

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL MESTRADO**

GEISE DOS SANTOS KLIPEL

**ZIPSAÚDE –
EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PACIENTES COM MOBILIDADE PREJUDICADA
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

**Porto Alegre
2021**

GEISE DOS SANTOS KLIPEL

**ZIPSAÚDE –
EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PACIENTES COM MOBILIDADE PREJUDICADA
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Orientadora: Prof.^a Dra. Rafaela Schaefer

Porto Alegre

2021

K65z

Klipel, Geise dos Santos.

ZipSaúde – educação em saúde para pacientes com mobilidade prejudicada na atenção primária à saúde: tecnologia educacional para agentes comunitários de saúde / Geise dos Santos Klipel. – 2021.

71 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2021.

“Orientadora: Prof.^a Dra. Rafaela Schaefer.”

1. Atenção primária a saúde. 2. Agentes comunitários de saúde. 3. Tecnologia educacional. 4. Educação em saúde.
I. Título.

CDU 614.253.5

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Bibliotecária: Amanda Schuster – CRB 10/2517)

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária de Saúde
AVA SUS	Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS
CMS	Conselho Municipal de Saúde
EPS	Educação Popular em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNEPS	Programa Nacional de Educação Popular em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visita Domiciliar

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma de seleção e estudos Fase 2.	32
Figura 2	Página inicial do website ZipSaúde.	36
Figura 3	Conteúdo relacionado ao eixo Habilidades Pessoais.	37
Figura 4	Post do Eixo Políticas Públicas em Saúde.	38
Figura 5	Gráfico de validação campo Intencionalidade.	44
Figura 6	Gráfico de validação campo Apresentação	45
Figura 7	Figura 7: Gráfico de validação campo Intencionalidade	46

AGRADECIMENTOS

Ao meu esposo Geder Evando Gomes Weber por sua parceira, por sempre me incentivar a ser melhor, por cuidar de nossos filhos e de nossa casa quando eu não estava presente, me suprir com sua atenção e paciência e me “buscar” sempre que eu me distanciei demais.

Aos meus filhos Helen e Heitor por serem sempre compreensivos em minhas ausências e por me darem tanto do seu amor.

A enfermeira Suzete Maria Peretti Rodini que foi, é e sempre será meu exemplo profissional.

As Unisinos que me proveu com excelentes mestres e doutores para trilharem comigo os caminhos que me fazem hoje melhor que ontem e amanhã melhor do que hoje, pois aprendi a caminhar.

Meu muito obrigada a todos. Meu coração se enche de amor e gratidão por ter cumprido mais esta etapa.

