferecendo possibilidades que vão além do alcance da terapia de exposição e da terapia cognitivo-comportamental convencionais.

Um estudo de Kokorelias *et al.*, (2024), observou-se que além dos efeitos psicológicos positivos a partir de intervenções imersivas de RV e Realidade aumentada (RA), também foram observados, redução do estresse, depressão e solidão dos cuidadores que trabalham no cuidado de idosos com demência. Aliado a redução da ansiedade, Silva *et al.*, (2024), pontuam que a realidade virtual tem se mostrado eficaz no controle da dor e na melhoria da qualidade de vida de pacientes. Já a realidade aumentada tem aplicações importantes em anestesiologia e cirurgia, contribuindo para maior precisão e segurança nos procedimentos.

Hermands *et al.*, (2023) completam defendendo que o uso de RV em pacientes ,previamente a seus procedimentos pode proporcionar uma melhor transmissão de informações e conhecimentos sobre procedimentos, além de maior satisfação e menos preocupações em relação ao mesmo. Também pode ser evidenciado o uso de RV para melhorar a habilidade dos profissionais em procedimentos cirúrgicos. Lima (2024), afirma que a simulação possibilita um método educacional imersivo que permite recriar situações difíceis de reproduzir na prática real ou de repetir adequadamente para a aquisição de conhecimento teórico e técnico, atributos que foram associados ao desenvolvimento de habilidades, melhoria na interação e ampliação do conhecimento.

Jesus *et al.*, (2024), identificaram em seu estudo que a incorporação da RV e da RA no ensino amplia o aumento do engajamento dos alunos, além de a facilitar da compreensão de conceitos complexos e o incentivar à aprendizagem colaborativa. Nessa mesma perspectiva, Babaiata *et al.*, (2024), ponderam que apesar de a demonstração presencial ser o método tradicional para ensinar habilidades psicomotoras aos estudantes, o uso de vídeos em VR 360° pode oferecer uma alternativa eficaz com resultados de aprendizado comparáveis.

Da mesma forma, Singh *et al.*, (2023) exploraram o uso de realidade virtual na simulação de cenários de trauma para estudantes de medicina, observando um aumento na retenção de conhecimento e uma melhoria na confiança dos alunos para enfrentar emergências. Tachejian e Moussa (2024), complementam que o avanço das tecnologias de câmeras resultou na criação de vídeos em 360° graus, que proporcionam uma experiência imersiva distinta quando visualizados com dispositivos de realidade virtual. Esses vídeos em 360° permitem a aprendizagem autônoma e oferecem inúmeras oportunidades para desenvolver habilidades de trabalho em equipe, comunicação e gestão de pacientes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estado da arte evidencia que, embora a realidade virtual no formato de vídeo 360° esteja ganhando espaço na área da saúde, o tema ainda é muito novo nas pesquisas, uma vez que os artigos analisados foram publicados principalmente nos últimos seis anos e o mais antigo com sua publicação em 2018.

Além disso, os artigos revisados foram, em grande parte, voltados para o treinamento de médicos e enfermeiros, enquanto o uso da RV para a formação de outros profissionais da

saúde ainda é limitado. Outrossim, o continente europeu se sobressai no número de publicações de pesquisas relacionadas a este assunto.

A RV tem um potencial transformador no ambiente hospitalar, especialmente com vídeos 360°, tanto para o atendimento direto aos pacientes quanto para a formação e capacitação de profissionais de saúde. A busca quanto ao “estado da arte”, permitiu identificar evidências significativas de que essa tecnologia, embora recente, traz impactos positivos em áreas como promoção da saúde, redução de ansiedade e da dor, além de treinamento de habilidades clínicas. Os vídeos 360° proporcionam uma experiência imersiva e controlada, ajudando os pacientes a se familiarizarem com o ambiente hospitalar e promovendo um cuidado mais humanizado.

Na educação em saúde, o uso de vídeos imersivos mostra-se promissor para o desenvolvimento de habilidades psicomotoras e o ensino de procedimentos complexos, uma vez que a RV pode simular cenários de alta pressão em um ambiente seguro e controlado. Outra contribuição relevante deste estudo foi a análise de diretrizes para produção de vídeos 360° de baixo custo e personalizados para diferentes contextos clínicos. Apesar dos benefícios identificados, observa-se a necessidade de aprofundar as pesquisas em outras áreas da saúde, onde os estudos ainda são escassos.

Recomenda-se a continuidade da produção científica sobre o uso e impactos da RV 360° em contextos clínicos e educacionais variados, a fim de maximizar as contribuições dessa tecnologia para a área da saúde.

## REFERÊNCIAS

ALBÉRIO, M. V. **ACONTECE – um ambiente virtual colaborativo para treinamento cirúrgico**. 2005. Dissertação (Mestrado) – Instituto Militar de Engenharia, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Jauvane-Oliveira/publication/239606088\\_ACOnteCe-Cardio\\_um\\_Ambiente\\_Colaborativo\\_para\\_TrEinamento\\_em\\_Cirurgia\\_Cardiaca/links/53d8e10f0cf2631430c36e56/ACOnTECe-Cardio-um-Ambiente-Colaborativo-para-TrEinamento-em-Cirurgia-Cardiaca.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jauvane-Oliveira/publication/239606088_ACOnteCe-Cardio_um_Ambiente_Colaborativo_para_TrEinamento_em_Cirurgia_Cardiaca/links/53d8e10f0cf2631430c36e56/ACOnTECe-Cardio-um-Ambiente-Colaborativo-para-TrEinamento-em-Cirurgia-Cardiaca.pdf)

BIRBARA, N. S. **Realidade virtual imersiva e vídeo 360 graus na avaliação e tratamento de condições musculoesqueléticas: uma revisão sistemática**. 2020. Dissertação (Mestrado) – Teoria e Prática da Fisioterapia, 2020. Disponível em: <https://revista.faema.edu.br/index.php/revista-faema/article/view/4443>

BABAITA, A. O. et al. **Vídeo presencial versus vídeo VR 360: um estudo comparativo de dois métodos de ensino na educação em enfermagem**. 2024. Dissertação (Mestrado) – BMC Nursing, 2024. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12912-024-01866-4>

JESUS, E. A. et al. Realidade virtual e aumentada no processo educacional. **Revista Amor Mundi**, v. 5, n. 5, p. 13-25, 2024. Disponível em: [https://biblioteca.uniscd.edu.mz/bitstream/123456789/3680/1/REALIDADE\\_VIRTUAL\\_E\\_AUMENTADA\\_NO\\_PROCESSO\\_EDUCACIO.pdf](https://biblioteca.uniscd.edu.mz/bitstream/123456789/3680/1/REALIDADE_VIRTUAL_E_AUMENTADA_NO_PROCESSO_EDUCACIO.pdf)

FERREIRA, N. G. **O papel do fisioterapeuta durante o período gestacional: uma revisão de literatura**. 2022. 33 f. Monografia (Bacharelado em Fisioterapia) – Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS), Icó, CE, 2022. Orientador(a): Prof. Esp./Me. Rauany Barrêto Feitoza. Disponível em: [https://sis.univs.edu.br/uploads/12/NAIURY\\_GONA\\_ALVES\\_FERREIRA\\_1\\_.pdf](https://sis.univs.edu.br/uploads/12/NAIURY_GONA_ALVES_FERREIRA_1_.pdf)

HAJESMAEEL-GOHARI, S.; SARPOURIAN, F.; SHAFIEI, E. Aplicações de realidade virtual no atendimento a gestantes: uma revisão de escopo. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 21, p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-03725-55>

HAMMOUD, J. W. *et al.* Eficácia da realidade virtual aliada ao tratamento de fobias. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 24, p. e16751-e16751, 2024. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/medico/article/view/16751/9192>

HERMANS, A. N. L. *et al.* Realidade virtual 360° para melhorar a educação do paciente e reduzir a ansiedade em relação à ablação da fibrilação atrial. **Europace**, v. 25, n. 3, p. 855-862, 30 mar. 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36738261/>

KOKORELIAS, K. M. *et al.* Use of Virtual Reality and Augmented Reality Technologies to Support Resilience and Skill-Building in Caregivers of Persons With Dementia: A Scoping Review. **Cureus**, v. 16, n. 7, e64082, 8 jul. 2024. Disponível em: <https://www.cureus.com/articles/257072-use-of-virtual-reality-and-augmented-reality-technologies-to-support-resilience-and-skill-building-in-caregivers-of-persons-with-dementia-a-scoping-review#!/>

LIMA, A. R. **Realidade virtual no contexto do ensino médico: análise do conceito**. 2024. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/server/api/core/bitstreams/91863645-b9cf-41cf-aca-3dff3002ea67/content>

MORETTI, I. **Estado da arte: confira o significado, como usar e exemplos**. São Paulo: Via Carreira, 2021. Disponível em: <https://viacarreira.com/estado-da-arte/>. Acesso em: 12 nov. 2024. Disponível em: <https://viacarreira.com/estado-da-arte/>

NUNES, F. L. S. *et al.* Aplicações médicas usando realidade virtual e realidade aumentada. In: **Realidade Virtual: Conceito, Projeto e Aplicações**. v. 10, p. 222-255, 2007. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Rosa-Da-Costa-2/publication/216813148\\_Aplicacoes\\_Medicas\\_usando\\_Realidade\\_Virtual\\_e\\_Realidade\\_Aumentada/links/53eb910b0cf24f241f123fef/Aplicacoes-Medicas-usando-Realidade-Virtual-e-Realidade-Aumentada](https://www.researchgate.net/profile/Rosa-Da-Costa-2/publication/216813148_Aplicacoes_Medicas_usando_Realidade_Virtual_e_Realidade_Aumentada/links/53eb910b0cf24f241f123fef/Aplicacoes-Medicas-usando-Realidade-Virtual-e-Realidade-Aumentada)

PAALIMÄKI-PAAKKI, K. *et al.* Efeitos de um ambiente de aconselhamento virtual de 360° na ansiedade do paciente e no tempo do processo CCTA: um ensaio clínico randomizado. **Radiografia**, v. 29, p. S13-S23, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33046372/>

PETRICIA, A. *et al.* **Usando vídeo de 360 graus para ensinar medicina de emergência durante e além da pandemia de COVID-19**. *Annals of Medicine*, v. 53, n. 1, p. 1520-1530, 2021. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07853890.2021.1970219>

SILVA, A. J. B. *et al.* Avanços no diagnóstico clínico: o uso da realidade aumentada como ferramenta de precisão na medicina. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 8, p. 4971-4981, 2024. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/3241>

TEIXEIRA, E. (org.). **Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Moriá, 2020. Disponível em: <https://www.moriaeditora.com.br/nossas-publicacoes/desenvolvimento-de-tecnologias-cuidativo-educacionais>

## CAPÍTULO 7

# TECNOLOGIAS QUE FOMENTAM A PRÁTICA DE ENFERMAGEM ÀS NUTRIZES: REVISÃO INTEGRATIVA

CAMILA TREVISAN SALDANHA  
SILVANA DOS SANTOS ZANOTELLI  
CARLA ARGENTA

### INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) defende, ativamente, o leite materno como a melhor fonte de nutrição para recém-nascidos e lactentes há décadas e, atualmente, a meta até 2025 é de que pelo menos 50% dos recém-nascidos sejam amamentados, de maneira exclusiva, até o sexto mês de vida (OMS, 2023).

O Brasil se destaca no cenário mundial na promoção, proteção e incentivo ao Aleitamento Materno (AM), pela sua trajetória de Bancos de Leite Humano (BLH), reconhecidos pela significativa redução de 73% da mortalidade infantil no período de 1999 a 2015. No ano de 2020 o pesquisador João Aprígio de Almeida, coordenador da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (r-BLH-BR), recebeu da OMS o prêmio Dr. Lee Jong-Wook de Saúde Pública, pelas ações de redução da mortalidade infantil. Os BLH foram fundamentais para a expressiva redução. Com o mecanismo de coleta e distribuição de leite humano com rigoroso controle de qualidade, o Brasil tem conseguido difundir a implantação de novas unidades de BLH em outros países (r-BLH, 2020).

Assim como as ações de promoção, proteção e apoio ao AM são fundamentais para difundir informações seguras, existem vários atores importantes para alcançar o sucesso da amamentação. Conforme destacado por Vieira *et al.*, (2017), o sucesso da lactação de-

pende da interação da mãe com os demais atores envolvidos no processo de AM: filho/família/profissionais e sociedade, sendo fundamental que todos os envolvidos possam apoiar e dar suporte à mãe no manejo da lactação.

Neste contexto é fundamental que o enfermeiro que atua em BLH realize assistência de forma sistematizada, por meio de consulta de enfermagem (CE) e aplicação do Processo de Enfermagem (PE), pois este profissional está diretamente vinculado a assistência da gestante/puérpera/nutriz e do lactente na prática do AM. Portanto, realizar a implantação do PE no BLH visa garantir uma assistência de enfermagem segura e resolutive, pautada nas etapas interligadas do PE, descritas na resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 736/2024: avaliação de enfermagem, diagnóstico de enfermagem (DE), planejamento de enfermagem, implementação de enfermagem e evolução de enfermagem (Cofen, 2024a).

Corroborando com o descrito acima, o COFEN publicou, em 28 de fevereiro de 2024, a resolução 741/2024 que “regulamenta e normatiza a assistência de enfermagem nos Bancos de Leite Humano e Posto de Coleta de Leite Humano”. A resolução estabelece que compete privativamente ao enfermeiro organizar, dirigir, coordenar e avaliar os serviços de Enfermagem no BLH, incluindo a assistência e cuidados de enfermagem ao binômio mãe/filho, contemplando as etapas do PE, assim como planejar, organizar, coordenar e executar a assistência de enfermagem na manipulação de leite humano e em todas as etapas do processo de pasteurização. Ainda, cabe ao enfermeiro supervisionar os técnicos e auxiliares de enfermagem no contexto de trabalho do BLH (Cofen, 2024b).

Diante das considerações apresentadas buscou-se identificar tecnologias que fomentam a assistência de enfermagem às nutrizes.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa com início em agosto de 2024 e término em novembro de 2024. Esse tipo de revisão de acordo com Sousa, Bezerra e Egypto (2023) visa explorar, reunir, analisar, interpretar e sintetizar saberes sobre diferentes temas e campos de pesquisa, a fim de promover resultados sobre um objeto de estudo específico.

A revisão seguiu os seis passos descritos por Sousa, Bezerra e Egypto (2023):

- Passo 1: formulação da questão da revisão;
- Passo 2: definição das ferramentas para a coleta de dados ou pesquisa na literatura, relacionada à pergunta norteadora;
- Passo 3: recrutamento dos estudos em diversas fontes de informação – pré-seleção e seleção;
- Passo 4: representação das características dos estudos e organização dos dados, para sua categorização;
- Passo 5: análise e discussão dos dados coletados;
- Passo 6: apresentação pública ou síntese da revisão.

O primeiro passo foi identificar o tema da pesquisa, tecnologias que fomentam a assistência de enfermagem às nutrizes, visto isso a presente revisão foi baseada na seguinte questão norteadora: Quais tecnologias vêm sendo utilizadas por enfermeiros para fomentar a assistência de enfermagem às nutrizes?

No passo 2 foram utilizados os descritores devidamente cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Bancos de Leite Humano, Diagnósticos de Enfermagem, Processo de Enfermagem, Tecnologia, Enfermagem e Leite Humano; nos idiomas português e in-

glês, separados pelo operador booleano *AND*. Foram utilizadas as combinações: “bancos de leite humano *and* processo de enfermagem”, “bancos de leite humano *and* diagnósticos de enfermagem”, “cuidados de enfermagem *and* bancos de leite humano *and* processo de enfermagem”, “tecnologia *and* enfermagem *and* leite humano. A seleção dos estudos (Passo 3) foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), incluindo as bases Scielo, MEDLINE, LILACS e Scopus. Na sequência, o Quadro 01 apresenta as estratégias de buscas e resultados obtidos:

QUADRO 01 – ESTRATÉGIA DE BUSCA E RESULTADOS OBTIDOS

ESTRATÉGIA DE BUSCA	Nº ARTIGOS ENCONTRADOS BVS/ SCIELO/MEDLINE/LILACS	Nº ARTIGOS ENCONTRADOS SCOPUS
Bancos de leite Humano AND Processo de enfermagem	6	7
Bancos de Leite humano AND Diagnósticos de Enfermagem	1	0
Cuidados de Enfermagem AND Bancos de Leite Humano AND Processo de Enfermagem	2	5
Tecnologia AND Enfermagem AND Leite Humano	22	20
<b>Total: 63 artigos</b>		

Fonte: Elaborado pelas autoras (2024).

Para compor o corpo de análise da revisão foram definidos critérios de elegibilidade a saber: artigos completos de acesso gratuito, publicados em português/inglês e espanhol, entre os anos de 2019 e 2024, que contemplassem a questão norteadora. Foram excluídos os artigos que não contemplaram a temática.

Os estudos foram extraídos das bases de dados no modo de arquivo no formato Information Systems Researche (*Ris*) e exportados para a plataforma de gerenciamento de estudos *RAYYAN*. Foi realizado o *download* e salvos em *drive* para propiciar o acesso simultâneo de todos os componentes da equipe de pesquisadores do estudo.

Foi realizada uma análise temática, identificando as tecnologias destacadas para prática de assistência de enfermagem às nutrizes no contexto do aleitamento materno.

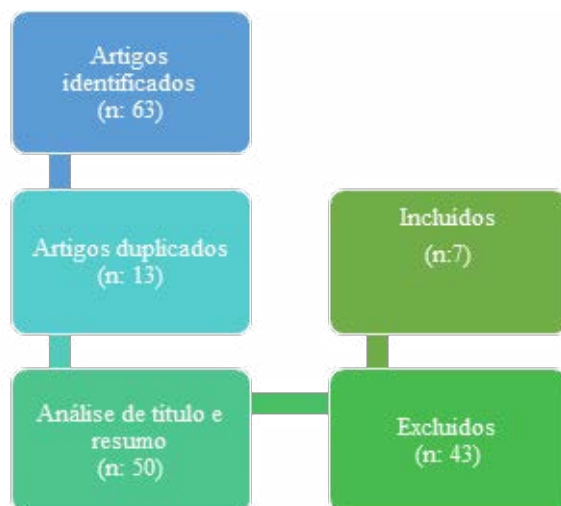
## RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir das estratégias de busca foram obtidos 63 estudos. Inicialmente foi realizada a identificação de estudos duplicados em ferramenta da plataforma, os quais foram analisados pela pesquisadora, confirmado a duplicidade, excluindo-se 13 estudos nessa etapa.

No primeiro momento, os estudos identificados passaram pela análise de título e resumo, a fim de identificar se atendiam à temática do estudo. Nesta etapa foram excluídos 43 artigos devido a fuga da temática. Por fim, foram incluídos sete estudos para compor a revisão integrativa.

O fluxograma apresentado na figura 01 detalha o processo sistemático de seleção dos estudos realizados nessa revisão.

FIGURA 01- FLUXOGRAMA DA REVISÃO



Fonte: Elaborado pelas autoras (2024).

O Quadro 01 apresenta um resumo dos estudos analisados, destacando informações relevantes para a caracterização das publicações, contemplando dados dos autores e o ano de publicação de cada estudo, seguido pelo título, objetivo da pesquisa, periódico de publicação e abordagem metodológica utilizada pelos autores.