RESUMO

As tecnologias educacionais de informação têm potencial de propiciar a continuidade de acesso a informação de qualidade, no momento em que a situação é vivida pelo profissional Agente Comunitário de Saúde. Tal produto proporciona, além do acesso à informação em saúde, crescimento pessoal do profissional, melhorando assim a qualidade das ações e a eficácia da orientação, sendo considerado dispositivo transformador do trabalho. Este estudo, teve como objetivo construir e validar um website de tecnologia educacional em saúde para Agentes Comunitários de Saúde no cuidado aos pacientes com a mobilidade prejudicada. Para tanto, foi dividido em quatro fases, que buscaram responder questões específicas: na fase 1, buscamos investigar as demandas dos Agentes Comunitários de Saúde relacionadas ao atendimento à população com mobilidade prejudicada, por meio de entrevista. Na fase 2, buscamos relacionar as necessidades identificadas com as recomendações científicas disponíveis, por meio de revisão de literatura. Na fase 3, desenvolvemos a tecnologia educacional do tipo website, que denominamos zipsaúde, a qual serviria para hospedagem dos posts educacionais desenvolvidos com o material das fases anteriores. Na fase final, denominada fase 4, realizamos um estudo de validação da tecnologia educacional desenvolvida por meio de pareceres de juízes especialistas e juízes de outras áreas. A tecnologia desenvolvida tem potencial educativo, por conter dicas e cuidados de saúde de fácil acesso, tem potencial de auxiliar os Agentes Comunitários de Saúde no planejamento de suas visitas e melhorar, assim, a qualidade dos serviços prestados pela Atenção Primária no atendimento às pessoas com a mobilidade prejudicada.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde; Agentes Comunitários de Saúde; Tecnologia Educacional; Educação em Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.2 OBJETIVOS	10
1.2.1 Objetivo Geral	10
1.2.2 Objetivos Específicos	10
1.3. JUSTIFICATIVA	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
2.1 A CONTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	13
2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE	14
2.3 A ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	16
2.3.1 A importâncias do ACS na educação em saúde no contexto dos usuários com mobilidade prejudicada	18
2.4 FERRAMENTAS PARA QUALIFICAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	19
3 METODOLOGIA	21
3.1 FASE 1	21
3.2 FASE 2	22
3.3 FASE 3	24
3.4 FASE 4	24
3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	25
4 RESULTADOS	27
4.1 FASE 1	27
4.2 FASE 2	30
4.3 FASE 3	36
4.3.1 Desenvolvimento de Conteúdo para os Posts.	37
4.3.1.1 Políticas públicas	39
4.3.1.3 Reorientação dos Serviços de Saúde.....	40
4.3.1.5 Habilidades pessoais.....	41
4.4 FASE 4	43
4.4.1 Avaliação da tecnologia com base nos itens de validação	43
4.4.1.1 Intencionalidade	44
4.4.1.2 Apresentação	44
4.4.1.3 Relevância.....	45

5. DISCUSSÃO	47
6. APRESENTAÇÃO DO PRODUTO	50
7. CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS	53
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTAS A ACS - FASE1	62
APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - ACS	63
APÊNDICE C – CARTA CONVITE AOS JUÍZES	65
APÊNDICE D - ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO - IVC - FASE 4 – ÁREAS AFINS	66
APÊNDICE E- ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO - IVC - FASE 4 - SAÚDE	68
APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - JUÍZES	70

1 INTRODUÇÃO

O processo de construção do sistema de saúde brasileiro foi firmado no ano de 1988, por meio da Constituição Federal. Trata-se de um sistema com o objetivo de promover uma assistência em saúde abrangente e descentralizada, com ações preventivas e curativas (PAIM *et al.*, 2011). Considerando o foco nas ações preventivas foi implementado o Programa Saúde da Família (PSF), para reestruturar a assistência à saúde no país. Em 1998, o programa se transforma em Estratégia de Saúde da Família (ESF), cujo trabalho é focado em ações para realizar a educação em saúde e, assim, instituir a cultura de autonomia e promoção à saúde já idealizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e formalizada por meio de documentos como a declaração Alma-Ata de 1978 e as Conferências Mundiais de Saúde (STEDILE *et al.*, 2015).

As ESF contam com equipe multiprofissional, dentre eles o profissional Agente Comunitário de Saúde (ACS). Considerado como elo entre a comunidade e as equipes, esse profissional carrega a responsabilidade de conhecer os recursos e as fragilidades do seu território e de sua população de abrangência, além de educar a população no sentido de fornecer um caminho para o saber científico adentrar as residências de forma sutil e eficaz. A rotina de trabalho do profissional ACS é constituída por diversas tarefas como mapeamento de território, identificação de recursos sociais, cadastro de famílias, identificação de situações de vulnerabilidade, elaboração e desempenho de ações educativas e interação social, promoção da proximidade entre a comunidade e a equipe de saúde, entre outras (BRASIL, 2017).

As complexidades de situações encontradas pelos ACS durante suas visitas são diversas, dentre estas, está o acompanhamento às famílias com familiares incapacitados de sair do leito devido a condições físicas ou mentais. Entre as ações do ACS, está a atenção à saúde destes pacientes e o suporte a suas famílias ofertando apoio *in loco* as dificuldades enfrentadas, bem como as particularidades de cada caso até a chegada da equipe técnica (BRASIL, 2020). Vendruscolo *et al.* (2020), afirma que ações educativas ocorrem durante a prática, e o ACS, como membro da equipe de saúde, tem potencial para desempenhar esse papel uma vez que está próximo dos usuários em momentos de dúvidas na assistência aos familiares e tem condições de reconhecer características importantes na realização

do cuidado. Porém, para tanto, precisa ser instruído para abordar e auxiliar nestas situações, bem como ter acesso a informação.

A capacitação em saúde é uma das estratégias mais utilizadas pelo governo para habilitar os profissionais de saúde para fortalecer seus conhecimentos. Espera-se que o profissional desenvolva novas competências, aumente sua produção e, em especial, sirva de substrato para transformações culturais por meio da educação em saúde. Nesse contexto, ainda no ano de 2009, o governo brasileiro propôs por meio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), uma metodologia de ensino que promove o desenvolvimento de habilidades profissionais com a oferta de cursos de qualificação e a proposta de envolvimento do aprendiz no contexto prático (BRASIL, 2009b).

Entretanto, no contexto de disseminação da informação atual, as mídias e plataformas digitais não são mais vistas como mediadores e sim como agentes da vida social, representando assim um importante instrumento no campo da Educação Permanente em Saúde (EPS). Estes recursos vêm se mostrando como chave para gestão e educação do trabalho, desde que utilizados instrumentos tácitos (*Facebook, Twitter, WhatsApp, YouTube*), para comunidade, trabalhadores e usuários, uma vez que já fazem parte da rotina das pessoas (FRANÇA; RABELLO; MAGNAGO, 2019).

É necessário viabilizar o acesso à informação em saúde pelo profissional ACS, permitindo assim que este tenha condições de transmiti-la ao usuário, embasado no conhecimento científico, dentro do que se espera desse profissional. Nesse contexto, a tecnologia educacional carrega esse potencial de informação e aperfeiçoamento profissional, acrescida do fato de estar sempre disponível ao ACS em sua prática diária. Assim, a utilização de tecnologias educativas pelo ACS pode ofertar segurança ao profissional e qualificar a visita domiciliar com orientações cientificamente comprovadas, ao mesmo tempo em que o capacita na medida em que ocorre a exposição a situação problema, capacitando-o na vida prática. Nesse contexto este projeto tem o objetivo de investigar as necessidades do profissional agente comunitário de saúde no atendimento as pessoas com mobilidade prejudicada e construir e validar uma tecnologia educacional em saúde que atenda suas necessidades.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Construir e validar um website de tecnologia educacional em saúde para agentes comunitários no cuidado aos pacientes com a mobilidade prejudicada.

1.2.2 Objetivos Específicos

a) investigar as demandas relacionadas ao atendimento à população com mobilidade prejudicada na população de agentes comunitários de saúde.

b) relacionar as demandas identificadas com as recomendações científicas disponíveis literatura.

c) desenvolver a tecnologia de informação e educação em saúde.

d) validar a tecnologia de informação e educação em saúde.

1.3. JUSTIFICATIVA

Tendo em vista que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem nas equipes de Saúde da Família a principal estratégia governamental para expansão e consolidação da Atenção Primária (AP), o papel de educador social em saúde realizado pelo ACS assume relevância, revelando a necessidade de empoderar esse profissional para disseminar o conhecimento científico, ressaltando a importância do tema da educação em saúde e a necessidade de ofertar meios de acesso à informação (BRASIL, 2017).

As ações de educação em saúde na APS vêm acontecendo de forma fragmentada, monótona, desconectada e pouco atrativa, tanto para a população geral, como para os profissionais de saúde. A educação em saúde diz respeito a tarefa de trocas entre teorias e práticas de maneira reflexiva, produzindo o conhecimento a partir da realidade vivida e vinculada ao conhecimento científico. As experiências relatadas em estudos vêm demonstrando fragilidades no âmbito da educação profissional e dificuldades em romper com o modelo tradicional de cuidado, evidenciado na medida em que os ACS não apresentam ou apresentam

pouca melhoria de desempenho mesmo após as capacitações tradicionais (PEDEBOS; ROCHA; TOMASI, 2018; FERREIRA *et al*, 2019).