QUADRO 01 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

AUTORES (ANO)	TÍTULO	OBJETIVO	PERIÓDICO	TIPO DE ESTUDO
MARCHIORI et al., (2022)	Reflexão sobre a organização do trabalho de enfermagem no banco de leite: cuidado compartilhado e multiprofissional	refletir sobre a organização do trabalho de Enfermagem no Banco de Leite Humano a partir das ações de cuidado compartilhado com a equipe multiprofissional.	Esc. Anna. Nery	Estudo teórico-reflexivo
FRANCO et al., (2023)	Construção de uma tecnologia educacional podcast para a promoção do aleitamento materno	descrever a experiência de construção de uma tecnologia educacional do tipo podcast para a promoção do aleitamento materno.	Rev. enferm. UFPE online	Estudo descritivo
MORAES; FERRAZ (2021)	Educational technology on expressing breast milk: development and validation of a serious game	desenvolver e validar um Serious Game sobre a ordenha do leite materno para enfermeiros do trabalho que atuam em agroindústrias.	Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.	Estudo metodológico
DELLALIBER; COELHO (2021)	Aleitamento materno: uso da tecnologia da informação como estratégia para a construção de um website	descrever o processo de criação e desenvolvimento de um <i>website</i> focado em orientações de aleitamento materno.	Rev. enferm. UFSM	Método <i>Definition, Architecture, Design and Implementation.</i>

MELLO <i>et al.</i> , (2020)	Construction and validation of an educational booklet for mobile devices on breastfeeding	validar uma cartilha educativa para uso em dispositivos móveis sobre aleitamento materno para familiares cuidadores de recém-nascidos e lactentes.	Texto contexto - enferm.	Pesquisa metodológica
SILVA <i>et al.</i> , (2019)	Health Technologies and their contributions to the promotion of breastfeeding: an integrative review of the literature	identificar as tecnologias em saúde e suas contribuições para a promoção do aleitamento materno.	Ciência & Saúde Coletiva	Revisão integrativa
CRESPO <i>et al.</i> , (2019)	Diagnósticos de enfermagem de mulheres nutrizas atendidas no banco de leite humano	Conhecer o perfil de Diagnósticos de Enfermagem em mulheres nutrizas atendidas no Banco de Leite Humano.	Enfermagem em Foco	Estudo descritivo

Fonte: Elaborado pelas autoras (2024)

As tecnologias abordadas pelos estudos contemplam *podcast*, games, cartilhas, *websites*, DE e o PE, como importantes estratégias para promoção, manejo e manutenção do aleitamento materno.

Os enfermeiros destacam-se nas atividades de educação em saúde, e cada vez mais, têm desenvolvido tecnologias para auxiliar a prática profissional. Para promoção do AM destacam-se as tecnologias educacionais, demonstrando a necessidade de ampliar o escopo para tecnologias assistenciais, gerenciais e de ensino (Silva *et al.*, 2019).

No que se refere às tecnologias audiovisuais, o *podcast*, é uma ferramenta educacional destacada no estudo de Franco *et al.*, (2023). Trata-se de uma tecnologia acessível, com amplo alcance geográfico que visa promover a conscientização frente a importância do AM, oferecendo suporte para saúde das mulheres que amamentam.

Seguindo essa premissa Souza *et al.*, (2020), evidenciaram em um estudo de intervenção, que o uso de tecnologias audiovisuais impactou positivamente na qualidade da técnica de amamentação e na prevalência do AM exclusivo durante o primeiro mês de vida.

Ainda no contexto das tecnologias educacionais Moraes e Ferraz (2021), desenvolveram e validaram um *serious game* sobre a ordenha do leite materno para enfermeiros do trabalho que atuam em agroindústrias. As autoras destacam a importância de desenvolver tecnologias atrativas e motivadoras para melhorar as práticas de educação em saúde.

A abordagem pedagógica realizada através de games destaca-se de maneira dinâmica, gerando engajamento e motivação, promovendo a exploração ativa de um determinado tema (Medeiros *et al.*, 2023).

Corroborando com a perspectiva citada, Silva *et al.*, (2024) também desenvolveram e validaram um *serious game*, evidenciando tratar-se de uma tecnologia que fortalece o conhecimento profissional de forma lúdica e envolvente.

Marques *et al.*, (2023), validaram uma tecnologia educacional na forma de gibi direcionada à rede de apoio da lactante, ressaltando a relevância das tecnologias na promoção do AM, do mesmo modo que incentiva a atualização do conhecimento entre os profissionais de saúde, desmitificando crenças e comportamentos que podem prejudicar o processo de amamentação.

Dellalibera e Coelho (2021), destacam as tecnologias de informação como ferramentas importantes de rápida e ampla divulgação de informações, no entanto observaram que nem sempre as informações são baseadas em evidências o que pode impactar negativamente no

processo de amamentação, destacam ainda que esse tipo de tecnologia é um importante complemento no cuidado assistencial do paciente.

Aliando o uso de dispositivos móveis e informações baseadas em evidências Mello *et al.*, (2020), desenvolveram e validaram uma cartilha educativa sobre aleitamento materno, para utilização em dispositivo móvel por familiares e cuidadores de recém-nascidos e lactentes, assim como profissionais de saúde, visando contribuir para a redução dos índices de desmame e a promoção do aleitamento materno.

As pesquisas de construção e validação de tecnologias têm ganhado destaque nos últimos anos. Neste sentido, em relação às tecnologias para promoção e apoio ao AM, prevalecem as tecnologias educacionais como *serious games*, *websites*, *podcasts*, cartilhas (Silva *et al.*, 2019).

Os websites são considerados ferramentas eficazes para disseminar informações científicas, por tratar-se de um meio ágil para informar, compartilhar e trocar experiências. Essas plataformas reúnem uma série de recursos como imagens, vídeos e textos, capazes de atender inúmeros cenários (Goes *et al.*, 2024).

Ao listar tecnologias capazes de auxiliar na prática profissional do enfermeiro, a abordagem sistemática do PE também se destaca como aliada na promoção do AM. Em relação a atuação do enfermeiro em BLH, Marchiori *et al.*, (2021) evidenciaram que o PE faz parte dos procedimentos de cuidado em saúde e que o cuidado prestado pelo enfermeiro atuante nesse espaço, possui um amplo alcance, estendendo-se ao domicílio das nutrizes assistidas.

A primeira etapa do PE, avaliação de enfermagem orienta o julgamento clínico na escolha dos DE. Neste contexto Crespo *et al.*, (2019) destacam que estudos sobre o perfil diagnóstico de nutrizes atendidas em BLH podem nortear a prática profissional e orientar o cuidado de enfermagem, pautado em tecnologias favoráveis para prática profissional. Destacam ainda que a etapa de DE aplica-se em todos os cenários de prática e, nos BLHs eles podem auxiliar o profissional na condução da CE, identificando intervenções assertivas.

Por fim, Moura *et al.*, (2023) evidenciaram que a implementação de tecnologias é de suma importância para prática assistencial, sobretudo dos profissionais de enfermagem em prol da promoção do AM.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de diferentes tecnologias para aprimorar a prática do enfermeiro, em prol do AM, tem mostrado que desenvolver tecnologias educativas, gerenciais e assistenciais beneficia a promoção do AM. As tecnologias listadas demonstram ser estratégias eficazes para a educação, manejo e manutenção do AM.

Nos estudos destacaram-se as tecnologias audiovisuais e a construção e validação de tecnologias para prática do enfermeiro, evidenciando que a interação entre profissional enfermeiro e nutriz aliada a ferramentas atrativas e com base científica corroboram para uma assistência de enfermagem assertiva.

Esta revisão corrobora com a ideia de que as tecnologias são importantes ferramentas na prática profissional do enfermeiro. A enfermagem tem se destacando no campo da pesquisa, por desenvolver tecnologias voltadas às suas diferentes áreas de atuação.

Em suma, as tecnologias educacionais e assistenciais destacam-se, no entanto, os estudos não abordaram tecnologias relativas à aplicabilidade do PE, evidenciando fragilidade de alicerçar a prática profissional e realização da consulta de enfermagem, pautada nas etapas do PE, mostrando a necessidade de construção de tecnologias voltadas a este cenário de atuação.

## REFERÊNCIAS

BRASIL recebe prêmio internacional por ações de redução da mortalidade infantil. **rBLH Brasil**, Rio de Janeiro, [2020?]. Disponível em: <https://rblh.fiocruz.br/brasil-recebe-premio-internacional-por-acoes-de-reducao-da-mortalidade-infantil>

BRASIL. **Lei nº 14.434, de 4 de agosto de 2022**. Altera a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, para instituir o piso salarial nacional do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira. Brasília, DF: Presidência da República, 2022. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2022/lei/l14434.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14434.htm)

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 736/2024, de 17 de janeiro de 2024**. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2024a. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 741/2024, de 27 de fevereiro de 2024**. Regulamenta e normatiza a assistência de Enfermagem nos Bancos de Leite Humano e Posto de Coleta de Leite Humano, e dá outras providências. Brasília, DF: COFEN, 2024b. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-741-de-27-de-fevereiro-de-2024/>

CRESPO, N.C.T *et al.* Diagnósticos de enfermagem de mulheres nutrizas atendidas no banco de leite humano. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 1, p. 12-17, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1396/486>

DELLALIBERA, M. N.; COELHO, D. F. Aleitamento materno: uso da tecnologia da informação como estratégia para a construção de um website. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, RS, v. 11, p. 1-13, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/64034>

FRANCO, M. S. *et al.* Construção de uma tecnologia educacional podcast para a promoção do aleitamento materno. **Revista de Enfermagem UFPE On line**, v. 17, n. 1, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/253636/44239>

MARCHIORI, G. R. S. *et al.* Reflexão sobre a organização do trabalho de Enfermagem no banco de leite: cuidado compartilhado e multiprofissional. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. 1-6, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0174>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/pLfdCnHDS8wQLMgHhfbKr8M/abstract/?lang=pt#>

MARQUES, B. C. S. *et al.* Validação de tecnologia educacional no formato de gibi direcionada à rede de apoio da Nutriz. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 98, n. 2, 2024. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1837>

MEDEIROS, L. P. *et al.* Instrumento para construção do conteúdo, estratégias de gamificação e recursos didáticos do jogo sério aleitagem. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 4, n. 3, p. 920-925, 2023. DOI: <https://doi.org/10.51161/conais2023/20950>. Disponível em: <https://editoraintegrar.com.br/publish/index.php/remsa/article/view/4065>

MELLO, N. C. *et al.* Construção e validação de cartilha educativa para dispositivos móveis sobre aleitamento materno. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 29, p. 1-14, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0492>

MORAES, V. C.; FERRAZ, L. Tecnologia educativa sobre ordenha do leite materno: desenvolvimento e validação de um Serious Game. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 21, n. 3, p. 845-855, jul.-set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000300007>

MOURA, M. S. S. *et al.* Uso de tecnologias por enfermeiros para promoção do aleitamento materno: revisão de escopo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 57, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0466en><https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0466en>

OMS. Breastfeeding. **WHO**, [202-]. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1)

REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO. Quem somos. Disponível em: <https://rblh.fiocruz.br/quem-somos>

REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO. Trajetória. Disponível em: <https://rblh.fiocruz.br/trajetoria>

SILVA, N. V. N. *et al.* Tecnologias em saúde e suas contribuições para a promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 589-603, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018242.03022017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RG9dKm34fMFyLFXpQswv7Rv/?format=pdf&lang=pt>

SOUSA, M. N. A.; BEZERRA, A. L. D.; EGYPTO, I. A. S. Trilhando o caminho do conhecimento: o método de revisão integrativa para análise e síntese da literatura científica. **Revista Observatório de la Economía Latinoamericana**, Curitiba, v. 21, n. 10, p. 18448-18483, 2023. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/1902>

VIEIRA, G. M. *et al.* Protocolo de enfermagem para assistência à mulher em processo de lactação. **Cuidado é Fundamental** – Revista Online de Pesquisa, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1040-1047, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505754110022.pdf>



**PRÁTICAS CLÍNICAS,  
PROTOSCOLOS E CUIDADO  
ESPECIALIZADO**

## CAPÍTULO 8

# UMA ABORDAGEM DE ENFERMAGEM PARA AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE MUCOSITE ORAL EM PACIENTE ONCOLÓGICO

FERNANDA LENKNER

OLVANI MARTINS DA SILVA

VANDER MONTEIRO DA CONCEIÇÃO

LUCIMARE FERRAZ

ROSANA AMORA ASCARI

### INTRODUÇÃO

A mucosite oral (MO) é uma complicação frequente de tratamentos como radioterapia, quimioterapia, transplante de células-tronco hematopoiéticas, e terapia combinada de quimioterapia e radioterapia. A mucosite é definida pelo eritema e ulceração da camada mucosa do sistema gastrointestinal (Elad *et al.*, 2020).

A quimioterapia é usada no tratamento de controle e remissão de diversos tumores sólidos, tais como os do sistema digestivo, mamas e colo do útero. Os seus efeitos colaterais dependem da administração e da dose, podendo incluir mudanças hematológicas, dermatológicas e do sistema gastrointestinal (Menezes *et al.*, 2022).

A MO é vista como um dos efeitos adversos mais significativos da quimioterapia para tratamento contra o câncer. A incidência de MO varia conforme o tipo de tratamento quimioterápico e a resposta individual (Menezes *et al.*, 2022).

Vários agentes citotóxicos têm sido associados a danos na mucosa oral e gastrointestinal, incluindo Metotrexato, Fluorouracil, Doxorubicina, Ciclofosfamida, Dactinomicina e Bleomicina. Além disso, o tratamento combinado com Mitomicina, axanos (Paclitaxel e Docetaxel), Vincristina e Vinorelbina tem sido relatado. Essas terapias têm o potencial de intensificar a toxicidade na mucosa oral, resultando em inflamação e úlcera (Menezes *et al.*, 2022).

A MO está ligada à dor, disfagia, alimentação por nutrição enteral ou parenteral, o uso de opioides e interrupções no tratamento oncológico. Em indivíduos com imunossupressão, a MO, está ligada à bacteremia, prolongamento da hospitalização e maior taxa de mortalidade (Elad *et al.*, 2020).

Frequentemente na população com câncer, a perda de peso é inevitável. E nos pacientes com câncer de cabeça e pescoço, ela impacta 80%, rapidamente. Portanto, uma das principais consequências dessa situação é a desnutrição (Melo *et al.*, 2022).

A MO começa como um eritema que pode evoluir para erosão e úlcera; está ligada à dor, disfagia e odinofagia, podendo levar a complicações na fala. Este conjunto de sintomas pode resultar em desidratação por causa da menor ingestão de alimentos e da dificuldade em ingerir líquidos, levando a uma perda de peso considerável e agravamento do estado nutricional da pessoa (Melo *et al.*, 2022).

Dependendo do grau, a MO pode levar à piora da qualidade de vida durante o tratamento, por exemplo, devido à dificuldade de deglutição, ingestão hídrica e alimentar e capacidade de comunicação. Além disso, os efeitos prejudiciais da MO podem incluir também a descontinuidade do tratamento (Menezes *et al.*, 2022).

A terapia combinada, ao atuar tanto local quanto sistemicamente, pode causar ou intensificar efeitos colaterais potencialmente, como MO, xerostomia, má saúde oral, má absorção, constipação, diarreia, náuseas, disgeusia, disfagia e dor. Esses são vistos como fatores de risco para a perda de peso, resultando em piora do estado nutricional e prognóstico, bem como na redução da qualidade de vida (Melo *et al.*, 2022).

Os cuidados orais básicos, referem-se às ações rotineiras realizadas pelo paciente ou profissional de saúde para reduzir a quantidade de bactérias na cavidade oral, prevenir infecções e proporcionar conforto. Essas práticas geralmente incluem limpeza mecânica dos dentes, uso de fio dental, aplicação de enxaguantes bucais suaves para controlar o acúmulo de bactérias, além de hidratar e lubrificar as superfícies da mucosa oral (Elad *et al.*, 2020).

A fotobiomodulação é identificada como uma abordagem eficaz para reduzir a gravidade da mucosite (Melo *et al.*, 2022).

O tratamento com fotobiomodulação reduz efetivamente a dor e reduz os processos inflamatórios, que são algumas das características da MO. Isso ocorre porque pode controlar diversos eventos metabólicos através de processos fotofísicos, fotobiológicos e bioquímicos (Melo *et al.*, 2022).

Conforme Menezes *et al.*, (2022), várias estratégias terapêuticas têm sido sugeridas para diminuir esses efeitos colaterais. A fotobiomodulação é vista como um método não invasivo capaz de aliviar a dor e diminuir a severidade da mucosite oral. A literatura mostra que o tratamento com a fotobiomodulação leva a uma diminuição considerável das lesões e de sua severidade, além de exercer um significativo efeito preventivo na ocorrência de novas lesões.

A MO é uma reação inflamatória marcada pela presença de citocinas com um perfil favorável à inflamação. Portanto, quanto maior o gradiente pró-inflamatório, mais intensa será a sintomatologia dolorosa. A teoria sugere que a fotobiomodulação diminui a severidade da MO ao reduzir os níveis de citocinas inflamatórias, evitando dessa forma a evolução para estágios mais graves (Melo *et al.*, 2022).

Em termos clínicos, pode ter três efeitos significativos: analgésico, anti-inflamatório e restaurador, apoiando sua utilização terapêutica. Contudo, a natureza da célula, o comprimento de onda da fotobiomodulação e a quantidade de energia têm um impacto considerável nesses resultados (Menezes *et al.*, 2022).

Este capítulo tem por objetivo descrever sobre a mucosite oral abordando conceito, sintomas, anatomia oral e graus da lesão e; apresentar por meio de infográficos as regiões anatómicas da boca e o grau de mucosite oral com vistas a instrumentalizar enfermeiros na avaliação e registro de mucosite oral em pacientes oncológicos.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão narrativa de literatura. As buscas foram realizadas em novembro de 2024, por meio do portal de periódicos utilizando o login institucional de uma universidade pública brasileira. As bases consultadas incluíram MEDLINE (via PubMed), LILACS, e o Instituto Nacional de Câncer (INCA) foi consultado como fonte complementar de dados e diretrizes. Para a coleta de informações, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em português, a saber: Enfermagem, Mucosite Oral, Tratamento Farmacológico e Radioterapia combinados com operadores booleanos “AND” e “OR”.

Os critérios de inclusão abarcavam publicações com texto completo, de livre acesso e alinhadas ao tema de interesse. Artigos duplicados ou irrelevantes foram excluídos, resultando na seleção de cinco fontes de informação.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

As consequências adversas do tratamento oncológico incluem diversos efeitos colaterais que muitas vezes impactam a qualidade de vida. Elas podem levar ao aumento de consultas médicas, idas ao pronto-socorro, internações novas ou prolongadas, demanda por assistência nutricional e uso de opióides para alívio da dor, todos fatores que contribuem para o aumento dos gastos com saúde (Kauark-Fontes *et al.*, 2021).

Conforme Kauark-Fontes *et al.*, (2021), uma análise econômica no gerenciamento das condições de saúde é essencial para subsidiar decisões em políticas públicas e na prática médica. Essa análise abrange custos diretos relacionados ao tratamento de doenças, bem como os incrementais associados às complicações, como as toxicidades agudas e crônicas frequentemente observadas em pacientes oncológicos.

A quimioterapia e a radioterapia são empregadas como terapias principais ou complementares no tratamento do câncer, resultando em diversas complicações, como a morte das células epiteliais (Tuncay; Yapar, 2024). Alves e Duque (2023) destacam que, entre as toxicidades, a mucosite oral é uma das complicações mais debilitantes, especialmente em pacientes submetidos à quimioterapia e radioterapia. Conforme Tuncay e Yapar (2024), a mucosite oral acomete de 20 a 40% dos pacientes que recebem quimioterapia e em quase todos os que recebem radioterapia.

A mucosite é definida como inflamação e ulceração da membrana mucosa que reveste o sistema digestivo, abrangendo desde a cavidade oral até o ânus. Quando essa condição se manifesta nas regiões oral e orofaríngea, é denominada mucosite oral (Tuncay; Yapar, 2024).

A MO pode se manifestar em diversas áreas da cavidade oral, incluindo mucosa bucal, palato mole e mucosa lingual não queratinizada (Kusiak *et al.*, 2020). A presença dessas lesões frequentemente leva a ajustes no tratamento, como redução de doses ou interrupções temporárias (Alves; Duque, 2023; Tuncay; Yapar, 2024).

As terapias oncológicas, como quimioterapia e radioterapia, são eficazes, mas apresentam efeitos adversos. A quimioterapia inibe a proliferação e o desenvolvimento de células

cancerígenas, interferindo na maturação celular, resultando em lesões ulceradas na mucosa. A radioterapia também pode afetar as células saudáveis ao eliminar as células cancerígenas, resultando na destruição das papilas gustativas, na perda de função das glândulas salivares e na formação de muco na boca (Tuncay; Yapar, 2024).