As necessidades de aprimoramento e qualificação do ACS para ruptura da barreira biomédica e visualização da efetividade de suas ações, são relatadas frequentemente na literatura tanto pelo profissional como por seus colegas membros das equipes ou pela população atendida (GONZALES *et al.*, 2015; MACIAZEKI-GOMES *et al.*, 2016; PEDEBOS; ROCHA; TOMASI, 2018). Atualmente existem no mercado diversos sistemas, softwares e aplicativos, como e-SUS, que são populares entre os ACS em suas práticas diárias demonstrando assim que já existe entre os profissionais uma disponibilidade para o uso desse tipo de produto. Entretanto, a ausência de funções que fornecem informativos, lembretes ou orientações em saúde evidencia uma lacuna na potencialidade desse instrumento (ABREU *et al.*, 2020).

Na assistência aos usuários com a mobilidade prejudicada, os ACS têm condições ofertar apoio ao familiar/cuidador que não possui conhecimentos ou prática para o cuidado. Ele pode realizar ações como: avaliar as condições da moradia no que diz respeito a ergonomia e mobilidades, identificar riscos de queda, sinais de desidratação, medidas de proteção e de contenção, investigar o estresse do cuidador, verificar quadro vacinal, orientar uso de medicações prescritas, entre outros (BRASIL, 2003).

O Ministério da Saúde, por meio da plataforma AVASUS (Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde), oferece cursos introdutórios para ação desses profissionais, entretanto, este recurso está focado na definição de suas funções relacionadas a cadastro e reconhecimento de território, ética e trabalho em equipe. Assim, percebe-se uma lacuna no que diz respeito a manutenção das visitas domiciliares e as informações de educação em saúde que podem ser abordadas durante essas visitas.

Este fato é relevante na medida em que, para poder orientar a melhor forma de desenvolver estas tarefas, é preciso que o ACS esteja capacitado e tenha acesso a informação e conteúdo explicativo/educativo.

As tecnologias educacionais de informação têm potencial de propiciar a continuidade de acesso a informação de qualidade no momento em que a situação é vivida pelo profissional, no caso do ACS proporcionando, além do acesso a

informação em saúde, crescimento pessoal do profissional, melhorando assim a qualidade das ações e a eficácia da orientação. Nesse sentido, o acesso a diferentes recursos, abre possibilidades de educação e é fundamental como um dispositivo transformador do trabalho (VENDRUSCOLO *et al.*, 2020).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo, serão abordados os principais eventos relacionados à implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil, em especial no que diz respeito a Atenção Primária, também a ideia de prevenção das doenças e a implementação das ações de promoção à saúde com foco nas ações dos ACS.

2.1 A CONTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O processo de construção do sistema de saúde brasileiro teve início no ano de 1930, durante o período político conhecido como: "Era Vargas". A partir desse marco histórico, iniciaram-se os primeiros passos na oferta a tratamentos de saúde à população brasileira trabalhadora de zonas urbanas. Com uma história política conturbada, envolta em golpes e ausência de um sistema de saúde, a população brasileira sofria com altas taxas de morbidades, mortalidade infantil, mortes por doenças infecciosas e parasitárias, entre outras. No Brasil, a distinção do reconhecimento a saúde da população brasileira como direito, veio juntamente com a construção da democracia. Chamada de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), a estruturação de um sistema de saúde transcendente que alcança setores afins a saúde como educação e serviço social, iniciou-se no Brasil com o cumprimento desse direito e foi conquistado pela luta da sociedade civil frente aos organismos políticos. Seus princípios e diretrizes estão firmados nos documentos que formalizam a decisão política do Estado: a Constituição Federal Brasileira e as Leis 8080/90 e 8142/90 (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2014).