Há distinções entre a mucosite oral provocada pela quimioterapia e pela radioterapia de cabeça e pescoço. Pacientes que passam por quimioterapia começam a manifestar sintomas uma semana depois do procedimento e se recuperam em duas semanas. Em contrapartida, a mucosite causada pela radiação demanda mais tempo para se desenvolver e se recuperar. Em tais situações, a ulceração costuma surgir duas semanas após o começo da radiação e se recupera aproximadamente três a quatro semanas após o término da sequência de radiação (Kusiak *et al.*, 2020).

Os fatores de risco para o surgimento da MO estão ligados às terapêuticas anticancerígenas utilizadas, e ao perfil neoplásico do câncer. A aplicação de grandes doses de radioterapia e medicamentos quimioterápicos, como o Metotrexato (MTX) e Fluoruracila (5-FU), elevam o perigo de surgimento do MO (Alves; Duque, 2023).

A escala da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1979), é o instrumento mais utilizado para avaliar os sintomas da mucosite oral para propósitos clínicos e de pesquisa, leva em conta elementos anatômicos, funcionais e estruturais. Os sinais e sintomas da mucosite são categorizados em diferentes graus:

- Grau I: Mucosite leve, dor e eritema na boca.
- Grau II: mucosite moderada, com eritema, úlcera e aceitação de dietas sólidas e líquidas.
- Grau III: mucosite grave, úlcera e aceitação de somente dieta líquida.
- Grau IV: risco de vida a alimentação oral é impossível, necessitando de nutrição parenteral.

Conforme Kusiak *et al.*, (2020), nos primeiros estágios da mucosite oral, ela se apresenta apenas como um eritema na mucosa oral e uma sensação de queimação, sem apresentar lesões ou ulcerações. Nos estágios mais avançados pode apresentar úlceras profundas e extremamente dolorosas em toda a mucosa oral, interferindo em funções fisiológicas como a nutrição ou a deglutição. As úlceras que surgem na mucosite oral apresentam sintomas clínicos consideravelmente distintos daqueles associados à estomatite aftosa ou a qualquer trauma dentário.

A fisiopatologia da mucosite oral, conforme descrito por Tuncay e Yapar (2024), está intimamente ligada ao estresse oxidativo e ao processo inflamatório induzido pelas terapias oncológicas. Esses tratamentos elevam os níveis de citocinas pró-inflamatórias, promovendo danos celulares e inflamações teciduais que culminam em ulcerações dolorosas. A barreira da mucosa é comprometida, intensificando sintomas como boca seca, inchaço, dor, mudanças no paladar, odinofagia, disfagia e tosse (Tuncay; Yapar, 2024).

O desenvolvimento da MO segue um curso progressivo, descrito em cinco fases por Kusiak *et al.*, (2020) e Alves e Duque (2023):

- Fase 1 - Início: início da susceptibilidade do tecido aos danos;
- Fase 2 - Regulação: início de áreas eritematosas e possíveis ulcerações, indicando danos à integridade do epitélio;
- Fase 3 - Sinalização e amplificação: aumento das áreas ulceradas;
- Fase 4 - Ulceração: o estágio mais crítico do desenvolvimento da MO, marcado pela presença de dor intensa e comprometimento da cicatrização;
- Fase 5 - Cicatrização: momento da remissão espontânea das lesões.

Alves e Duque (2023), recomendam o uso de intervenções específicas para o tratamento da MO, como bochechos com Morfina, Fentanil transdérmico e enxague com Doxepina. Outras intervenções incluem o uso de anti-inflamatórios, medicamentos tópicos e a aplicação de fotobiomodulação nas áreas afetadas.

A diminuição de microrganismos presentes na boca é um fator a ser considerado. Embora a MO não seja uma doença infecciosa, a presença de microrganismos nas lesões pode dificultar a cicatrização da mucosa. Ter uma boa higiene bucal é indispensável, especialmente quando a produção de saliva é reduzida após radioterapia. É fundamental que todos os pacientes recebam informações sobre como manter a higiene bucal de forma eficaz (Kusiak *et al.*, 2020).

No contexto do manejo da mucosite, o papel dos enfermeiros é essencial. Segundo Tuncay e Yapar (2024), a proximidade desses profissionais com os pacientes possibilita a identificação precoce de sinais e a implementação de estratégias preventivas, como a adoção de protocolos rigorosos de higiene oral e o uso de terapias tópicas. Além disso, a atualização constante sobre as melhores práticas e o desenvolvimento de competências específicas são fundamentais para garantir a qualidade da assistência, aprimorar as práticas clínicas e prevenir complicações graves.

A mucosite oral tem como consequência menor consumo de nutrientes, problemas de comunicação, redução da autoestima, prejuízo do conforto ligado à dor e questões psicossociais. Estes problemas podem resultar em perda de qualidade de vida, demora no tratamento, elevação dos gastos com o tratamento e tratamento inadequado (Tuncay; Yapar, 2024).

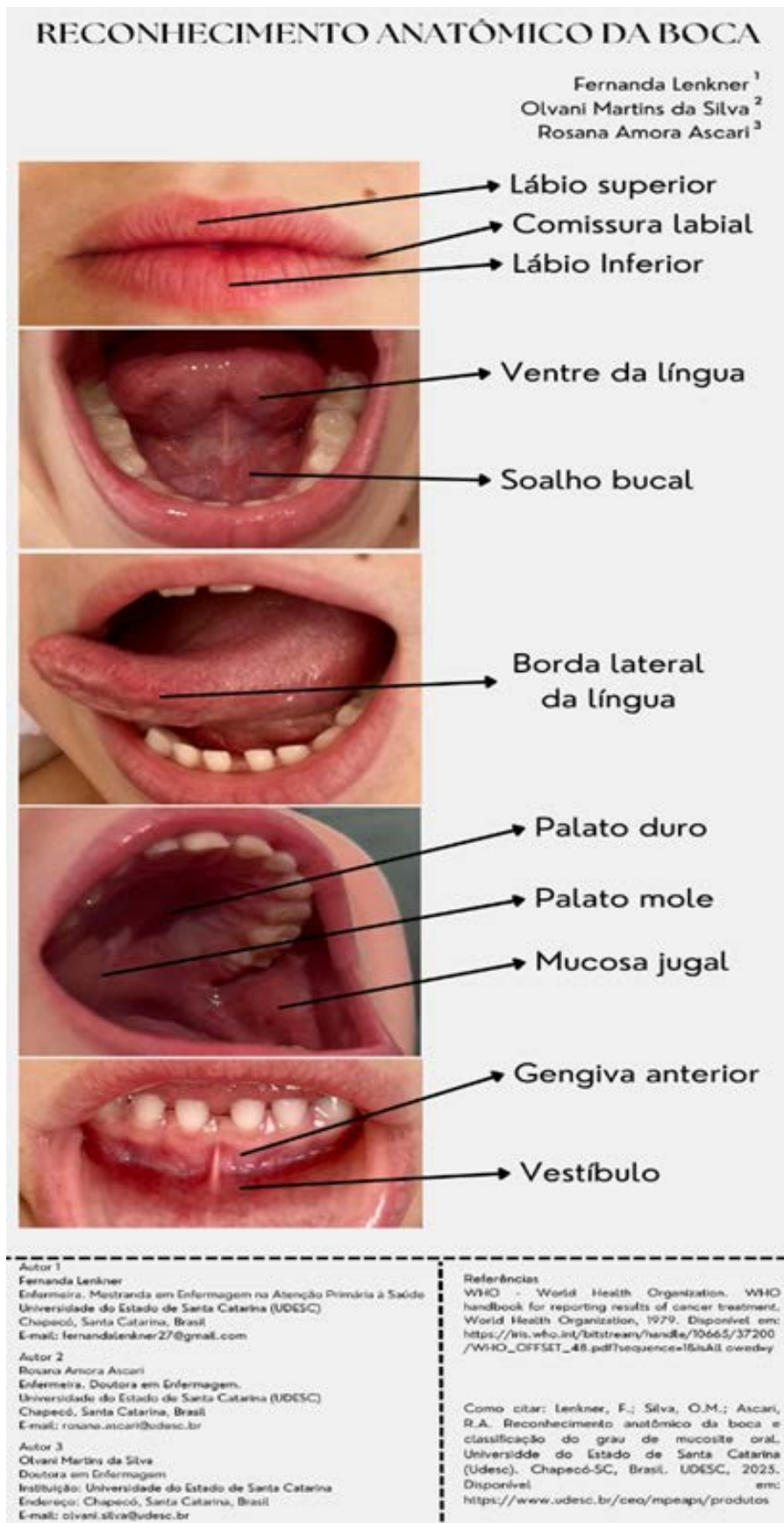
Do ponto de vista econômico, os resultados da mucosite são significativos, conforme Kauark-Fontes *et al.*, (2021), que apontam que a necessidade de suporte adicional, como internações hospitalares, assistência nutricional e medicamentos para controle da dor, eleva os custos do tratamento oncológico. Embora a maior parte dos custos esteja relacionada aos gastos médicos diretos para o tratamento, é de grande valia considerar o custo total, que inclui também aqueles associados a altas taxas de toxicidade aguda e crônica. Ainda assim, medidas terapêuticas eficazes podem melhorar os resultados e reduzir os gastos (Kauark-Fontes *et al.*, 2021).

Por fim, Alves e Duque (2023) relatam que, embora a mucosite seja uma complicação esperada no tratamento oncológico, medidas preventivas e intervenções baseadas em evidências podem diminuir a incidência e a gravidade. Investimentos em protocolos e treinamento para os profissionais são essenciais para melhorar a qualidade de atendimento.

Portanto, com base nos achados, foi construído infográficos, os quais ilustram o reconhecimento anatômico da boca e a classificação do grau de mucosite oral, com base na escala da Organização Mundial da Saúde (OMS). O objetivo dos infográficos é facilitar a compreensão visual dos avanços e os sinais da MO, auxiliando profissionais que atuam no atendimento direto ao paciente no tratamento oncológico.

Tanto o infográfico “Reconhecimento Anatômico da Boca” quanto o “Classificação do Grau de Mucosite” foram registrados na Câmara Brasileira do Livro em 10 de junho de 2025 quanto aos direitos autorais e estão disponíveis em: <https://www.udesc.br/ceo/mpeaps.produtos/2025>.

FIGURA 01 - RECONHECIMENTO ANATÔMICO DA BOCA.



Fonte: Produção dos Autores (2025).

FIGURA 02 - CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE MUCOSITE ORAL

## GRAU DE MUCOSITE

*Inflamação e ulceração aguda da mucosa oral*

Fernanda Lenkner<sup>1</sup>  
Olvani Martins da Silva<sup>2</sup>  
Rosana Amora Ascari<sup>3</sup>

### Grau I



**Dor e eritema na boca**

Eritema, úlcera e  
aceitação de dietas  
sólidas e líquidas

### Grau II



**Úlcera e aceitação  
somente de dietas  
líquidas**

### Grau III



**Alimentação oral é  
impossível**

### Grau IV



---

**Autor 1**  
Fernanda Lenkner  
Enfermeira, Mestranda em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde  
Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)  
Chapecó, Santa Catarina, Brasil  
E-mail: fernandalenkner27@gmail.com

**Autor 2**  
Rosana Amora Ascari  
Enfermeira, Doutora em Enfermagem,  
Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)  
Chapecó, Santa Catarina, Brasil  
E-mail: rosana.ascari@udesc.br

**Autor 3**  
Olvani Martins da Silva  
Doutora em Enfermagem  
Instituição: Universidade do Estado de Santa Catarina  
Endereço: Chapecó, Santa Catarina, Brasil  
E-mail: olvani.silva@udesc.br

**Referências**  
WHO - World Health Organization. WHO handbook for reporting results of cancer treatment. World Health Organization, 1979. Disponível em: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/37200/WHO\\_OFFSET\\_48.pdf?sequence=1&isAllowed-by](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/37200/WHO_OFFSET_48.pdf?sequence=1&isAllowed-by)  
Imagens elaboradas de um serviço de alta complexidade em oncologia para fins de ilustração dos graus de mucosite oral.

Como citar: Lenkner, F.; Silva, O.M.; Ascari, R.A. Reconhecimento anatómico da boca e classificação do grau de mucosite oral. Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc). Chapecó-SC, Brasil. UDESC, 2025. Disponível em: <https://www.udesc.br/ceo/mpeaps/produtos>

Fonte: Produção do Autores (2025).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo alcançou o objetivo proposto ao realizar uma revisão narrativa da literatura sobre a mucosite oral, abordando seu conceito, sintomas e graus. A criação de infográficos educativos destinado a enfermeiros que atendem pacientes em tratamento oncológico visa preencher uma lacuna na compreensão prática e visual, corroborando com os avanços acerca da mucosite oral. Espera-se que este capítulo contribua para o aprimoramento das práticas assistenciais, auxiliando na identificação precoce da mucosite oral para a tomada de decisão quanto a intervenção necessária.

## REFERÊNCIAS

ALVES, G. M. L. Z.; DUQUE, A. C. da R. **Manejo clínico da mucosite oral: Revisão de literatura**. Seven Editora, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/medfocoexplconheci-054>

ELAD, S. *et al.* MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. **Cancer**, v. 126, n. 19, p. 4423-4431, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/cncr.33100>

KAUARK-FONTES, E. *et al.* Cost-effectiveness of photobiomodulation therapy for the prevention and management of cancer treatment toxicities: a systematic review. **Supportive Care in Cancer**, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05949-1>

KUSIAK, A. *et al.* Oncological-Therapy Related Oral Mucositis as an Interdisciplinary Problem—Literature Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. v.17, p. 2464, 2020. Disponível em: [10.3390/ijerph17072464](https://doi.org/10.3390/ijerph17072464)

MELO, A. S. *et al.* Impact of photobiomodulation for oral mucositis on body weight and BMI of patients with head and neck cancer. **Supportive Care in Cancer**, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-022-06899-6>

MENEZES, B. *et al.* Laser Therapy as a Preventive Approach for Oral Mucositis in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: The Potential Role of Superoxide Dismutase. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 22, n. 10, p. 3211-3217, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.31557/apjcp.2021.22.10.3211>

TUNCAY, F. O.; YAPAR, S. N. The effect of herbal approaches on oral mucositis in adult cancer patients - a systematic review of nursing studies. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 16, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v16.13234>

WHO - World Health Organization. **WHO handbook for reporting results of cancer treatment**. World Health Organization, 1979. Disponível em: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/37200/WHO\\_OFFSET\\_48.pdf?sequence=1&isAll owed=y](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/37200/WHO_OFFSET_48.pdf?sequence=1&isAll owed=y)

## CAPÍTULO 9

# PROTOCOLOS DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: REVISÃO NARRATIVA

THAINÁ MONÇÃO GASPERIN

OLVANI MARTINS DA SILVA

SAMUEL DA SILVA FEITOSA

LEILA ZANATTA

### INTRODUÇÃO

Com o lançamento da Política Nacional de Humanização (PNH), tornou-se necessário reorganizar os serviços de saúde com o intuito de garantir que a população tenha um atendimento resolutivo, humanizado e acolhedor. Lançada em 2003, a PNH estimula a comunicação entre os gestores, trabalhadores e usuários a fim de construir um processo coletivo de enfrentamento de relações (Brasil, 2021).

A PNH se estrutura a partir de princípios, métodos e diretrizes e se caracteriza como uma política transversal e com indissociabilidade entre a atenção e a gestão (Brasília, 2021). O Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria do Gabinete Ministerial do Ministério da Saúde - GM/MS nº 3390 de dezembro de 2013, instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Através dessa portaria, estabelece-se diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que considera o acolhimento como uma escuta ética, com o propósito de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade (Brasília, 2021).

O acolhimento é uma diretriz da PNH e diz respeito a todos os encontros dos profissionais de saúde com os usuários do serviço. Também, é através dessa escuta qualificada baseada nas queixas do paciente e

no reconhecimento do seu processo de adoecimento que é possível distinguir a real necessidade desse usuário (São Paulo, 2021).

A classificação de risco surge como uma ferramenta que reorganiza os serviços de saúde e seus processos, estabelecendo mudanças nos resultados do atendimento ao usuário, sendo um instrumento de humanização, identificando o potencial de risco, agravos a saúde e grau de sofrimento. O objetivo principal da classificação de risco é realizar a identificação dos pacientes que precisam de prioridade no atendimento, baseado em seus sinais e sintomas (Sacoman *et al.*, 2019).

Os protocolos de classificação de risco, portanto, são ferramentas de apoio a decisão clínica e uma forma de linguagem para os setores de urgência/emergência e muitas vezes também na Atenção Primária a Saúde (Coutinho *et al.*, 2012).

A classificação de risco começou a ser usada nos primórdios do século XVIII, associada com operações militares, fazendo com que os militares recebessem o primeiro atendimento médico no próprio campo de batalha (Sacoman *et al.*, 2019). Com o passar dos anos, o processo se aperfeiçoou, mas sempre esteve ligado a grandes tragédias, não sendo aplicado ao resto dos casos até a década de 60, quando os Estados Unidos notaram uma grande mudança na prática médica e grande procura aos serviços de emergência (Coutinho *et al.*, 2012).

No Brasil, um dos Sistemas de Classificação de Risco amplamente utilizado é o de Manchester, que consiste em um protocolo de classificação de risco, originado no Reino Unido em 1996 e utilizado pela primeira vez em território brasileiro no ano de 2007 (Cordeiro Junior; Rausch, 2018).

No Manchester, a classificação de risco ocorre identificando o problema do usuário através de sua queixa principal, e após escolher o fluxograma baseado nessa queixa, escolhe-se o discriminador, ou seja, a característica-chave da condição de saúde desse paciente (Cordeiro Junior; Rausch, 2018).

O método de Manchester, apesar de ser completo e muito utilizado no Brasil, não está disponível de forma gratuita e o enfermeiro classificador necessita de curso específico ofertado pelo Manchester para que possa realizar a classificação. Visto isso, neste capítulo objetivou-se identificar outros protocolos de classificação de risco desenvolvidos e utilizados nos serviços públicos de saúde do Brasil.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura, que de acordo com Rother (2007), constitui na busca de conhecimento científico na literatura publicada em artigos, livros, protocolos, fazendo uso de diversas fontes. O objetivo é fundamentar de forma teórica um tema determinado, sendo aplicado para discutir o desenvolvimento ou “estado da arte” de um assunto.

Por meio desta revisão narrativa, buscou-se identificar os protocolos de classificação de risco brasileiros, disponíveis na literatura. A busca foi realizada de julho a dezembro de 2023, por meio de sites oficiais como Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais da Saúde, utilizando as seguintes palavras-chaves: “Classificação de risco”, “Acolhimento Com Classificação de Risco (ACCR)” e “Manuais”.

Foram encontrados doze Protocolos de Classificação de risco, e após leitura crítica, foram selecionados os protocolos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: valores de sinais vitais atualizados, protocolos abrangentes, diferentes sintomas relatados, utilizados no Brasil e de livre acesso. Os critérios de exclusão foram: fluxogramas não específicos e fuga do tema.

Foram selecionados para apresentação nesse capítulo, cinco protocolos de classificação de risco de acesso público, de forma online, disponíveis em sites oficiais e que atenderam aos critérios citados anteriormente.

## RESULTADOS

A seguir serão apresentados cinco protocolos de classificação utilizados por instituições públicas de diferentes regiões do Brasil.

### *PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA PREFEITURA DE GUARULHOS-SP*

O desenvolvimento deste protocolo de classificação de risco, foi iniciado no ano de 2017, idealizado por um grupo de estudos com gerentes, enfermeiros e médicos, que a partir de um cenário de avaliação e análise de diversas práticas de ACCR nos serviços da rede de urgência, elegeram o protocolo canadense como base e o adaptaram para o município de Guarulhos-SP. Após movimentos de institucionalização, houve a implantação do protocolo canadense adaptado para Guarulhos em maio de 2018 (São Paulo, 2018).

É baseado em **cinco cores**, compostas de níveis de 01 a 05, sendo 01 para o nível **mais grave** representado pela cor **vermelha**, 02 para o nível de **urgência**, representado pela cor **laranja**, nível 03 de **urgência** representado pela cor **amarelo**, nível 04 que representa casos **não urgentes**, representados pela cor **verde** e nível 05, que são casos representados pela cor **azul** (São Paulo, 2018).

O protocolo é dividido em duas partes:


a) PROTOCOLO PARA ADULTOS (Figura 1) composto de 20 fluxogramas de atendimento, sendo:

- Alterações do Sistema Nervoso Central;
- Alterações oftalmológicas;
- Alterações odontológicas;
- Alterações otorrinolaringológicas;
- Alterações Respiratórias;
- Alterações cardíacas;
- Alterações vasculares;
- Dor torácica;
- Alterações gastrointestinais;
- Alterações geniturinárias;
- Alterações ginecológicas/Gestante;
- Alterações musculoesqueléticas;
- Alterações Dermatológicas;
- Alterações glicêmicas;
- Alterações comportamentais;
- Traumas;
- Queimaduras;
- Intoxicações exógena e exposição a agente químico;
- Mordeduras ou acidentes com animais peçonhentos e;
- Situações Especiais.

b) O PROTOCOLO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES contendo 20 fluxogramas igualmente nomeados conforme o protocolo para adultos (São Paulo, 2018).

O ACCR de Guarulhos ainda contém explicações de parâmetros normais de pressão arterial, glicemia, frequência respiratória, classificação de queimaduras, escala de Glasgow e escala de dor.

FIGURA 1 – EXEMPLO DE FLUXOGRAMA DO PROTOCOLO DE ACCR DE GUARULHOS/SP



**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

**PROTOCOLO PARA SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGENCIA**

**3. Protocolo para adultos**

**3.1. Alterações do Sistema Nervoso Central**

<b>NÍVEL 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Respiração ausente</li> <li>✓ Obstrução de vias aéreas</li> <li>✓ Abstinção súbita de consolência</li> <li>✓ Crise convulsiva</li> <li>✓ Crise Hipertensiva com lesão de órgão alvo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Parada Respiratória</li> <li>➢ Gaspeando</li> <li>➢ Escala de Glasgow <math>\leq 6</math></li> <li>➢ Em crise</li> <li>➢ Cerebrovasculares, Cardiocirculatório, Renais, Crise Adrenérgica e DHEG (Quadro LOA)</li> </ul>	<b>Sistema Nervoso Central</b>
<b>NÍVEL 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sinais de sepse</li> <li>✓ Déficit neurológico súbito</li> <li>✓ Alteração súbita de consolência</li> <li>✓ Cefaleia súbita</li> <li>✓ Vertigem súbita</li> <li>✓ História de crise convulsiva</li> <li>✓ PAS <math>\geq 180</math> e PAD <math>\geq 110</math> mmHg</li> <li>✓ Hipotensão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ PROTOCOLO DE SESPE</li> <li>➢ Oitúrbio de força, equilíbrio, visual, saa, coordenação motora - Protocolo AVE</li> <li>➢ Escala de Glasgow 9 a 14</li> <li>➢ Atli In do ocorrido ou com Febre</li> <li>➢ Sem lesão de órgão alvo</li> <li>➢ Associados a hipertensão</li> </ul>	
<b>NÍVEL 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cefaleia intensa a moderata</li> <li>✓ Vertigem (tontura rotatória)</li> <li>✓ História de desmaio nincope</li> <li>✓ História de crise convulsiva</li> <li>✓ Abstinência droga</li> <li>✓ PAS 160 a 178 mmHg PAD 100 a 109 mmHg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Escala de dor 5 a 10 (sem sinais neurológicos)</li> <li>➢ Com dificuldades de marcha</li> <li>➢ &lt; 18 h Escala de Glasgow 13 – assintamático</li> <li>➢ 1 a 12h sem febre</li> <li>➢ Tremores, sudorese; períodos de agitação</li> <li>➢ Sem lesão de órgão alvo</li> </ul>	
<b>NÍVEL 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cefaleia liva</li> <li>✓ História de crise convulsiva</li> <li>✓ Abstinência droga</li> <li>✓ PAS 140 a 158 mmHg e PAD 90 a 99 mmHg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Escala de dor 1 a 3</li> <li>➢ &gt; 12h sem febre</li> <li>➢ Sem alterações de sinais vitais</li> <li>➢ Sem lesão de órgão alvo</li> </ul>	
<b>NÍVEL 5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Queda progressiva há mais de 3 meses</li> </ul>		

ALERTA: Realizar controle de glicemia nos níveis 1 e 2

Fonte: São Paulo, 2018

### MANUAL DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE BRASÍLIA - DF

O manual surgiu com a necessidade de otimização do serviço de urgência e emergência e, sobretudo, do fluxo dos usuários dentro do serviço. Elaborado pela equipe da Secretaria do Estado da Saúde do Distrito Federal e pautado na PNH, visa nortear os profissionais de saúde no planejamento e execução das atividades de acolhimento nos serviços de urgência e emergência (Brasília, 2021).

Nesse protocolo a classificação de risco ocorre em **cinco níveis**: **Vermelho** (**atendimento imediato com risco iminente de morte**); **Laranja** (**potencial risco de agravo** necessitando atendimento médico e assistência de enfermagem de maneira contínua); **Amarelo** (atendimento mediato), promoção em saúde e prevenção de agravos podendo ser iniciadas em qualquer ponto de atenção); **Verde** (**sem risco de agravo**, podendo ser atendidos por ordem de chegada); **Azul** (**referência para a Unidade Básica de Saúde** - UBS) (Distrito Federal, 2021).

Este manual contém 03 protocolos:

a) PROTOCOLO DE ACCR EM OBSTETRÍCIA, composto dos seguintes fluxogramas:

- Alteração do comportamento;
- Desmaio/Mal-estar;
- Dor abdominal/Dor lombar/Contrações uterinas;
- Dor de cabeça/tontura/vertigem;
- Falta de ar/sintomas respiratórios/Febre/sinais de infecção/dor em região genital/dor em região perineal/dor nas mamas;
- Náuseas e Vômitos;
- Perda de líquido via vaginal/ Perda de sangue via vaginal/;
- Parada/redução de movimentos fetais/ Queixas urinárias/ Relato de convulsão;
- Outras queixas/pacientes encaminhadas de outras unidades sem referenciamento.

b) PROTOCOLO DE ACCR ADULTO, composto pelos fluxogramas:

- Alterações cutâneas;
- Alterações do nível de consciência, comportamento ou sensorial;
- Convulsão;
- Desmaio, tontura, vertigem;
- Diarreia e vômitos;
- Dor abdominal ou queixas abdominais;
- Dor cervical;
- Dor de cabeça;
- Dor de garganta;
- Dor na coluna e em extremidades;
- Dor torácica;
- Exposição a agente químicos;
- Mordeduras e picadas de animais;
- Mal-estar geral;
- Palpitações;
- Politraumas;
- Queimaduras;
- Queixas oculares;
- Queixas otológicas;
- Queixas respiratórias;
- Queixas urinárias/dor testiculares;
- Sangramentos;
- Traumatismo toracoabdominal;
- Traumas;
- Situações especiais;
- Dados vitais alterados

c) PROTOCOLO DE ACCR EM PEDIATRIA com os seguintes fluxogramas:

- Tosse/Falta de ar/Dificuldade para respirar/Respiração Ruidosa/Chiado no peito/Obstrução de vias aéreas;
- Alterações no nível de consciência e sensorio, paresias e paralisias; Dor torácica;
- Dor de cabeça;
- Dor abdominal;
- Dor de garganta;
- Dor de ouvido;
- Dor em extremidades;
- Vômitos e diarreia;
- Alterações cutâneas, feridas, palidez, afecções de pele;
- Trauma;
- Queimaduras;
- Intoxicação exógena;
- Mordeduras e picadas de animais;
- Febre;
- Recém-nascido de 0 a 3 meses;
- Violência física, sexual, tentativa de suicídio, envenenamento, intoxicações intencionais e acidente perfuro cortante e/ou exposição a material biológico;
- Anemia falciforme;
- Hemofilia;
- Comportamento suicida;
- Comportamento agitado ou agressivo;
- Recusa em se alimentar e/ou transtornos alimentares, conferir peso e altura;
- Queixas urinárias/dor testicular;
- Queixas oculares

Ainda, o protocolo conta com anexos como: avaliação da dor, escala de dor, escala de coma de Glasgow (adulto e pediátrico), dados vitais. Conta com FLUXO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CASOS SUPEITOS DE COVID-19, que é composto por três fluxogramas: Adultos com sintomas respiratórios agudos; gestantes com sintomas respiratórios agudos; Crianças e adolescentes <14 anos com sintomas respiratórios agudos.

FIGURA 2 – EXEMPLO DE FLUXOGRAMA DO PROTOCOLO DE ACCR DE BRASÍLIA/DF



Fonte: Brasília, 2021.

## PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE SÃO LUÍS, MA

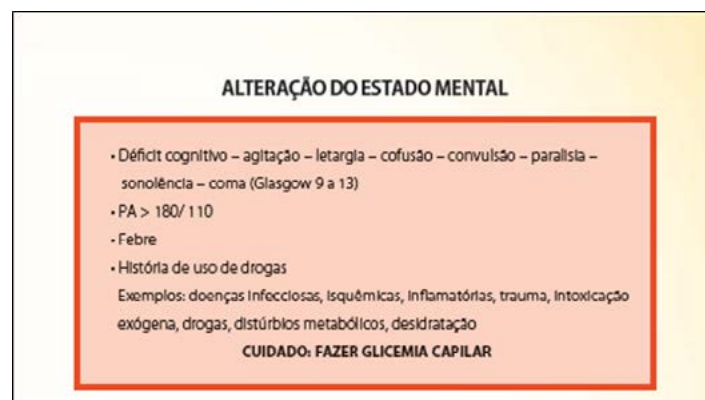
Protocolo criado com o intuito de abrir processos de reflexão e aprendizado de modo a reestruturar as práticas assistenciais e construir novos sentidos e valores. A classificação de risco é baseada em **quatro cores: Vermelha (prioridade zero); Amarela (prioridade 01); Verde (prioridade 02) e Azul (prioridade 03)** (Maranhão, 2021).

É composto dos seguintes fluxogramas (Figura 3):

- Parada;
- Trauma;
- Alteração do estado mental;
- Coma/Convulsão;
- Insuficiência respiratória, dispneia, asma;
- Dor torácica;
- Intoxicação exógena ou tentativa de suicídio;
- Anafilaxia, reação alérgica;
- Hemiparesia aguda;
- Sinais de infecção grave/sepse;
- Cefaleia;
- Queimaduras;
- Dor abdominal;
- Hemorragia digestiva, hemoptise, epistaxe;
- Articulações – partes moles;
- Feridas;
- Doença psiquiátrica ou comportamental;
- História de diabetes;
- Abstinência grave de álcool e drogas;
- Diarreia e vômitos;
- Sintomas gripais;
- Outras situações;
- Situações especiais

O protocolo, ainda tem alguns informativos sobre o manejo da H1N1, casos suspeitos de dengue, escala de dor e avaliação inicial do paciente baseada na escala de ABCE (A: Vias aéreas; B: respiração; C: Circulação; D: Av. Neurológica).

FIGURA 03 – EXEMPLO DE FLUXOGRAMA DO PROTOCOLO DE ACCR DE SÃO LUIZ/MA



Fonte: Maranhão, 2021.

## PROTOCOLO ESTADUAL DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Protocolo adaptado do Protocolo de Manchester, baseado em **4 cores** (azul, verde, amarelo e vermelho). Foi proposta a utilização desse protocolo para extinguir o modelo de triagem vigente, priorizando o atendimento baseado no critério clínico e não por ordem de chegada (Bahia, 2014).

Para a construção desse protocolo, foi criado um Grupo de Trabalho intersetorial pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, que se reuniram no período de dezembro de 2012 a junho de 2014 (Bahia, 2014).

A prioridade se dá da seguinte forma: **Vermelho (emergência); Amarelo (Urgência); Verde (Pouco urgente) e Azul (não urgente)** (Bahia, 2014).

É composto de 24 fluxogramas ADULTOS, sendo eles:

- Parada Cardiorrespiratória (Figura 4);
- Queimaduras;
- Trauma de crânio;
- Queixas abdominais;
- Trauma Geral;
- Mordedura de animal/acidente com animal peçonhento;
- Intoxicação aguda/envenenamento;
- Dor torácica;
- Sangramentos;
- Queixas urinárias;
- Dor cervical/dorsal/lombar ou extremidades;
- Feridas e abscessos;
- Crise convulsiva/alterações neurológicas;
- Queixas respiratórias;
- Dor de cabeça;
- Alterações glicêmicas;
- Pressão alta;
- Queixas oculares;
- Afecções cutâneas/anafilaxia;
- Alterações de temperatura;
- Edema/Ictericia/Fraqueza/Câimbra;
- Dor de ouvido e garganta;
- Situações de crises psíquicas/abstinência de álcool e outras drogas;
- Situações de baixa complexidade.

Além desses, o protocolo também possui 15 fluxogramas PEDIÁTRICOS, sendo:

- Parada cardiorrespiratória;
- Desequilíbrio hemodinâmico;
- Alteração do nível de consciência/afogamento/dor de cabeça;
- Queixas respiratórias;
- Alterações da temperatura;
- Dor de ouvido e garganta;
- Feridas e abscessos;
- Sinais de desidratação/Vômitos/Dejeções diarreicas;
- Queixas abdominais;
- Trauma de crânio;
- Trauma geral;
- Queimaduras;
- Mordedura de animal/acidente com animal peçonhento;
- Intoxicação aguda/Envenenamento;
- Crianças menores de 02 anos

O protocolo de classificação de risco da Bahia contém classificação de queimaduras, escala de coma de Glasgow, escala de dor e parâmetros normais de sinais vitais.

FIGURA 04– EXEMPLO DE FLUXOGRAMA DO PROTOCOLO DE ACCR DA BAHIA

DESCRIPTOR:	PARADA CARDIORESPIRATORIA (PCR)	01-A
VERMELHO		
AUSÊNCIA DE PULSO EM GRANDES ARTERIAS AUSÊNCIA DE MOVIMENTOS RESPIRATORIOS CIANOSE LETARGIA OU INCONSCIÊNCIA		

Fonte: Bahia, 2014.

### **PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – PCACR DE SANTA CATARINA**

Foi implantado através de um projeto piloto no Hospital Governador Celso Ramos em 2014, e após revisões, foi constituído uma nova comissão para o desenvolvimento, implantação e acompanhamento do Protocolo em 2022 (Santa Catarina, 2023).

O objetivo geral desse protocolo é instrumentalizar o profissional classificador das emergências hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento para avaliar e estratificar os pacientes com maior grau de sofrimento, agravo à saúde e potencial de risco de morte (Santa Catarina, 2023).

O protocolo de Santa Catarina é baseado em **cinco cores**, sendo **Vermelho (prioridade máxima)**; **Laranja (prioridade alta)**; **Amarelo (prioridade média)**; **Verde (prioridade baixa)** e **Azul (prioridade mínima)** (Santa Catarina, 2023).

Composto de 40 fluxogramas ADULTOS (Figura 5), sendo:

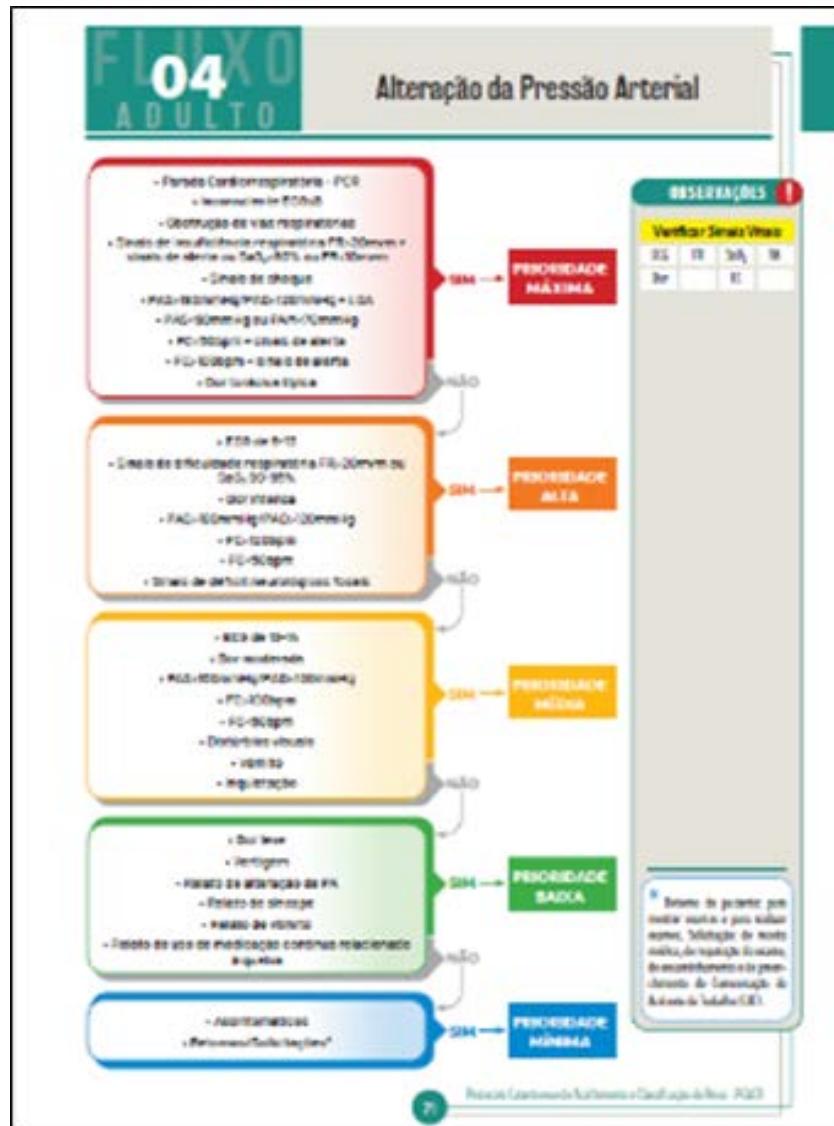
- Afogamento;
- Agressão;
- Alteração cognitiva e de conduta;
- Alteração de pressão arterial;
- Alteração do padrão respiratório;
- Alteração do ritmo cardíaco;
- Alteração Glicêmica;
- Cefaleia;
- Conduta autodestrutiva;
- Crise convulsiva;
- Dor torácica;
- Exposição a agentes biológicos;
- Feridas/Lesões;
- Gestação, parto e puerpério;
- Perda da consciência;
- Problemas anogenitais e urinários;
- Problemas bucais;
- Problemas de garganta, ouvido e nariz;
- Problemas gastrointestinais;
- Problema na Bolsa Escrotal;
- Problemas neurovasculares;
- Problemas nos olhos;
- Problemas osteomuscular e articulares;
- Problemas relacionados ao uso abusivo de álcool;
- Problemas vasculares e de extremidades;
- Queda de nível;
- Queimaduras;
- Reações alérgicas;
- Sangramento vaginal;
- Síndrome Gripal;
- Suspeita de acidente por animais peçonhentos;
- Suspeito de dengue e outras arboviroses;
- Suspeita de intoxicação e envenenamento;
- Transtorno mental;
- Trauma;
- Trauma abdominal;
- Trauma na cabeça;
- Trauma torácico;
- Traumatismo bucal;
- Violência e maus-tratos.