Com uma proposta política definida e diretrizes firmadas, iniciou-se em 1990, a estruturação e implementação de Sistema Único de Saúde (SUS). O sistema tinha uma ampla gama de funções: realizar ações de promoção e prevenção em saúde, controle de vetores, educação sanitária, assegurar a continuidade do cuidado nos três níveis de atenção estabelecidos: primário ou baixa complexidade, secundário ou média complexidade e terciário ou alta complexidade. Depois, fortalecido pela diretriz de descentralização do SUS, foi lançada na Atenção Primária (AP) o Programa Saúde da Família (PSF) como instrumento governamental de remodelação do sistema de atenção à saúde do país (PAIM *et al.*, 2011).

Posteriormente transformada em estratégia, a saúde da família busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir em fatores que colocam a saúde da população em risco por meio de uma assistência integral, contínua e equânime. Considerada porta de entrada do sistema de saúde brasileiro, a AP está inserida na comunidade por meio da Unidade Básica de Saúde (UBS) com responsabilidade e capacidade para resolver a grande maioria das queixas comuns da população e, se for necessário cuidado de nível mais avançado, a unidade faz este caminho (BRASIL, 2017; PAIM *et al.*, 2011).

2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE

Os conceitos de promoção à saúde tiveram início após a definição de saúde adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1947 e a declaração Alma Ata em 1978, que estabeleceram o conceito para além da saúde biológica, atingindo os meios sociais e econômicos. Com o conceito de saúde definido e a declaração Alma-Ata referendando a promoção em saúde, iniciou-se um movimento mundial de pesquisas que buscavam identificar os fatores relacionados à promoção e melhoria da qualidade de vida da população, dando origem a Primeira Conferência Internacional de Saúde, realizada em Ottawa no Canadá em 1986, onde redigiu-se a Carta de Ottawa, na qual encontra-se o conceito promoção da saúde como:

[...] o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (BRASIL, 2002, p. 20)

A formulação deste documento e a formulação do plano de promoção à saúde baseado em cinco eixos, oportunizou para que diversos outros fossem elaborados por pesquisadores em conferências de saúde posteriores. Essas conferências referendaram tanto os conceitos estabelecidos anteriormente quanto os indicadores de saúde da população como referência de desenvolvimento social e

econômico, bem como a ideia de saúde como direito de todos, da responsabilidade governamental de garantir o acesso à saúde e a participação popular como ferramenta na democratização da saúde e responsabilidade social. Além disso, foram discutidas as participações de instituições de ensino na popularização da saúde e instrumentos que pudessem proporcionar a participação popular como a Instituição de Conselhos de Saúde. Cabe citar a Rede Megapaíses constituída pela OMS em 1998, que era composta pelos onze países mais populosos do globo com missão de fortalecer a capacidade de promoção da saúde, nos âmbitos mundial e nacional, no sentido de ampliar a oferta de saúde às populações (BRASIL, 2002).

No Brasil de 1998, momento da criação da Rede Megapaíses, os movimentos políticos de implementação do SUS já estavam em andamento. Esses movimentos corriam com ações centradas nos princípios de descentralização, participação popular e equidade, com a necessidade emergente de diminuição da mortalidade materna e infantil. Assim, inspirado em experiências existentes em São Paulo, Mato Grosso do Sul, Ceará e Paraná, o Ministério da Saúde (MS) havia lançado em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 1994, iniciou a implementação da Saúde da Família, a princípio denominado Programa de Saúde da Família (PSF), com acelerada cobertura em todas as regiões e estados, transformou-se em Estratégia de Saúde da Família (ESF). O programa ESF tinha como requisito a existência de Conselho Municipal de Saúde (CMS), garantindo a participação popular, respeitava as diretrizes de territorialização e descentralização do SUS e estabeleceu um profissional de nível superior como referência aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2014)

As equipes de saúde da família são compostas por um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde de família e comunidade, um auxiliar ou técnico de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, além de equipe de saúde bucal (odontólogo generalista ou especialista em saúde da família e mais auxiliar ou técnico de saúde bucal). As equipes de saúde da família trabalham em unidades de Saúde da Família, que atuam em áreas geográficas definidas e com populações adstritas. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família. Cada equipe de

Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área. (BRASIL, 2017)

Em 2018, a Declaração de Astana abordou a relevância da atenção básica e reafirmou o compromisso global para seu fortalecimento. Nesse documento, a comunidade global assume compromissos importantes relacionados ao envolvimento e comprometimento social com a saúde e sua promoção. Com vistas a promoção de saúde por meio da atenção básica, a comunidade global se compromete a fazer uso de tecnologias diversas ampliando a gama de serviços de saúde disponíveis e acessíveis (OMS, 2018; OPAS, 2020).

2.3 A ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

A ação na comunidade é considerada como ponto central na promoção de políticas públicas saudáveis no sentido de que, ao proporcionar informação as pessoas no nível de sua alfabetização, seria possível maior compreensão dos conceitos de saúde. Assim, o ACS, ao situar-se entre saberes técnicos e populares, é tido como potencializador das ações de educação popular em saúde. Ao mesmo tempo que faz parte da equipe de saúde, também faz parte da comunidade, destacando-se no papel de agenciador de ações, trabalhando entre setores para práticas de promoção a saúde. Para realizar um bom trabalho o ACS deve conhecer bem o território (recursos, problemas, potencialidades), deve ser ativo e ter iniciativa, gostar de aprender e ensinar, ser observador, empático, agir com respeito, ética frente a comunidade e aos colegas profissionais. (BRASIL, 2002, 2017)

O ACS é um dos instrumentos de promoção à saúde do sistema brasileiro. Dele são esperadas ações que contribuam para proporcionar autonomia ao indivíduo e à família, com informações que tornem a comunidade capaz de optar por comportamentos que favoreçam a saúde e estejam relacionadas ao modo de viver, trabalhar e socializar. Dele também é esperado que identifique populações vulneráveis, situações de riscos ou que aumentem os riscos de as pessoas adoecerem. (BRASIL, 2009a)

O processo de trabalho do ACS inicia com o reconhecimento do território e o cadastramento das famílias, mais do que uma simples coleta de dados, é nesse

momento que o profissional deve buscar conhecer as características de sua comunidade, sobre as quais ele planejará ações futuras e programará suas visitas domiciliares. Esse momento, da visita domiciliar, é de extrema importância no trabalho, pois é durante a visita que ele criará o vínculo necessário para conseguir se aproximar da família, construir uma relação de respeito a crenças e costumes e, assim, ofertar o acesso as informações em saúde que ele carrega consigo e da equipe de saúde. Para que esse momento possa ser devidamente aproveitado, a visita domiciliar (VD) precisa ser planejada e organizada pelo profissional conforme a necessidade de cada família, identificada no momento do cadastro e acompanhada durante as visitas. (BRASIL, 2009a)

Em estudos realizados com o intuito de investigar o papel do agente comunitário na vigilância do território e continuidade do cuidado, os ACS demonstraram reconhecer o propósito de seu trabalho, porém os relatos também demonstraram dificuldade em perceber a efetividade e o processo pelo qual suas ações devem ocorrer. Também demonstraram condições de proporcionar a proximidade entre os serviços de saúde e a comunidade, auxiliando na busca de diagnósticos em pacientes ou identificando crianças em situação de risco, por exemplo. (GONZALES *et al.*, 2015; MACIAZEKI-GOMES *et al.*, 2016)

Um aspecto importante é o relato de ACS que se percebem, entre si e pela comunidade, como agentes facilitadores no acesso as consultas médicas, aquele que traz e leva insumos da unidade ou que tem as informações atualizadas sobre as agendas das unidades (horários, de funcionamento, disponibilidade de insumos, etc.). É clara a dificuldade dos profissionais ACS em realizar ações de promoção e educação em saúde. Os agentes relataram pouco tempo de capacitação para função, desvalorização profissional (tanto por parte da equipe como da comunidade), além de terem demonstrado não ter conhecimento concreto dos conceitos de suas práticas e de dificuldade em separar a vida pessoal e profissional. Ainda com os pés arraigados em conceitos biomédicos e uma cultura impositiva para saúde, muitos demonstram não ter consciência real de sua função educadora e não percebem eficácia em seus encontros com a população. A exemplo disso, os ACS demonstram necessidade de levar algum recurso técnico (como aferição de pressão ou teste rápido de glicose) para as famílias visitadas ou ofertar algo mais palpável do que a informação. (GONZALES *et al.*, 2015; MACIAZEKI-GOMES *et al.*, 2016)