Além desses, possui 43 fluxogramas PEDIÁTRICOS:

- Afogamento;
- Agressão;
- Alteração cognitiva e de conduta;
- Alteração da pressão arterial;
- Alteração do padrão respiratório;
- Alteração do ritmo cardíaco;
- Alteração Glicêmica;
- Cefaleia;
- Conduta autodestrutiva;
- Crise convulsiva;
- Diarreia e vômito;
- Dor abdominal;
- Dor torácica;
- Exposição a agentes biológicos;
- Febre;
- Feridas/Lesões;
- Gestação, parto e puerpério;
- Perda da consciência;
- Problemas anogenitais e urinários;
- Problemas bucais;
- Problemas de garganta, ouvido e nariz;
- Problemas na bolsa escrotal;
- Problemas neurovasculares;
- Problemas nos olhos;
- Problemas Osteomusculares e articulares;
- Problemas relacionados ao uso abusivo de álcool;
- Problemas vasculares e de extremidades;
- Queda de nível;
- Queimaduras;
- Reações alérgicas;
- Recém-nascido e lactente (< 3 meses);
- Sangramento vaginal;
- Síndrome Gripal;
- Suspeita de acidente por animais peçonhentos;
- Suspeita de dengue e outras arboviroses;
- Suspeita de intoxicação e envenenamento;
- Transtorno mental;
- Trauma;
- Trauma abdominal;
- Trauma na cabeça;
- Trauma torácico;
- Traumatismo bucal;
- Violência e maus-tratos

Também é composto de escala de Glasgow, parâmetros normais de sinais vitais, escala de dor, classificação de queimaduras entre outros.

FIGURA 5 – EXEMPLO DE FLUXOGRAMA DO PROTOCOLO DE ACCR DE SANTA CATARINA



Fonte: Santa Catarina, 2023.

## DISCUSSÃO

Os protocolos de ACCR são baseados todos na mesma estrutura, que compreende: Fluxograma (queixa principal do paciente) e descritor (sintoma apresentado por ele), por exemplo, em um fluxograma de “dor abdominal”, o descritor pode ser “dor leve recente”.

Apesar do protocolo de Manchester ser muito utilizado por instituições de saúde no Brasil e de conter uma nomenclatura atualizada, sinais e sintomas amplos e diversos fluxogramas para praticamente todas as situações de saúde, esse protocolo foi desenvolvido em outro país e muitas vezes não se aplica a todas as realidades brasileiras. Além disso, a maior dificuldade encontrada no uso do Manchester é que o mesmo não se encontra disponível de forma gratuita e qualquer atualização ou adaptação tem custo. Por essa razão optou-se por

fazer uma busca apenas por protocolos brasileiros, pelo fácil acesso e a gratuidade (Cordeiro Junior; Rausch, 2018).

Os protocolos de classificação de risco apresentados nessa revisão, embora sejam parecidos em vários aspectos, eles diferem entre si. Além da nomenclatura diferente dos fluxogramas, também há parâmetros de sinais vitais e escalas diferentes, visto que o ano de publicação de cada protocolo difere (o mais recente foi publicado em 2023 e o mais antigo em 2014), e alguns desses parâmetros vieram a sofrer alterações, como por exemplo a escala de coma de Glasgow. Esse é um dos motivos pelos quais esses protocolos precisam ser constantemente atualizados.

O protocolo de Santa Catarina é o mais atualizado e abrangente, traz diversos sinais e sintomas e fica fácil classificar o paciente de acordo com a sua queixa principal. Já o protocolo de São Luís, apresenta fluxogramas mais gerais, como por exemplo “Hemorragias, hemorragia digestiva, hemoptise, epistaxe” sendo mais difícil classificar o paciente baseado na sua condição de saúde, visto que além do fluxograma ser mais abrangente, os descritores também são (Maranhão, 2021).

O Protocolo mais antigo é o protocolo da Bahia, que é do ano de 2014, mas apesar do ano de publicação antigo, é um protocolo completo, com fluxogramas abrangentes, e diversos fluxogramas para diferentes situações dentro da mesma condição, sendo fácil e prático classificar o paciente, de forma correta e menos suscetível a erros (Bahia, 2014).

A nomenclatura não padronizada dos termos também chama atenção quando se analisa os fluxogramas e seus descritores, tendo em vista que dentro do mesmo protocolo existem diversas taxonomias para as mesmas queixas, como por exemplo: cefaleia e dor de cabeça. Isso, muitas vezes, acaba dificultando o trabalho do enfermeiro, pois a não padronização pode levar a interpretações diferentes podendo gerar confusão na hora da triagem (Carvalho *et al.*, 2013).

Atualmente a maioria dos protocolos de ACCR disponíveis no país são produzidos por equipes de trabalho do próprio município ou estado, e validado com os próprios profissionais que trabalham na rede.

Por mais que os protocolos sejam desenvolvidos de acordo com a realidade do local onde se aplica, é extremamente importante que sigam as mesmas terminologias, tenham os mesmos parâmetros de sinais vitais e sigam as mesmas escalas, pois assim facilitam a comunicação e também o trabalho do enfermeiro, visto que diminuem a taxa de erros de definição de prioridade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que a proposta do acolhimento com classificação de risco se torne conhecida por todos os profissionais envolvidos, com conseqüente encaminhamento adequado dos pacientes, destaca-se a necessidade de discussões entre gestores da rede e do serviço de urgência e emergência, com estabelecimento de pactos de contrarreferência com o serviço. A elaboração de protocolos pode garantir uma melhor qualidade da assistência e garantia de um acolhimento efetivo. Quando esta não existe ou ocorre inadequadamente, a continuidade da assistência e o atendimento tendem a ficar comprometidos, gerando superlotação no serviço, aumento do tempo de espera e insatisfação entre os pacientes e os profissionais.

Através dos fluxogramas cadastrados e de profissionais capacitados para tal, a satisfação dos pacientes se torna algo notável, assegura maior assertividade nos casos de gravidade, diminui filas de espera e garante assistência por ordem de gravidade e não por ordem de chegada. Nesta revisão identificou-se a construção de protocolos de ACCR brasileiros de qualidade, no entanto eles requerem revisões e atualizações contínuas para garantia do serviço prestado pelo enfermeiro.

Também, é de suma importância que o enfermeiro se mantenha atualizado, buscando formas de garantir uma classificação de risco de forma ética e humanizada, com foco no paciente e na sua real necessidade ao buscar o serviço. Ainda, é necessário que o enfermeiro participe ativamente do processo de implantação de protocolos dentro da instituição, visando entender o processo e garantir sua eficiência na inserção do serviço.

## REFERÊNCIAS

BAHIA (Estado). **Protocolo Estadual de Classificação de Risco**. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2014. Disponível em: [https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/protocolo\\_classificacaoderisco\\_jun\\_2017.pdf](https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/protocolo_classificacaoderisco_jun_2017.pdf)

BRASÍLIA, Secretaria de Estado de Saúde. **Manual de Acolhimento e Classificação de Risco** / Secretaria de Estado de Saúde; Subsecretaria de Atenção Integral a Saúde; Assessoria da Política Nacional de Humanização, Diretoria de Enfermagem - Brasília, 2021. 137 p. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/615349945/Manual-de-Acolhimento-e-Classificacao-de-Risco-da-Rede-SES-DF-2%C2%AA-Edicao>

CARVALHO, E. C. DE; CRUZ, D. DE A. L. M. DA; HERDMAN, T. H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 66, n. spe, p. 134–141, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9yTVg5G8wkFfhttpGjYpwTxM/abstract/?lang=pt>

CORDEIRO JUNIOR, W.; RAUSCH, M. C. P. **Sistema de Manchester de classificação de Risco**. 2. ed. Belo Horizonte: Folium, 2018. 207 p.

COUTINHO, A. A. P.; DE OLIVEIRA CECÍLIO, L. C.; MOTA, J. A. C. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Rev Med Minas Gerais**, v. 22, n. 2, p. 188–198, 2012. Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/101>

MARANHÃO; Secretaria de Estado de Saúde. **Protocolo de acolhimento com classificação de risco** / Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Educação em Saúde – São Luís, 2021. 32 p. Disponível em: [https://bvsmg.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_acolhimento\\_classificacao\\_risco.pdf](https://bvsmg.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf)

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Urgência e Emergência. **Protocolo Catarinense de Acolhimento com classificação de risco** / Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Urgência e Emergência; [Coordenador geral Marcos Antônio Fonseca/ Coordenadora grupo técnico Maíra Melissa Meira de Castro; Coordenadora de grupo operativo Emanuella Soratto da Silva]. – 2ed – Florianópolis: SES/SC, 2023. Disponível em: [https://www.saude.sc.gov.br/edocman/areas-de-atuacao/regulacao-sur/protocolo-de-acesso-e-classificacao-de-risco/pcacr%20%202%C2%AA%20edicao%20vers%C3%A3o%20online%20v2%20atualizada%202025%20com%20isbn%20\(1\)%20\(1\).pdf](https://www.saude.sc.gov.br/edocman/areas-de-atuacao/regulacao-sur/protocolo-de-acesso-e-classificacao-de-risco/pcacr%20%202%C2%AA%20edicao%20vers%C3%A3o%20online%20v2%20atualizada%202025%20com%20isbn%20(1)%20(1).pdf)

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Acolhimento com classificação de Risco: Protocolo para serviços de urgência e emergência**. Guarulhos, 2018. 105 p. Disponível em: <https://portalsaude.guarulhos.sp.gov.br/sites/default/files/file/arquivos/Acolhimento%20com%20classifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20risco%20-%20Protocolo%20para%20servi%C3%A7os%20UE%20-%20201%C2%AA%20Edi%C3%A7%C3%A3o.pdf>

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm.** São Paulo, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/>

SACOMAN, T. M. et al. Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 121, p. 354–367, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/nSqT5yZ4vQnB6BRzCZwDn6y/>

## CAPÍTULO 10

# MANEJO DAS CONDIÇÕES PÓS-COVID-19: REVISÃO NARRATIVA

PATRICIA GRANDO  
EDLAMAR KATIA ADAMY  
ELIZABETH TEIXEIRA  
LEILA ZANATTA

### INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 trouxe uma série de desafios para a saúde pública, tanto no manejo da infecção aguda quanto das consequências de longo prazo enfrentadas por pacientes. Entre essas consequências, destaca-se a síndrome pós-COVID-19, caracterizada por um conjunto de sintomas persistentes que podem se manifestar após a recuperação inicial da infecção e perdurar por mais de 12 semanas. Esse quadro clínico, popularmente conhecido como “COVID longa”, inclui sintomas variados que afetam múltiplos sistemas corporais, como fadiga crônica, dispneia, disfunções cognitivas e problemas cardiovasculares (Ida *et al.*, 2024).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define essas manifestações como condições pós-COVID-19, aplicáveis a indivíduos que apresentem sintomas por mais de três meses após o início da doença. São considerados os critérios e o impacto das sequelas na saúde, evidenciando a necessidade de monitoramento e cuidado contínuo (Santa Catarina, 2023).

Para os profissionais de saúde, o desafio não se limita apenas ao tratamento imediato dos sintomas, mas também ao desenvolvimento de estratégias de manejo clínico eficazes para lidar com as sequelas crônicas associadas a infecção causada pelo SARS-CoV-2. O crescimento de conteúdos na literatura científica sobre as condições pós-COVID-19 reflete uma necessidade

urgente de integrar conhecimentos atualizados para orientar o tratamento desses pacientes. Diante desse cenário, torna-se fundamental consolidar as evidências disponíveis e entender as abordagens recomendadas no manejo clínico de pacientes com condições pós-COVID-19 (Brasil, 2022).

Este capítulo tem como objetivo sumarizar e analisar as evidências científicas disponíveis sobre o manejo das condições pós-COVID-19, com enfoque nas práticas e diretrizes voltadas para profissionais de saúde. Por meio de uma revisão narrativa da literatura, serão discutidas as principais recomendações sobre o tema, proporcionando uma base teórica sólida para a prática clínica e o cuidado de pacientes afetados pelas condições pós-COVID-19.

## METODOLOGIA

Esta revisão narrativa constituiu-se na primeira fase de uma pesquisa metodológica adaptada de Teixeira e Nascimento (2020), que teve como objetivo construir uma tecnologia cuidativo-educacional. A revisão narrativa, enquanto modalidade de revisão, possibilita reunir e descrever dados de estudos primários e de outras modalidades, proporcionando uma visão abrangente do tema a partir da literatura existente. Essa modalidade facilita a análise de evidências diversas, organizando informações sobre estratégias e recomendações importantes para o trabalho (Rother, 2007). A presente revisão voltou-se sobre o manejo clínico das condições pós-COVID-19, com foco em práticas e recomendações relevantes para profissionais de saúde.

A busca foi realizada nas bases de dados PubMed, SciVerse Scopus (SCOPUS), Biblioteca de Enfermagem (BDENF), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), e no buscador *Google Scholar* com acesso por meio do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), via Comunidade Acadêmica Federada (CAFe) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). A escolha dessas bases deve-se à sua relevância e abrangência na cobertura de artigos científicos e documentos oficiais nas áreas de saúde e ciências médicas.

Para garantir uma busca abrangente, foram utilizados descritores controlados em português, inglês e espanhol, combinados com operadores booleanos. A estratégia de busca incluiu os seguintes termos: “covid longa” OR “*long covid*” OR “síndrome pós-COVID-19” OR “*post-COVID-19 syndrome*” OR “*persistent COVID-19 symptoms*” OR “*Long COVID-19 syndrome*” AND “Enfermagem” OR “*Nursing*” AND “Gerenciamento Clínico” OR “*Clinical Management*” AND “manejo”. As combinações foram realizadas utilizando os operadores booleanos “AND” e “OR” para otimizar a recuperação dos estudos relevantes.

O estudo considerou o recorte temporal de 2020 (ano dos primeiros registros de publicação acerca da temática de condições pós-COVID-19) até 2024. Considerou-se na inclusão artigos originais e de revisão e documentos oficiais referentes as condições pós-COVID-19, bem como relatos de caso, disponíveis eletronicamente, de forma gratuita pelo acesso via UDESC e que respondesse a questão de pesquisa “Quais são as práticas de manejo clínico recomendadas para profissionais de saúde no tratamento de pacientes com condições pós-COVID-19?”

A coleta de dados foi realizada entre os dias 02 de junho de 2024 e 20 de junho de 2024. Esse período de investigação permitiu a inclusão das publicações mais recentes relevantes sobre o tema, possibilitando uma análise atualizada das práticas de manejo clínico.

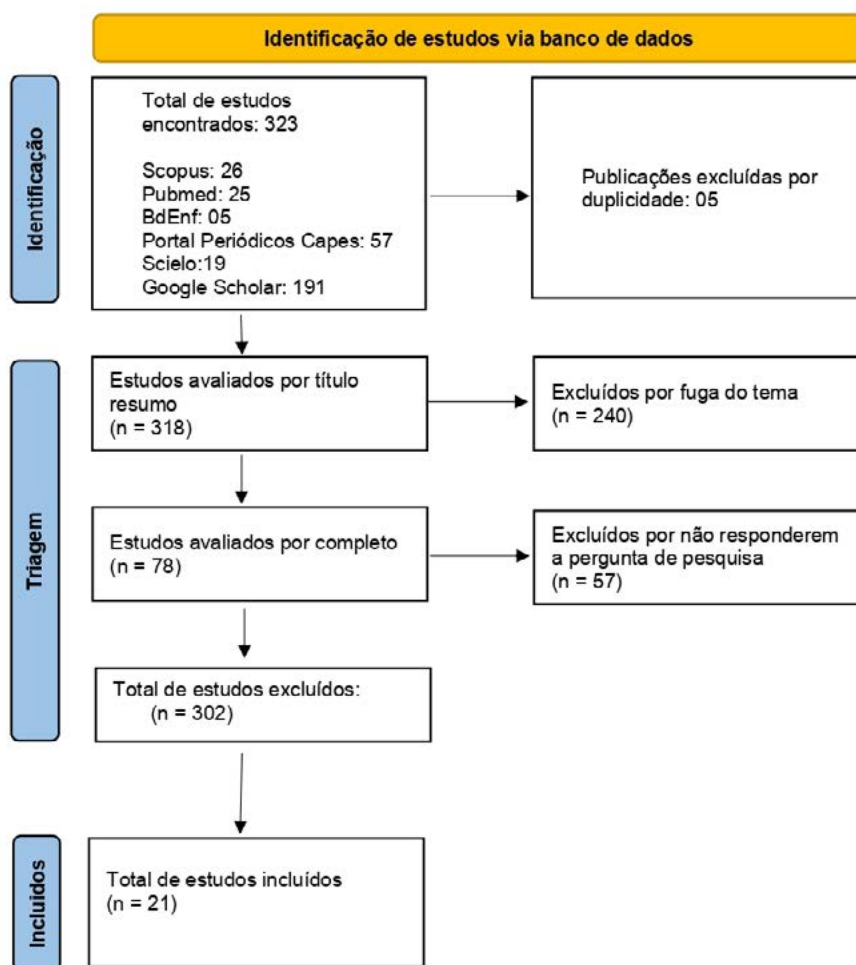
A seleção das publicações foi realizada primeiramente através dos títulos, posteriormente pela leitura do resumo e após pela leitura na íntegra dos que eram coerentes com a temática. Os dados coletados foram organizados em planilha do Excel para facilitar a análise.

Para a elaboração do relatório foram seguidas as recomendações PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (Mendes; Silveira; Galvão, 2008). A partir das informações extraídas do material incluído na análise, elaborou-se um quadro sinóptico para apresentação dos resultados. A análise dos dados seguiu os passos da análise temática proposta por Bardin (2016), resultando em quatro categorias. Para finalizar, os resultados obtidos foram discutidos, utilizando-se outros estudos disponíveis na literatura.

## RESULTADOS DISCUSSÃO

A amostra final da revisão foi de 21 publicações (Figura 1).

FIGURA 1 - DIAGRAMA DE FLUXO SEGUINDO O PROTOCOLO PRISMA. PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO, SELEÇÃO E INCLUSÃO DAS PUBLICAÇÕES UTILIZADAS NESTA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2024) a partir do site: <https://camilamendes.com.br/fluxograma-prisma-para-revisao-integrativa/> (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

Dos artigos incluídos na revisão, um foi publicado em periódico nacional e oito em periódicos estrangeiros. Além dos artigos, incluiu-se três monografias, três documentos de órgão oficiais internacionais (OMS e *American Heart Association*) e cinco de órgãos nacionais. Quanto aos anos das publicações, é possível observar que o maior número de publicações se concentrou em 2021 (28,6%) e 2022 (28,6%), seguidos por 2023 (23,8%), 2020 (14,3%) e

2024 (4,8%). Em relação as bases de dados, as publicações estão distribuídas nas seguintes bases: PubMed (33,3%), SCOPUS (14,3%), BDEnf (4,8%), SciELO (9,5%), Portal de periódicos da Capes (19%) e no buscador *Google Scholar* (19%) (Quadro 01).

QUADRO 01 - QUADRO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA INCLUÍDA NA REVISÃO.