Uma das fragilidades do processo de trabalho dos ACS evidencia-se na força com que a cultura biomédica ainda está arraigada nos profissionais, que referem demandas por capacitações em procedimentos técnicos. A literatura chama atenção quando relata que os ACS demonstram não se lembrar de transmitir orientações quanto a saúde durante suas visitas, mesmo após terem sido capacitados (PEDEBOS; ROCHA; TOMASI, 2018).

2.3.1 A importância do ACS na educação em saúde no contexto dos usuários com mobilidade prejudicada

No contexto de trabalho das equipes de saúde das quais os ACS fazem parte, é comum os profissionais se depararem com situações complexas pelas características clínicas dos pacientes (acamados e dependentes de cuidados). As famílias que recebem um familiar acamado ou dependente de algum dispositivo de saúde, reconhecendo o ACS como recurso e provedor de acesso às informações de saúde, frequentemente buscam o profissional para obter orientações e organizar sua rotina (BRASIL, 2013). Em estudo realizado por Souza *et al.* (2014), os pesquisadores constataram que, ao serem questionados sobre saber cuidar de seu familiar, 60% dos entrevistados declararam não saber cuidar. Assim, recai sobre as equipes de saúde a responsabilidade da educação em saúde para essas famílias e educação para o cuidado.

O auxílio às famílias para realização do cuidado no domicílio requer das equipes domínio de ferramentas como: acolhimento para além de sua definição de acolher, para perceber a dor, o sofrimento e as necessidades daquele que está sob cuidado; clínica ampliada, para perceber no ambiente familiar recursos e possibilidades que promovem o cuidado e facilitam a rotina familiar, respeitando saberes e estimulando a autonomia; além do conhecimento e uso do apoio matricial e a utilização de um projeto terapêutico singular (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, o olhar do profissional para a família do paciente em cuidado domiciliar precisa ser sistêmico, reconhecendo os tipos de famílias, relações de autoridade e cargo de tarefas, a fim de dividir o cuidado e a responsabilidade. Usuários que perderam a mobilidade frequentemente possuem sequelas de doenças crônicas, podem estar com comprometimento nutricional, motor, em uso de dispositivos como sondas e drenos, necessitar de troca frequente de curativos,

fraldas ou fazer uso de polifarmácia, entre outros. Todos esses cuidados requerem resposta rápida das equipes de saúde na atenção a estes pacientes, a fim de otimizar o cuidado prestado pelo familiar, promover a reabilitação precoce, diminuir de taxas de reinternação e prevenir o óbito por causa iatrogênica (BRASIL, 2013).

O ACS, como membro da equipe de saúde e profissional de maior vínculo com as famílias, se bem equipado de informações e conhecimento, é capaz de prestar as primeiras orientações aos familiares, reconhecer recursos e auxiliar na organização do ambiente para atender à necessidade da nova realidade familiar. Para tanto, é necessário prover ao profissional conhecimento sobre questões que devem ser observadas diariamente no cuidado para a promoção da saúde e a prevenção de complicações, como por exemplo a organização do ambiente domiciliar, cuidados necessários para retirada do paciente do leito bem como a importância da prática, medidas de contenção que auxiliem na proteção e prevenção de lesão entre outros.

2.4 FERRAMENTAS PARA QUALIFICAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

A incorporação do profissional ACS ao SUS pelo Ministério da Saúde (MS) no início da década de 90, definiu que estes trabalhadores deveriam cumprir alguns requisitos formais: residir há pelo menos 2 anos na comunidade onde atuaria; ter idade mínima de 18 anos; saber ler e escrever; ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades. Estes requisitos eram exigidos independentemente do nível de escolaridade, que ficavam a critério do órgão organizador do processo seletivo e sendo o único pré-requisito como formação o saber ler e escrever (BRASIL, 1997).