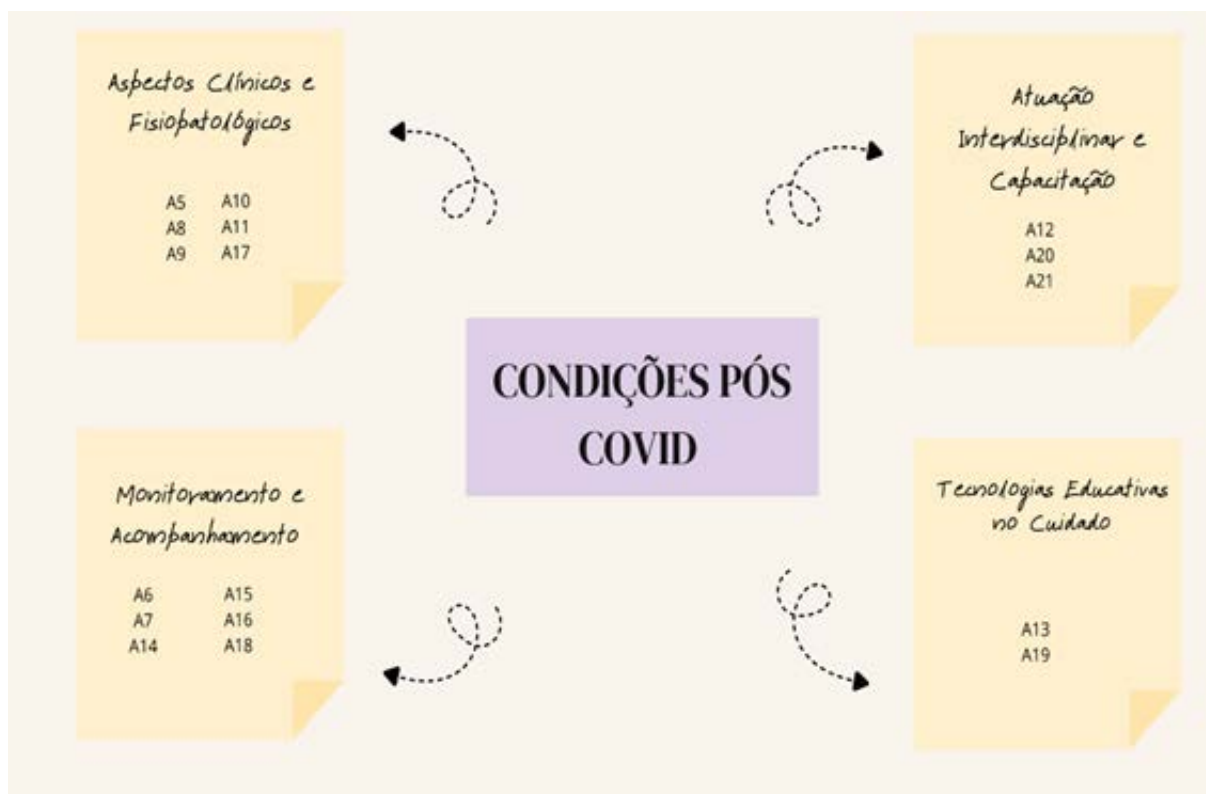
ARTIGO	TÍTULO	BASE PESQUISADA	ANO DA PUBLICAÇÃO	FONTE DA PUBLICAÇÃO/ PERIÓDICO
A1	<i>Post-COVID-19 pneumonia lung fibrosis: a worrisome sequelae in surviving patients</i>	Scopus	2021	<i>Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine</i>
A2	Manual para avaliação e manejo de condições pós-covid na Atenção Primária à Saúde	PubMed	2022	Ministério da Saúde
A3	Nota Técnica nº 62/2021 – SECOVID/GAB/SECOVID/MS	PubMed	2021	Ministério da Saúde
A4	Nota Técnica n.º 57/2023 – DGIP, SE, MS	Google Scholar	2023	Ministério da Saúde
A5	Fisiopatologia e mecanismo da COVID longa: uma revisão abrangente	PubMed	2022	<i>Annals of Medicine</i>
A6	<i>Post-COVID Conditions: Information for Healthcare Providers</i>	Portal da Capes	2022	CDC
A7	<i>Management of post-acute covid-19 in primary care</i>	Scielo	2020	BMJ
A8	<i>An exploration of the early discharge approach for low- risk STEMI patients following primary percutaneous coronary intervention</i>	Scopus	2023	<i>American Journal of Cardiovascular Disease</i>
A9	<i>Living guidance for clinical management of COVID-19</i>	PubMed	2021	Organização Mundial da Saúde
A10	A clinical case definition of post covid-19 condition by a delphi consensus	Google Scholar	2021	Organização Mundial da Saúde
A11	<i>American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care</i>	Portal da Capes	2024	<i>American Heart Association</i>
A12	A síndrome pós covid-19: uma revisão integrativa sobre as ações assistenciais em saúde	PubMed	2023	Universidade Federal do Rio de Janeiro
A13	Cartilha de exercícios programa inicial de reabilitação após a COVID-19	Portal da Capes	2022	Hospital Israelita Albert Einstein
A14	<i>The prevalence of olfactory and gustatory dysfunction in COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis</i>	Scopus	2020	<i>Otolaryngology Head Neck Surgery</i>
A15	<i>Olfactory Dysfunction in COVID-19: Diagnosis and Management</i>	BdEnf	2020	JAMA

A16	Protocolo de manejo da síndrome pós-Covid na Atenção Primária à Saúde	PubMed	2022	Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto
A17	<i>Telogen effluvium associated with COVID-19 infection</i>	Google Scholar	2021	<i>Dermatologic Therapy</i>
A18	<i>Six-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records</i>	Scielo	2021	<i>The Lancet Psychiatry</i>
A19	Construção de uma tecnologia educativa para profissionais da saúde no atendimento de usuários com condições pós-COVID.	Google Scholar	2023	Universidade Federal da Fronteira Sul
A20	TeleCondutas: condições pós-COVID-19	Portal da Capes	2022	UFGRS
A21	Desafios e construção de conhecimentos por enfermeiros na assistência às pessoas com síndrome pós-covid-19.	PubMed	2023	<i>Texto Contexto Enferm</i>

Fonte: Banco de dados dos Autores (2024).

Da análise do conteúdo das publicações emergiram quatro categorias assim denominadas: 1) Aspectos Clínicos e fisiopatológicos, 2) Monitoramento e acompanhamento, 3) Atuação interdisciplinar e capacitação e 4 - Tecnologias educativas no cuidado (Figura 2).

FIGURA 02 - CATEGORIAS EVIDENCIADAS NA ANÁLISE DAS PUBLICAÇÕES INCLUÍDAS NA REVISÃO.



Fonte: Produção dos Autores (2024).

O Quadro 02 apresenta os principais achados de cada publicação, bem como seus autores e tipo de estudo desenvolvido.

QUADRO 02 - DADOS DAS PUBLICAÇÕES INCLUÍDAS NA REVISÃO CONFORME AUTORES, TIPO DE ESTUDO/PUBLICAÇÃO E PRINCIPAIS ACHADOS.

ARTIGO	AUTOR(ES)	TIPO DE ESTUDO/ PUBLICAÇÃO	PRINCIPAIS ACHADOS
A1	Ali; Ghonimy	Estudo observacional	Destaca a necessidade de monitoramento pulmonar devido à fibrose em pacientes recuperados de pneumonia por COVID-19
A2	Brasil	Revisão narrativa	Recomendações para monitoramento contínuo de sintomas crônicos na atenção primária
A3	Brasil	Documento Oficial de Orientação	Recomendações para cuidados Pós-COVID -19
A4	Brasil	Documento Oficial de Orientação	Recomendações para cuidados Pós-COVID-19
A5	Castanares-Zapatero <i>et al.</i>	Revisão de Escopo	Discute mecanismos fisiopatológicos e sugere abordagens clínicas específicas para manejo de sintomas persistentes
A6	CDC	Manual	Discute cuidados sobre a condições pós- COVID-19
A7	Greenhalgh <i>et al.</i>	Revisão narrativa	Propostas para protocolos de avaliação e tratamento de sintomas persistentes no nível de cuidados primários
A8	Broughton <i>et al.</i>	Estudo de caso	Destaca a viabilidade de alta precoce para pacientes de baixo risco, com acompanhamento ambulatorial adequado
A9	OMS	Guia clínico	Proporciona diretrizes para o manejo geral e acompanhamento das condições pós-COVID-19
A10	WHO	Atualizações e diretrizes	Recomendação de intervenções para pós-COVID-19
A11	Perman <i>et al.</i>	Atualização de diretriz	Reforça cuidados cardiovasculares em pacientes com complicações pós-COVID-19.
A12	Pietrani	Revisão integrativa	Enfatiza a importância de intervenções interdisciplinares no manejo de condições pós-COVID-19.
A13	Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein	Guia prático	Oferece programa de exercícios para reabilitação de pacientes recuperados da COVID-19.
A14	Tong <i>et al.</i>	Revisão sistemática e meta-análise	Confirma alta prevalência de disfunções sensoriais, recomendando monitoramento desses sintomas no pós-COVID-19.
A15	Whitcroft; Hummel	Revisão narrativa	Sugere abordagens diagnósticas e de tratamento para perdas olfativas persistentes
A16	Ribeirão Preto	Protocolo clínico	Apresenta plano de manejo na atenção primária, incluindo monitoramento e encaminhamentos adequados
A17	Olds <i>et al.</i>	Estudo de caso	Destaca aumento de casos de queda capilar pós-COVID-19, com recomendações para manejo dermatológico

A18	Taquet <i>et al.</i>	Pesquisa observacional	Esta pesquisa investigou as consequências neurológicas e psiquiátricas em sobreviventes da COVID-19 e destacou a necessidade de monitoramento e intervenção em saúde mental
A19	Dors	Estudo de intervenção	Sugere uso de tecnologia para apoiar profissionais no manejo das condições pós-COVID-19
A20	Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul	Guia prático	Oferece orientações práticas para diagnóstico e manejo de condições pós-COVID-19 na atenção primária
A21	Silva; Ferreira	Pesquisa qualitativa-descritiva	Profissionais de enfermagem prestaram assistência baseada no conhecimento proporcionado pelas suas vivências e pela troca de experiências com outros colaboradores.

Fonte: Banco de dados dos Autores (2024).

### CATEGORIA 1 – ASPECTOS CLÍNICOS E FISIOPATOLÓGICOS

No estudo A5 é explorado, através de uma revisão de escopo, a fisiopatologia das condições pós-COVID-19, discutindo mecanismos persistentes da doença e sugerindo abordagens clínicas específicas para o manejo dos sintomas, fundamentais para o tratamento a longo prazo. Também propõe que as sequelas persistentes podem surgir de complicações neurológicas agudas da COVID-19, resultantes de danos cerebrais. No A8 é realizado um estudo de caso que avalia a viabilidade de uma abordagem de alta precoce para pacientes de baixo risco após intervenções cardíacas, com monitoramento ambulatorial, mostrando a possibilidade de reduzir o tempo de internação sem comprometer o acompanhamento clínico. Os autores do A11 reforçam a importância de cuidados cardiovasculares atualizados para pacientes com complicações pós-COVID-19, apresentando diretrizes renovadas para suporte cardiovascular em emergências clínicas.

O A9 fornece diretrizes abrangentes para o manejo das condições pós-COVID-19, incluindo o acompanhamento de sintomas persistentes e a definição de intervenções apropriadas em vários níveis de cuidados de saúde, corroborando com o estudo de Haueisen *et al.*, (2019) que apresenta um guia para o manejo de dores crônicas, com recomendações aplicáveis também a casos de dor pós-COVID-19, abordando intervenções eficazes para o alívio dos sintomas persistentes de dor nesses pacientes.

O A10 apresenta por meio de um processo de consenso global, uma definição clínica das condições pós-COVID-19, incluindo 12 domínios. Eles esclarecem que essa definição pode mudar à medida que novas evidências surgem, pois, a compreensão das consequências da COVID-19 continua a evoluir.

Ainda com relação a fisiopatologia, os autores do A17 relatam uma condição mais específica em seu estudo, o eflúvio telógeno pós-COVID-19, indicando um aumento de queda capilar em pacientes recuperados e recomendando intervenções dermatológicas específicas para o manejo dessa condição.

### CATEGORIA 2 - MONITORAMENTO E ACOMPANHAMENTO

A publicação A3 destaca a importância de reconhecer manifestações clínicas persistentes, novas ou recorrentes em pacientes após a fase aguda da infecção por SARS-CoV-2, mesmo quando não atribuídas a outras causas. Nesse contexto, enfatiza-se a necessidade de capaci-

tação contínua dos profissionais da saúde, reforçando a importância de tecnologias educativas como ferramentas estratégicas para qualificação do cuidado. A nota também recomenda a adaptação dos serviços de APS, com foco no acolhimento, monitoramento e seguimento clínico desses indivíduos.

Em A7 são propostos protocolos para o manejo de sintomas persistentes pós-COVID-19 na atenção primária, recomendando avaliações contínuas e intervenções para sintomas crônicos que afetam a qualidade de vida do paciente. No A16 é estabelecido um protocolo clínico para a síndrome pós-COVID-19 na atenção primária, detalhando planos de manejo, monitoramento e encaminhamentos adequados para uma assistência integral. No A2 e A4, o Ministério da Saúde propõe diretrizes de manejo clínico para condições pós-COVID-19, enfatizando a necessidade de acompanhamento constante de sintomas crônicos na atenção primária, com o objetivo de melhorar o atendimento de pacientes com sequelas prolongadas. Nesse contexto o A18, através de um estudo de coorte retrospectivo, apresenta que após 6 meses da infecção aguda da COVID-19 foram identificadas taxas significativas de diagnósticos de doenças neurológicas e psiquiátricas, indicando a necessidade de preparo dos profissionais e serviços de saúde para atender essa demanda.

Os pesquisadores no A1 destacam a importância do monitoramento pulmonar contínuo em pacientes recuperados de COVID-19 devido ao risco de desenvolvimento de fibrose pulmonar. O estudo observacional sugere que a pneumonia provocada pelo vírus pode deixar sequelas duradouras no tecido pulmonar.

Em A14, através de uma meta-análise sobre disfunções olfativas e gustativas em pacientes com COVID-19, os autores recomendam o monitoramento dessas disfunções no período pós-COVID-19, dada sua prevalência e impacto na qualidade de vida.

Da mesma forma, no A15 seus pesquisadores analisam abordagens diagnósticas e terapêuticas para disfunções olfativas persistentes associadas à COVID-19, oferecendo recomendações para o manejo clínico desses sintomas.

O documento A6 "*Post-COVID Conditions: Information for Healthcare Providers*", publicado pelo CDC em 2022, reúne informações essenciais para orientar os profissionais de saúde no reconhecimento, avaliação e manejo das condições pós-COVID-19. Voltado especialmente à prática clínica, destaca a diversidade de sintomas persistentes. A publicação também enfatiza a escassez de protocolos padronizados, o que evidencia a necessidade de tecnologias educativas que apoiem os profissionais no desenvolvimento de condutas baseadas em evidências.

### CATEGORIA 3 - ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR E CAPACITAÇÃO

O A20 oferece orientações detalhadas e acessíveis para profissionais de saúde sobre o diagnóstico, manejo e acompanhamento das condições pós-COVID-19. A proposta do documento é servir como uma ferramenta educativa e de suporte à prática clínica, abordando desde os principais sintomas persistentes até estratégias de reabilitação e encaminhamento. O material também destaca a importância da atuação interdisciplinar, visando um cuidado integral e centrado no paciente, destaca ainda a elaboração de protocolos específicos em áreas como o monitoramento pulmonar, manejo de sintomas psicológicos, reabilitação física e intervenções para sintomas persistentes como dor e disfunções sensoriais.

No A21 os autores descrevem os desafios, como a falta de protocolos e treinamentos, e que ofertaram assistência às pessoas com condições pós-COVID-19 baseada no conhecimento proporcionado pelas suas vivências e pela troca de experiências com outros profissionais.

A importância de intervenções interdisciplinares no manejo de condições pós-COVID-19 denota a necessidade de um atendimento assistencial integrado para apoiar a recuperação de pacientes. Alguns estudos também evidenciam a importância de abordagens interdisciplinares, como apontado no A12, que sugere que o manejo eficaz das condições pós-COVID-19, requer integração entre múltiplos domínios da saúde, desde cuidados primários até apoio psicológico.

#### **CATEGORIA 4 - TECNOLOGIAS EDUCATIVAS NO CUIDADO**

A análise das publicações incluídas nesse estudo demonstra a diversidade de abordagens adotadas para enfrentar as condições pós-COVID-19. Observa-se o uso de diferentes tecnologias educacionais, principalmente voltadas não apenas para o enfermeiro, mas também para a equipe interdisciplinar.

O uso de tecnologias educativas para apoiar profissionais no atendimento a condições pós-COVID-19 no manejo clínico das sequelas da doença, é citado por A19, como recursos que facilitam o acesso à informação e orientações.

Da mesma forma, A19 orienta a atuação pelos profissionais de saúde no diagnóstico e tratamento de condições pós-COVID-19 na atenção primária, facilitando o manejo adequado dessas condições.

Guias práticos, como os da A13 e da A9, apresentam em seu conteúdo exercícios e estratégias de reabilitação, particularmente úteis para pacientes que enfrentam dificuldades respiratórias e de mobilidade.

A análise das evidências nessa revisão demonstra que as condições pós-COVID-19 representam ainda um desafio à prática clínica e à organização dos serviços de saúde. Os estudos apontam para a complexidade fisiopatológica dessas condições, bem como para a necessidade de abordagens assistenciais contínuas e integradas. Destaca-se a importância da atuação interdisciplinar e da qualificação permanente dos profissionais, especialmente na atenção primária, que desempenha papel central no cuidado a longo prazo. Além disso, o uso de tecnologias educativas e protocolos clínicos baseados em evidências surge como ferramenta significativa para orientar condutas seguras e eficazes.

No contexto da Enfermagem, esse estudo contribui fornecendo a base científica necessária para a tomada de decisões clínicas, a construção de protocolos assistenciais e a atuação crítica frente aos desafios impostos pela pandemia. Ao destacar a importância da atenção primária, do cuidado integral e da qualificação contínua, o artigo também reforça o papel estratégico da Enfermagem na coordenação do cuidado, na educação em saúde e na reabilitação de pacientes afetados pelas condições pós-COVID-19.

#### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo destaca a importância de práticas baseadas em evidências científicas para o manejo das condições pós-COVID-19, utilizando diferentes abordagens, visando a formação de profissionais capacitados para atender essa nova demanda.

Contudo, observa-se que apesar de ser um tema abrangente ainda há escassez de materiais que direcionem ao manejo das condições pós-COVID-19, com uso limitado em áreas específicas da saúde. No contexto de educação e promoção da saúde, áreas de atuação do Enfermeiro, essas informações são valiosas, pois possibilitam levar ao paciente conhecimentos, promovendo um entendimento mais aprofundado sobre sua condição, o que contribui para o autocuidado.

No que tange o cuidado clínico pelo enfermeiro, é preciso que este conheça a fisiopatologia da doença para conseguir identificá-la e diferenciá-las de outras patologias, bem como compreender as possibilidades de recursos terapêuticos para poder ofertá-los aos indivíduos sob seus cuidados.

## REFERÊNCIA

ALI, R. M. M.; GHONIMY, M. B. I. Post-COVID-19 pneumonia lung fibrosis: a worrisome sequelae in surviving patients. **Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine**, v. 52, n. 101, p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://ejrnm.springeropen.com/articles/10.1186/s43055-021-00484-3>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para avaliação e manejo de condições pós-covid na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_avaliacao\\_manejo\\_condicoes\\_covid.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_manejo_condicoes_covid.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Extraordinária de Enfrentamento à Covid-19. **Nota Técnica nº 62/2021 – SECOVID/GAB/SECOVID/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2021/11/SEI\\_MS-0023992174-Nota-Tecnica-62-Anexo-Oficio-Circular-101.pdf](https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2021/11/SEI_MS-0023992174-Nota-Tecnica-62-Anexo-Oficio-Circular-101.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica n.º 57/2023 – DGIP, SE, MS**: Atualizações acerca das condições pós-covid. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nota\\_tecnica\\_n57\\_atualizacoes\\_condicoes\\_poscovid.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nota_tecnica_n57_atualizacoes_condicoes_poscovid.pdf)

BROUGHTON, N. *et al.* An exploration of the early discharge approach for low- risk STEMI patients following primary percutaneous coronary intervention. **American Journal of Cardiovascular Disease**, v. 13, n. 2, p. 32-42, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10193248/>

CASTANARES-ZAPATERO, D. *et al.* Fisiopatologia e mecanismo da COVID longa: uma revisão abrangente. **Annals of Medicine**, v. 54, n. 1, p. 1473-1487, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2076901>

CDC. **Post-COVID Conditions: Information for Healthcare Providers**. CDC, [atualizado em] 16 dez. 2022. Disponível em: [https://archive.cdc.gov/www\\_cdc\\_gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/post-covid-conditions.html](https://archive.cdc.gov/www_cdc_gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/post-covid-conditions.html)

CRUZ, R. M. *et al.* Produção e Divulgação de Conhecimentos Científicos em Tempos de Pandemia da COVID-19. **Revista Psicologia: Organizações & Trabalho**, v. 21, n. 1, p. 1-2, 2021. GN1 Genesis Network. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/rpot/2021.1.editorial>

DORS, J. B. **Construção de uma tecnologia educativa para profissionais da saúde no atendimento de usuários com condições pós-COVID**. 2023. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal da Fronteira Sul, Chapecó, 2023. Disponível em: <https://rd.uffs.edu.br/handle/prefix/6457>

IDA, F. S. *et al.* Post-COVID-19 syndrome: persistent symptoms, functional impact, quality of life, return to work, and indirect costs - a prospective case study 12 months after COVID-19 infection. **Cad Saúde Pública** v. 40, p. e00026623, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT026623>

GREENHALGH, T. *et al.* Management of post-acute covid-19 in primary care. **BMJ**, v. 370, p. m3026, 2020. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/370/bmj.m3026.full.pdf>

HAUEISEN, A. L. M. *et al.* Guia prático para o manejo da dor. São Paulo: PerSe, 2019. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1118186/n1583441718342\\_completo.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1118186/n1583441718342_completo.pdf)

OMS. **Living guidance for clinical management of COVID-19**, OMS, 23 de novembro de 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-2>

OLDS, H. *et al.* Telogen effluvium associated with COVID-19 infection. **Dermatologic Therapy**, v. 34, n. 2, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7883200/>

PIETRANI, A. B. C. **A síndrome pós covid-19**: uma revisão integrativa sobre as ações assistenciais em saúde. 2023. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Instituto de Enfermagem, Centro Multidisciplinar UFRJ, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Macaé, 2023. Disponível em: <https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/21677/1/ABCPietrani.pdf>

PERMAN, S. M.E. *et al.* American Heart Association. 2023 American Heart Association Focused Update on Adult Advanced Cardiovascular Life Support: An Update to the American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. **Circulation**. v. 149, n. 5, p. e254-e273, 2024.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolo de manejo da síndrome pós-Covid na Atenção Primária à Saúde. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal da Saúde**, 2022. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude1325202302.pdf>

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul enferm** v. 20, n. 2, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.

SANTA CATARINA. **Secretaria de Estado da Saúde**. Manual de orientações sobre a COVID-19. Florianópolis: DIVE/SC, 2023. Disponível em: <https://dive.sc.gov.br/phocadownload/doencas-agrivos/COVID%2019/Publica%C3%A7%C3%B5es/manual-orientacoes-covid-19-2023.pdf>

SILVA, A. M.; FERREIRA, C.B. Desafios e construção de conhecimentos por enfermeiros na assistência às pessoas com síndrome pós-covid-19. **Texto Contexto Enferm.**, v. 32, e20230018, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0018pt>

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **Cartilha de exercícios programa inicial de reabilitação após a COVID-19**. São Paulo, s.d. Disponível em: <https://www.einstein.br/Documentos%20Compartilhados/Apostila-de-Orientacao-Pos-Cov id.pdf>

TAQUET, M. *et al.* Six-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. **The Lancet Psychiatry**, v. 8, n. 5, p. 416-427, 2021. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(21\)00084-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(21)00084-5/fulltext)

TEIXEIRA, E. NASCIMENTO, M. H. M. Pesquisa metodológica: perspectivas operacionais e densidades participativas. In: TEIXEIRA, E. (org). **Desenvolvimento de Tecnologias Cuidativo-Educacionais** – Porto Alegre: Moriá, 2020. p. 51-61.

TONG, J. Y. et al. The prevalence of olfactory and gustatory dysfunction in COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis. **Otolaryngology Head Neck Surgery**, London, v. 163, n. 1, p. 3-11, jul. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32369429/>

UFRGS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. **TeleCondutas:** condições pós-COVID-19. Porto Alegre: TelessaúdeRS, 2022. Disponível em: [https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas\\_pos\\_covid.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas_pos_covid.pdf)

WHITCROFT, K. L.; HUMMEL, T. Olfactory Dysfunction in COVID-19: Diagnosis and Management. **JAMA**, v. 323, n. 24, 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2766523>

WHO - World Health Organization. **A clinical case definition of post covid-19 condition by a delphi consensus**. 2021. Disponível em: [https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-Post\\_COVID-19\\_condition-Clinical\\_case\\_definition-2021.1](https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1)

## CAPÍTULO 11

# VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO DE REVISÃO DA LITERATURA SOBRE AVALIAÇÃO, TRATAMENTO E REGISTRO DE LESÃO POR PRESSÃO

MONICA PIVOTTO

CLARISSA BOHRER DA SILVA

ALINE LIMA PESTANA MAGALHÃES

OLVANI MARTINS DA SILVA

LUCIMARE FERRAZ

ROSANA AMORA ASCARI

### INTRODUÇÃO

As lesões por pressão (LPP) refletem uma diminuição da qualidade de vida de pacientes e familiares, pois causam um grande impacto social na vida cotidiana, assim como altas taxas de morbidade e mortalidade em pacientes imobilizados, sendo caracterizada como um problema de saúde pública (Martín, 2018).

É direito do indivíduo receber assistência à saúde de qualidade, conforme estabelece o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que determina que a saúde é um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado. Esse direito também é respaldado por legislações e normas que regulam a prestação de serviços de saúde no Brasil. Tais dispositivos descrevem as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e reforçam o princípio de que a saúde deve ser acessível a todos os cidadãos, com ênfase na universalidade e na qualidade do atendimento (Brasil, 2017).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Resolução da Diretoria Colegiada nº 63 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária dispõe sobre as Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde, sejam eles nos âmbitos públicos, privados, filantrópicos, militares ou civis, de ensino e pesquisa. Esta resolução, em seu Art. 8 apresenta questões que norteiam estratégias e ações contra riscos, eventos adversos e danos desnecessários que podem ocorrer durante o período de atendimento (Brasil, 2011).

Nesse interim, o MS com vistas a fomentar a prática assistencial segura estabeleceu protocolos básicos, envolvendo infecções relacionadas à assistência à saúde; procedimentos cirúrgicos e anestésicos; prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos, sangue e hemoderivados; processos de identificação de paciente; a comunicação no ambiente dos serviços de saúde; prevenção de quedas; LPP; transferência de pacientes e uso seguro de equipamentos e materiais (Brasil, 2014; Moura; Magalhães, 2017).

Ressalta-se que além da LPP ser considerada como um dos principais eventos adversos relacionados à assistência em serviços de saúde (Jesus *et al.*, 2020). Assim, torna-se essencial explorar o papel da tecnologia como ferramenta para mitigar tais eventos adversos e promover melhores práticas assistenciais no contexto da LPP.

O termo tecnologia é definido como:

“o resultado de processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, para o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos científicos e construção de produtos materiais, ou não, com finalidade de intervir sobre uma determinada situação prática” (Nietsche, 2005, p. 345).

As tecnologias gerenciais (TG) no cenário de prática da enfermagem tem o objetivo de sistematizar e testar ações teóricas e práticas voltadas a execução, planejamento e avaliação do processo em saúde visando melhorar a qualidade da assistência (Sousa *et al.*, 2022).

Mueller e Guimarães (2016) afirmam que as TG procuram auxiliar os gestores na busca pela melhoria do desempenho organizacional, de forma que sugerem a utilização sistemática de métodos e ferramentas que podem contribuir com o serviço e proporcionar a maximização daquilo que as empresas são capazes de fazer.

O protocolo é uma dessas TG cujo objetivo é criar um conjunto bem estruturado de ações ou regras que guiam processos, garantindo eficiência, segurança e conformidade. Validar esse protocolo representa a garantia de que ele seja realmente eficaz, seguro e aplicável, permitindo ajustes ou melhorias quando necessário.

Assim, foi construído um protocolo de revisão integrativa com a finalidade de identificar as tecnologias disponíveis para auxiliar o enfermeiro no manejo do paciente com LPP. E nessa direção, manter o rigor metodológico necessário à produção intelectual em seu desenvolvimento, a qual os resultados juntamente com as demandas da realidade, irão auxiliar a definir um novo produto a ser construído para qualificar a assistência de enfermagem.

O problema de pesquisa do protocolo de revisão integrativa esteve pautado na fragilidade dos enfermeiros na realização da avaliação das LPP, bem como a falta de um instrumento que os oriente quanto aos elementos essenciais para essa avaliação e para o registro adequado dessas lesões.

Com base no exposto, este estudo teve por objetivo relatar como ocorreu a construção e validação do protocolo de revisão integrativa de literatura sobre tecnologias disponíveis para auxiliar o enfermeiro na avaliação e registro da lesão por pressão (LPP).

## METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência acerca da produção de um recurso que vise garantir o rigor metodológico para o desenvolvimento de pesquisa da literatura. Esse estudo envolveu a construção e avaliação de um produto do tipo “protocolo de revisão de literatura” o qual aborda com detalhes, todas as etapas para o desenvolvimento da revisão integrativa.

Sinaliza-se que a revisão de literatura foco deste relato compôs uma das etapas de uma pesquisa metodológica para a construção de uma tecnologia de Enfermagem, a qual envolve a produção, construção, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa com o objetivo de elaborar um produto. Partindo dos conhecimentos já existentes para a elaboração de um instrumento preciso, confiável e utilizável (Polit; Beck, 2019).

Para o desenvolvimento do protocolo de revisão da literatura foi considerada uma Revisão Integrativa (RI) da literatura envolvendo as tecnologias que mediam o trabalho do enfermeiro junto aos pacientes com LPP, e ainda, estudos disponíveis eletronicamente que abordem a avaliação, tratamento e registro de LPP, subsidiada por diretrizes, consensos e documentos oficiais, tais como, a) práticas seguras para prevenção de Lesão por Pressão em serviços de saúde (Brasil, 2017); b) Prevenção e Tratamento de Úlceras / Lesões por Pressão: Guia de Consulta Rápida (EPUAP; NPIAP; PPPIA, 2019); c) Lei nº 7.498/86 dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da Enfermagem (Brasil, 1986); d) Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática (Moura, Magalhães, 2017); e) Resolução Cofen nº 567/2018 que confere autonomia ao enfermeiro para atuar no tratamento de feridas (Cofen, 2018), entre outros.

Com base na literatura (Zocche *et al.*, 2020), foi desenvolvido um protocolo de revisão de literatura contendo o passo a passo para a realização da revisão integrativa. Desta forma, contemplou a definição da equipe de pesquisa; a questão de pesquisa e objetivos da revisão; as estratégias de busca (tipo de estudo, descritores, bases de dados a serem consultadas e período de análise dos estudos); a validação do protocolo de revisão; a descrição das etapas de coleta de dados; a análise dos estudos selecionados; a interpretação dos achados; a apresentação dos resultados e as considerações finais, além das referências do protocolo de RI.

Após o primeiro contato com os possíveis avaliadores de maneira informal e questionamento sobre a disponibilidade de ser avaliador de protocolo de RI, a primeira versão (Versão 1), foi encaminhada à três avaliadores externos ao estudo via e-mail, juntamente com o convite para ser revisor de protocolo de RI. No referido convite, os autores solicitaram retorno em até 20 dias. Destaca-se que foi considerado para a seleção de avaliador, ter experiência com construção ou validação de protocolo de revisão, bem como, familiaridade com a temática em tela.

A validação do protocolo de RI deu-se de forma simplificada em que os especialistas tinham a liberdade de fazer sugestões, subtrações e acréscimos na versão 1 do protocolo, mantendo registro das alterações no próprio arquivo. Contudo, poucas foram as sugestões a serem realizadas, nenhuma informação foi retirada e foi solicitado o acréscimo de título para o protocolo. Os especialistas retornaram por e-mail informando no corpo deste a aprovação do protocolo, bem como, anexaram o arquivo com sua análise.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A construção do protocolo de revisão de literatura buscou garantir uma coleta de dados segura, ética e que respondesse à questão de pesquisa delineada pelos autores. Nessa direção, os autores mergulharam na busca pelos passos necessários à sua construção, tendo como start a delimitação do tema (Gonçalves, 2021; Dantas *et al.*, 2021), e seguiram os passos básicos propostos por Mendes, Silveira e Galvão (2008), adaptados e complementados por Zocche *et al.*, (2020). E ainda, os autores sentiram necessidade de construir um instrumento para o controle dos estudos a serem incluídos na análise da RI, o qual contemplou os dados de identificação dos artigos incluídos e as características metodológicas desses estudos.

A questão central da pesquisa que culminou nesse relato de experiência consiste em identificar quais tecnologias estão disponíveis, segundo a literatura científica nacional e internacional, para auxiliar os enfermeiros na avaliação e no registro das lesões por pressão.

Os avaliadores do protocolo de RI foram Enfermeiros, dois mestres e um doutor, todos com experiência na construção e/ou validação de protocolo e afinidade com a temática LPP, os quais retornaram em tempo estimado com a avaliação do protocolo de RI.

Após a avaliação foram incorporadas algumas sugestões. Entre as contribuições dos avaliadores foi sugerido acrescentar um título para o protocolo, na qual foi acatado, sendo substituído por “Tecnologias utilizadas para a avaliação e registro de lesão por pressão por enfermeiros”.

Considerando a estratégia PICO, acrônimo de população, intervenção, conduta e desfecho (Dantas *et al.*, 2021), utilizada para a definição da questão de pesquisa da RI, um dos avaliadores fez contribuições na Conduta que inicialmente era “Avaliação da lesão por pressão”, o qual foi substituído por “Tecnologias para avaliação da lesão por pressão”. O mesmo avaliador recomendou alterar o Desfecho de “Tecnologias utilizadas por enfermeiros para balizar a avaliação da Lesão por pressão” para “Avaliação da lesão por pressão mediada por tecnologias”.

Outra sugestão recebida dos avaliadores, refere-se ao sexto passo do protocolo, o qual aborda a questão da avaliação e análise dos estudos incluídos na RI. Nesse item, a sugestão foi sinalizar no protocolo qual o referencial que seria utilizado para classificar os estudos quanto ao nível de evidência, e, desta forma, foi incluído a proposta apresentada por Galvão (2006).

Ainda, após a avaliação do protocolo de RI pelos pesquisadores *Ad hoc*, sentiu-se necessidade de acrescentar ao protocolo informações acerca da identificação dos artigos incluídos na revisão, tais como, título, autores, bases de dados, periódico, idioma, ano de publicação e país de origem, os quais foram contemplados por meio da inserção de quadro para este fim.

Foram acrescentados ao protocolo de RI, um quadro para registro das características metodológicas dos estudos, contendo a abordagem metodológica, amostra, instrumento de coleta, tratamento dos dados e limitações dos estudos, o que facilitou a decodificação das informações, tratamento e análise dos dados.

Para atender o objetivo proposto, foram listadas todas as tecnologias utilizadas para auxiliar o enfermeiro na avaliação e registro da LPP, identificadas nos estudos que compuseram a RI.

Desta forma, apresenta-se a versão 2 do Protocolo de RI, o qual foi considerado válido por três avaliadores *ad hoc* (quadro 01).

## QUADRO 01 - PROTOCOLO DE RI: VERSÃO VALIDADA

### **Tecnologias utilizadas para a avaliação e registro de lesão por pressão por enfermeiros**

1º Passo: Definição da equipe responsável (pesquisadores e orientador):

Pesquisador/Mestranda: Monica Pivotto (1)

Pesquisador/Orientadora: Rosana Amora Ascari (2)

Revisor ad hoc 1 (3): xx

Revisor ad hoc 2 (4): xx

Revisor ad hoc 3 (5): xx

### **Passo 1: Definição de atividades por participante da equipe de RI**

Elaboração protocolo: (1)

Revisão do protocolo: (2)

Validação do protocolo: (3, 4, 5)

Busca dos textos via Portal de Periódicos Capes logado com ID da Universidade do Estado de Santa Catarina, seguindo os critérios de seleção: artigos publicados de 01/01/2019 a 31/03/2023, texto completo nos idiomas português, inglês e espanhol (1, 2).

Importação dos artigos das bases de dados primária para o Programa Academical (Pontes; Pontes, 2019) (1, 2).

No Programa Academical – Etapa 1: Criação de pastas com critérios de seleção e exclusão dos artigos (1, 2).

Pré-análise crítica dos artigos com leitura dos títulos e resumos para classificação dos textos de acordo com os critérios de seleção e exclusão da etapa 1 (1).

No Programa Academical, criação da Etapa 2 (2).

No Programa Academical – Etapa 2: Criação de pastas com critérios de seleção e exclusão dos artigos (1, 2).

Leitura flutuante do texto completo com aplicação dos critérios de seleção e exclusão da Etapa 2 no Programa Academical (1).

Os artigos que gerarem dúvidas quanto aos critérios de inclusão e exclusão serão analisados por dois avaliadores (1, 2).

Findada esta etapa de seleção, será gerado fluxograma da RI, bem como tabela com artigos inclusos na RI segundo título, autores, base de dados, periódico e ano de publicação via Programa Academical (2).

Os artigos incluídos na RI serão salvos individualmente em *Portable Document Format* (PDF) e importados para o Programa NVivo para análise de conteúdo (1, 2).

Avaliação crítica dos estudos, decodificação dos achados, geração de relatório com os “Nós” criados a partir do Programa NVivo (1).

Síntese: categorização dos achados conforme objetivos propostos e agrupamento das informações decodificadas em categorias temáticas: (1, 2).

Análise e descrição dos resultados (1).

Revisão da análise (2).

Construção de artigo científico (1).

Escolha do periódico, formatação do artigo (2).

Revisão do artigo e das normas do periódico (2).

Submissão do artigo ao periódico (1, 2).

**Passo 2: Identificação da questão de pesquisa / Objetivo:**

Aplicação da Estratégia PICO:

**P** = População (Enfermeiro).

**I** = Intervenção (Lesão por pressão).

**C** = Conduta (Avaliação da lesão por pressão por enfermeiro).

**O** = Desfecho (Tecnologias utilizadas por enfermeiros para avaliação da lesão por pressão).

**Opção 1**

População/Usuário – Enfermeiros.

Intervenção: lesão por pressão.

Conduta: Tecnologias para avaliar a lesão por pressão.

O/Desfecho: Avaliação da lesão por pressão mediada por tecnologias.

**Opção 2**

População/Usuário – Enfermeiros.

Intervenção: lesão por pressão.

Conduta: Registro da avaliação da lesão por pressão.

Desfecho: Tecnologias utilizadas para o registro da avaliação de lesão por pressão.

**Problema de pesquisa:**

Fragilidade dos enfermeiros em realizar a avaliação da lesão por pressão e falta de instrumento que guie o enfermeiro quanto aos elementos a serem considerados na avaliação e registro da lesão por pressão.

**Questão de Pesquisa da RI:**

Que tecnologias estão disponíveis para auxiliar o enfermeiro na avaliação e registro da lesão por pressão segundo a literatura científica nacional e internacional?

**Objetivos (Projeto de Mestrado):**

**Objetivo Geral** – Desenvolver e validar uma tecnologia gerencial do tipo Protocolo sobre avaliação tratamento e registro de lesão por pressão para enfermeiros da Atenção Primária à Saúde.

**Objetivos Específico:**

Conhecer os saberes, fazeres e expectativas de enfermeiros inseridos na Atenção

Primária à Saúde sobre a avaliação tratamento e registro da lesão por pressão;

Produzir um Protocolo sobre a avaliação, tratamento e registro da lesão por pressão;

Validar com juízes especialistas o conteúdo da tecnologia;

**Objetivos da RI:**

**Objetivo Geral:** Identificar na literatura científica as tecnologias disponíveis para auxiliar o enfermeiro na avaliação e registro da lesão por pressão.

**Objetivos Específicos:**

Realizar a análise bibliométrica dos estudos incluídos na revisão integrativa.

**Passo 3: Avaliação do protocolo:**

Avaliador 1 (3)

Avaliador 2 (4)

Avaliador 3 (5)

**Passo 4: Seleção e extração dos estudos:****Descritores (DecS/MeSh): Português, Inglês, Espanhol**

Lesão por pressão – Pressure ulcer – Úlcera por presión

Enfermagem – Nursing – Enfermería

Tecnologia – technology- tecnologia

**Critérios de inclusão:**

Uso de tecnologia para avaliação e/ou registro da lesão por pressão por enfermeiro.

**O período a ser rastreado:** 2019 a 2023.

**Idiomas:** Português, Inglês e Espanhol.

**Tipo de documentos indexados deverão ser analisados:** artigo em texto completo disponível de forma eletrônica e gratuito.

**Descritores/Cruzamentos:**

Lesão por pressão – Pressure ulcer – Úlcera por presión; Enfermagem – Nursing – Enfermería; Tecnologia – technology- tecnologia.

“Lesão por Pressão” OR “Pressure Injury” OR “Lesión por Presión” AND “Enfermagem” OR “Nursing” OR “Enfermería” AND “Tecnologia” OR “Technology” OR “Tecnología”.

**Bases de dados:**

Web of Science – Via portal de Periódicos Capes, logado com ID Udesc;  
BDENF – via BVS com importação direta pelo programa Academical;  
IBECs – via BVS com importação direta pelo programa Academical; Lilacs – via BVS com importação direta pelo programa Academical; Wprim – via BVS com importação direta pelo programa Academical.

**Passo 5: Validação da seleção dos estudos incluídos:**

Concluída a seleção dos estudos, os revisores 1, 2 e 3 avaliam os resultados da etapa de seleção a fim de garantir a adequação entre os descritores escolhidos, o problema e a pergunta de pesquisa.

Avaliador 1 (3)

Avaliador 2 (4)

Avaliador 3 (5)

**Passo 6: Avaliação e Análise dos estudos incluídos:**

Serão tabulados e analisados os dados de: Título, Autores, Base de dados, Ano de publicação, Periódico, Tipo de Estudo, Nível de Evidência (Galvão, 2006), Tipo de tecnologia utilizada na avaliação e registro da lesão por pressão por Enfermeiros.

**Passo 7: Análise e interpretação dos resultados da revisão:**

Os artigos incluídos na RI serão salvos individualmente em PDF e importados para o Programa NVivo para análise de conteúdo (1, 2).

Será realizada avaliação crítica dos estudos, decodificação dos achados e geração de relatório com os “Nós” criados a partir do Programa NVivo (1).

Os achados (Nós) serão categorizados conforme objetivo da revisão integrativa (1,2).

**Passo 8: Apresentação dos resultados:**

Será apresentado o resultado da análise bibliométrica e a análise de conteúdo será apresentada de forma descritiva e com representação gráfica conforme PRISMA (1).

**Passo 9: Discussão dos resultados:**

Será dado ênfase as tecnologias disponíveis, elucidando os pontos fortes e fragilidades encontradas na literatura para responder à questão de pesquisa.

**Passo 10: Considerações Finais:**

Ao término do estudo, será apresentada uma síntese do conhecimento, bem como descrito as limitações do estudo e recomendações decorrentes da análise.

**Referências**

Galvão, C.M. Editorial: Níveis de Evidência. **Acta Paul Enferm.**, v. 19, n. 2, 2006.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000200001>

Mendes, K.D.S.; Silveira, R.C.C.P.; Galvão, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>

ZOCHE, D.A.A. et al. Protocolo para revisão integrativa: caminho para busca de evidências. *In.*: TEIXEIRA, E. (Org). **Desenvolvimento de tecnologias Cuidativo-educacionais**, v. 2. Porto Alegre: Moriá, 2020.

Fonte: Elaborado pelos Autores (2023).

A coleta de dados foi realizada pelo Programa Academical (Pontes; Pontes, 2019), uma tecnologia de nacionalidade brasileira destinada a estudos de revisão da literatura, que permite a criação de etapas distintas para o processo de seleção dos estudos com a criação de pastas nominais indicando os critérios de seleção e exclusão, sendo neste estudo, a etapa 1 composta pela leitura de títulos e resumos, e etapa 2 pela leitura do artigo em texto completo. O quadro 01 representa os apêndices I e II do protocolo de RI que foi fornecido aos avaliadores e que os autores utilizaram para manter registro dos estudos analisados.

QUADRO 01 – REPRESENTAÇÃO DO CONTROLE DE ESTUDOS POR BASE DE DADOS E POR ETAPA DESENVOLVIDA PELOS AUTORES. CHAPECÓ-SC, BRASIL, 2023.

BASE DE DADOS	QUANTIDADE DE ARTIGOS	EXCLUÍDO	INCLUÍDO
<b>ETAPA 1</b>			
xxx			
Xxx			
<b>Total</b>			
<b>ETAPA 2</b>			
Xxx			
Xxx			
<b>Total</b>			

Fonte: Elaborado pelos Autores (2023).

Para auxiliar os autores na tabulação das informações relacionadas à publicação e às características metodológicas dos estudos incluídos na RI, assim como a listagem das tecnologias utilizadas para a avaliação e/ou registro da LPP, foi construído um quadro contendo os blocos A, B e C, respectivamente, conforme figura 01.

FIGURA 01 – REPRESENTAÇÃO DE REGISTRO DOS AUTORES QUANTO AOS DADOS DE PUBLICAÇÃO DOS ARTIGOS, CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS E TECNOLOGIAS IDENTIFICADAS. CHAPECÓ-SC, BRASIL, 2023.

<b>Bloco A - Dados de Identificação dos Artigos incluídos na RI:</b>							
Artigo	Título	Autores	Base de dados	Periódico	Idioma	Ano	País
1							
2							
<b>Bloco B - Características Metodológicas dos Estudos da RI</b>							
Artigo	Método	Amostra	Instrumento de Coleta	Tratamento dos Dados	Limitações do Estudo	Nível de Evidência	
1							
2							

\*Considerado método:  
 Estudo quantitativo (Qt), Coorte controlado (CC), Coorte não controlado (CnC), Qualitativo (QI), Estudo de revisão (ER), Relato de experiência (RE).

\*Considerado amostra:  
Randomizada I®, Aleatória (A), Conveniência (C), Outra (descrever).

\*Considerado Instrumento de Coleta:  
Questionário (Q), Escala/inventário validado (E/I), Entrevista (E), Abordagem em Grupo (G), Observação (O), Outros (descrever).

\*Considerado Tratamento dos Dados:  
Análise Quantitativa/Testes estatísticos (Quan), Análise qualitativa (Qual).

\*Considerado Nível de Evidência:  
( ) Nível 1: Revisão sistemática ou metanálise;  
( ) Nível 2: Ensaio clínico randomizado controlado bem delineado;  
( ) Nível 3: Ensaio clínico bem delineado sem randomização;  
( ) Nível 4: Estudos de coorte e de caso-controle bem delineados;  
( ) Nível 5: Revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos;  
( ) Nível 6: Único estudo qualitativo ou descritivo;  
( ) Nível 7: Opinião de autoridades ou relatório de especialistas.

#### **Bloco C – Tecnologia identificada para avaliação e registro da lesão por pressão**

<b>Artigo</b>	<b>Tecnologia utilizada para avaliação e/ou registro da lesão por pressão</b>
1	
2	

Fonte: Banco de dados dos Autores (2023).

A construção de um protocolo de revisão de literatura bem-sucedido envolve não apenas a criação de um conjunto de regras ou diretrizes, mas também a garantia de que ele seja útil, adaptável e fácil de ser seguido. Por considerar as necessidades dos envolvidos, as exigências legais e éticas, e os possíveis desafios que podem surgir durante o desenvolvimento da pesquisa de revisão, é fundamental criar um protocolo eficaz, como o que se concretizou neste estudo com a avaliação positiva recebida dos especialistas.

A partir do protocolo de revisão integrativa avaliado por pesquisadores externos à pesquisa, desenvolveu-se o estudo de revisão integrativa, sendo que os achados dessa revisão auxiliaram na definição de uma tecnologia gerencial – um Protocolo de Enfermagem - contemplando a avaliação, o tratamento e o registro das LPP, direcionado especificamente aos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O protocolo de RI acerca das tecnologias que auxiliam o enfermeiro na avaliação e registro de LPP foi considerado válido pelos especialistas, o qual se propõem a subsidiar enfermeiros generalistas a avaliar e tratar a LPP e efetivar o registro de forma padronizada, contribuindo com a qualificação do processo de enfermagem para uma assistência segura.

Importante destacar que concomitante ao protocolo de RI os autores apresentaram aos especialistas, instrumentos para nortear o registro das informações durante as diferentes fases do estudo, esclarecendo o passo a passo da RI, o que foi bem recebido pelos avaliadores. E ainda, estes destacaram a relevância da temática para a prática profissional do enfermeiro tendo em vista a incidência e prevalência das LPP e custos aos serviços e sistemas de saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução de Diretoria Colegiada RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011. **Dispõem sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde**. Anvisa, 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063\\_25\\_11\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, De 21 De Setembro de 2017. 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: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://edisdisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6211292/mod\\_resource/content/0/PNAB%202017.pdf](https://edisdisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6211292/mod_resource/content/0/PNAB%202017.pdf)

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN 567/2018**. Regulamenta a atuação da Equipe de Enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas. Brasília: Cofen, 2018. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-567-2018/>

DANTAS, H. L. L. *et al.* Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico. São Paulo: **Rev. Recien**, v. 12, n. 37, p. 334-345, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.334-345>

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP); NATIONAL PRESSURE INJURY ADVISORY PANEL (NPIAP); PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE (PPPIA). **Prevenção e tratamento de úlceras/lesões por pressão: guia de consulta rápida**. (Edição em português brasileiro). Emily Haesler (3. ed.), 2019. Disponível em: <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2020/11/qrg-2020-brazilian-portuguese.pdf>

GALVÃO, C. M. Editorial: **Níveis de Evidência**. Acta Paul Enferm., v. 19, n. 2, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000200001>

GONÇALVES, J. R. **Manual de artigo de revisão de literatura**. Editora. Brasília: Instituto Processus, 2021. (Coleção Trabalho de Curso, v. II), 3. ed. 105p. Disponível em: [https://processus.edu.br/wp-content/uploads/05.Manual.Artigo.de\\_Revisao.de\\_Literatura.TC-II.3a-ed.pdf](https://processus.edu.br/wp-content/uploads/05.Manual.Artigo.de_Revisao.de_Literatura.TC-II.3a-ed.pdf)

JESUS, A. P. *et al.* Incidência de lesão por pressão em pacientes internados e fatores de risco associados. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 34, e36587, 2020. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178-86502020000100341](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502020000100341)

MARTÍN, M. B. Qualidade de vida das pessoas com úlceras por pressão. Estudio cualitativo fenomenológico. **Index de Enfermería**, v. 27, n. 4, p. 206–210, 2018. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962018000300006&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300006&lng=es&nrm=iso)

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>

MOURA, G. M. S. S.; MAGALHÃES, A. M. M. Eventos adversos relacionados à assistência em serviços de saúde: principais tipos. *In.*: ANVISA. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Brasília, DF, Capítulo 6 – p. 65-78, 2017. Disponível em: [http://www.saude.pi.gov.br/uploads/divisa\\_document/file/374/Caderno\\_1\\_-\\_Assist%C3%Aancia\\_Segura\\_-\\_Uma\\_Reflex%C3%A3o\\_Te%C3%B3rica\\_Aplicada\\_%C3%A0\\_Pr%C3%A1tica.pdf](http://www.saude.pi.gov.br/uploads/divisa_document/file/374/Caderno_1_-_Assist%C3%Aancia_Segura_-_Uma_Reflex%C3%A3o_Te%C3%B3rica_Aplicada_%C3%A0_Pr%C3%A1tica.pdf)

MUELLER, R. R.; GUIMARÃES, V. N. As tecnologias gerenciais e a produtividade do trabalho improdutivo. **Revista Espácios**, v. 37, n. 21, 2016. Disponível em: <https://www.revistaespacios.com/a16v37n21/16372114.html>

NIETSCHE, E. A. *et al.* Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 344– 352, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000300009>

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

PONTES, R. F.; PONTES, K. C. J. R. **Academical**. Academical Sistemas para Pesquisas Científicas Ltda. Chapecó, 2019. Disponível em: <https://www.academical.com.br>

SOUSA, A. R. *et al.* Tecnologia de Gestão para Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, e20220028, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0028en>

ZOCCHÉ, D. A. A. *et al.* Protocolo para revisão integrativa: caminho para busca de evidências. *In.*: TEIXEIRA, E. (Org). **Desenvolvimento de tecnologias Cuidativoeducacionais**, v. 2. Porto Alegre: Morió, 2020.

## ÍNDICE REMISSIVO

Acolhimento com classificação de risco: 15, 17, 103, 104, 105, 110, 112, 116, 117.  
Adulto: 26, 48, 80, 105, 106, 107, 108, 111, 113.  
Aleitamento materno: 14, 85, 87, 88, 89, 90, 91, 92.  
Alimentação: 96, 98.  
Amarelo: 105, 107, 111, 112.  
Ambiente hospitalar: 73, 76, 78, 81, 83.  
Aspectos clínicos: 123, 216.  
Assistência: 32, 34, 39, 40, 43, 44, 45, 46, 55, 62, 63, 64, 66, 76, 78, 86, 87, 90, 91, 92, 97, 99, 107, 116, 123, 125, 126, 129, 131, 132, 133, 139, 141.  
Assistência à saúde: 32, 34, 40, 45, 76, 78, 131, 132.  
Atenção Primária à Saúde: 22, 32, 35, 40, 46, 47, 49, 58, 63, 68, 104, 122, 123, 128, 129, 136, 141.  
Avaliação: 19, 21, 26, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 59, 74, 78, 80, 83, 86, 90, 95, 97, 105, 107, 110, 122, 124, 126, 128, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 141.  
Azul: 105, 107, 110, 111, 112.  
Boca: 97, 98, 99, 100.  
Câncer: 76, 78, 94, 96, 97, 98, 102.  
Capacitação profissional: 43.  
Círculo de cultura: 17, 47, 48, 60.  
Classificação de risco: 15, 17, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 110, 111, 112, 116, 117, 118.  
Complicações: 96, 97, 99, 124, 125, 142.  
Comunicação: 21, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 41, 44, 82, 96, 99, 103, 116, 132.  
Condições pós-covid: 17, 119, 121, 123, 124, 125, 126, 127, 130.  
Consulta de enfermagem: 34, 45, 86, 90.  
Covid-19: 17, 44, 46, 79, 84, 108, 119, 120, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130.  
Cuidado: 22, 35, 36, 39, 40, 44, 47, 48, 49, 55, 57, 58, 62, 64, 67, 73, 78, 82, 83, 86, 90, 91, 92, 94, 102, 119, 120, 123, 126, 127, 128, 140.  
Curso online: 29, 36.  
Disfagia: 96, 98.  
Diversidade cultural: 51.  
Dor: 77, 78, 81, 83, 96, 97, 98, 99, 105, 106, 107, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 125, 126, 129.  
Educação em saúde: 26, 39, 44, 51, 73, 83, 89, 117, 127.  
Educação popular: 17, 28, 47, 48, 49, 52, 57, 58, 59.  
Educação permanente: 34, 40, 45.  
Educomunicação: 17, 20, 21, 23, 24, 27, 28, 29.  
Efeitos adversos: 95, 97.  
Efeitos colaterais: 95, 96, 96.  
Emergência: 44, 45, 66, 79, 84, 104, 106, 111, 116, 117.  
Enfermagem: 17, 20, 21, 22, 29, 34, 36, 37, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 58, 59, 60, 62, 63, 68, 69, 78, 80, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 95, 97, 117, 125, 127, 128, 129, 132, 133, 136, 137, 139, 140, 141.  
Enfermeiro: 32, 34, 35, 36, 39, 40, 41, 44, 45, 46, 63, 64, 86, 90, 91, 104, 116, 117, 127, 128, 132, 133, 134, 136, 139.  
Eritema: 95, 96, 98.

Exames laboratoriais: 34, 35, 62, 66.  
Fatores de Risco: 35, 44, 45, 96, 98, 140.  
Fisiopatologia: 98, 122, 125, 128.  
Fluxograma: 87, 88, 104, 106, 109, 110, 112, 115, 116, 135.  
Fotobiomodulação: 96, 99.  
Gestação de baixo risco: 17, 35, 39, 40.  
Gestão em saúde: 42.  
Grau: 42, 51, 54, 72, 96, 97, 98, 99, 101, 104, 112.  
Grupos Focais: 17, 20, 22, 27, 28.  
Imersão: 63, 68, 72, 81.  
Incidência: 95, 99, 139, 140.  
Infecções Sexualmente Transmissíveis: 23, 25.  
Infecção: 107, 110, 119, 125, 126.  
Inflamação: 95, 96, 97.  
Inovação em Saúde: 21, 28, 71.  
Inovação: 21, 24, 27, 28, 62, 71.  
Interpretação de exames: 35.  
Intervenções: 26, 40, 57, 74, 82, 90, 99, 124, 125, 126, 127.  
Laranja: 105, 108, 112.  
Lesão por pressão: 17, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 139, 140.  
Manejo: 17, 34, 77, 78, 86, 89, 90, 99, 102, 110, 119, 120, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 132.  
Monitoramento: 21, 48, 63, 67, 119, 123, 124, 125, 126.  
Mucosa: 95, 96, 97, 98, 99.  
Mucosite: 17, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102.  
Nutrizes: 17, 85, 86, 87, 89, 90, 91.  
Oncológico: 17, 95, 96, 97, 99, 102.  
Paciente: 17, 66, 77, 78, 82, 84, 90, 95, 96, 99, 103, 104, 110, 115, 116, 117, 126, 127, 132, 140.  
Pediátrico: 108.  
Pesquisa-Ação: 17, 20, 21, 28, 29, 68.  
Planejamento: 21, 23, 25, 27, 31, 33, 36, 37, 41, 44, 45, 46, 48, 49, 62, 63, 76, 86, 106, 132.  
Pneumonia: 122, 124, 126, 128.  
Política nacional de humanização: 103, 117.  
PNH: 103, 106.  
Prática: 17, 28, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 40, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 57, 58, 60, 63, 78, 81, 82, 83, 85, 86, 87, 89, 90, 97, 102, 104, 117, 120, 126, 127, 132, 133, 139, 141.  
Práticas Pedagógicas: 21, 25, 27, 28, 60.  
Pré-natal: 32, 34, 35, 37, 39, 40, 44, 45, 46.  
Prevenção: 21, 23, 24, 26, 28, 62, 64, 66, 107, 132, 133, 140.  
Processo de enfermagem: 86, 87, 139.  
Processos: 27, 48, 51, 57, 64, 65, 96, 104, 110, 132.  
Protocolo: 17, 74, 92, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 115, 116, 117, 121, 123, 124, 126, 129, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 141.  
Qualidade: 36, 44, 45, 51, 62, 63, 64, 65, 67, 82, 85, 89, 96, 97, 99, 116, 126, 131, 132, 140.  
Quimioterapia: 95, 97, 98.

Radioterapia: 95, 97, 98, 99.  
Realidade virtual: 17, 72, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84.  
Registro: 17, 34, 67, 97, 131, 132, 132, 134, 135, 136, 137, 138, 139.  
Revisão: 17, 32, 36, 38, 42, 46, 60, 68, 73, 74, 75, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 92, 97, 102, 103, 104, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 128, 129, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 141.  
Sars-CoV-2: 117, 125.  
Saúde:17, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 73, 74, 76, 78, 80, 81, 82, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 96, 97, 98, 99, 103, 104, 106, 107, 111, 112, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 122, 123, 125, 126, 127, 128, 129, 131, 132, 136, 137, 139, 140, 141.  
Saúde da mulher:17, 32, 34, 39, 40, 41, 42, 44.  
Sistema Único de Saúde:39, 45, 46, 49, 59, 62, 65, 68, 103, 131, 140.  
Segurança:45, 82, 132, 140.  
Sequelas:119, 125, 126, 127.  
Serviços de saúde:41, 63, 64, 65, 67, 68, 103, 104, 126, 127, 131, 132, 133, 140, 141.  
Simulação:73, 77, 80, 82.  
Tecnologia:17, 23, 36, 37, 44, 47, 49, 63, 72, 73, 80, 81, 82, 83, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 120, 123, 125, 128, 132, 133, 136, 137, 138, 139, 141.  
Tecnologia educacional:49, 88, 89, 91.  
Tecnologia social:23, 47.  
Tratamento:17, 66, 74, 78, 82, 83, 84, 95, 96, 97, 99, 102, 119, 120, 124, 125, 127, 131, 133, 134, 136, 138, 139, 140.  
Triagem:111, 116, 117.  
Urgência:26, 44, 45, 104, 105, 106, 111, 116, 117, 118.  
Validação:17, 23, 40, 42, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 57, 59, 90, 91, 92, 131, 132, 133, 134, 135, 140.  
Verde:105, 107, 110, 111, 112.  
Vermelho:107, 111, 112.  
Vídeos:17, 26, 31, 43, 72, 73, 74, 75, 76, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 90.  
Vigilância:17, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 62, 66, 131, 140.