Os dados obtidos pelo Ministério da Saúde acerca da escolaridade destes trabalhadores, revelaram um perfil onde aproximadamente 60% possuem ensino médio completo ou incompleto, 18%, o ensino fundamental completo e 22% estão por concluir o ensino fundamental (BRASIL, 2004). Cabe colocar aqui que, no ano de 2002, por meio da Lei Federal 10.507 foi criada a profissão de Agente Comunitário de Saúde e o ensino fundamental tornou-se obrigatório.

Segundo a Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997, o enfermeiro é o supervisor responsável pelo trabalho do ACS (BRASIL, 1997). O papel de

supervisor está diretamente relacionado ao apoio no processo de aprendizagem do ACS, acompanhamento de ações e atividades educativas em saúde. Assim, o profissional enfermeiro assume as responsabilidades tanto de supervisor como de instrutor, frente ao ACS. A literatura ressalta diversas fragilidades nesse processo: os enfermeiros relatam dificuldades quanto a fiscalização do trabalho do agente, dificuldade em realizar controle de horários e tempos de visitas, além de dificuldade em fazer com que cumpram as demandas. Houveram também relatos de dificuldades em realizar uma supervisão adequada, uma vez que não possuem maneiras de mensurar a qualidade do trabalho realizado pelos agentes durante as visitas ou de orientar a melhor maneira de fornecer a informação em saúde. Durante as falas é frequente o relato de ACS que se deparam com situações que já viveram e para as quais já teriam prática e saberiam como agir, propiciando a aplicação do saber popular em detrimento do saber científico, ocasionando assim uma possível propagação de informações fragmentadas ou equivocadas (PEDEBOS; ROCHA; TOMASI, 2018).

Nesse contexto, o enfermeiro se vê como supervisor de um profissional que não pode ser supervisionado ou fiscalizado em sua prática, com pouca autonomia sobre a crença popular e sem respaldo legal para realizar o manejo da equipe de ACS quando esse não aceita o saber científico como soberano ou não expõem aos demais membros da equipe suas fragilidades referentes ao conhecimento específico (SILVA, et al., 2014).

Assim, as expectativas referentes ao trabalho desse profissional são muitas, divididos entre saberes técnicos e populares, sem formação específica em área social ou área da saúde e frequentemente com baixo grau de instrução. O SUS deposita sobre o agente muitas expectativas e sobre o enfermeiro a grande responsabilidade de capacitar e supervisionar esse profissional (SILVA *et al.*, 2014).

Apesar de existir a recomendação oficial para que toda equipe de estratégia em saúde da família passe por capacitação específica ou treinamento introdutório, a responsabilidade por esse movimento fica a critério de cada gestor por meio da educação permanente. Assim, o processo de formação do ACS em específico ainda é desestruturado e frequentemente parece ser insuficiente para o desenvolvimento das diversas competências necessárias para o desempenho da função (MACIAZEKI GOMES *et al.*, 2016).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório metodológico, para a construção e validação de uma tecnologia educacional. Os estudos dessa natureza têm início em um fenômeno de interesse do pesquisador, que examina a natureza deste, seu comportamento e os eventos com os quais se relaciona. No estudo metodológico, o pesquisador busca a elaboração de um instrumento confiável, preciso e utilizável para construção de seu instrumento de trabalho ou de sua intervenção (POLLIT; BECK, 2019).

Este estudo será composto por quatro fases, que buscam atingir os objetivos propostos: Fase 1 - Estudo qualitativo descritivo; Fase 2 - Revisão de literatura; Fase 3 - Construção da tecnologia; Fase 4 - Validação da tecnologia. Cada fase é detalhadamente descrita a seguir.

3.1 FASE 1

A fase 1 busca responder o primeiro objetivo específico e, para isso, realizamos um estudo qualitativo descritivo. Estudos de natureza qualitativa buscam investigar com métodos criativos e sensíveis as possíveis respostas a questão norteadora a partir da interpretação dos atores (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2010).

Nesta etapa entrevistamos, por meio de questionário no google forms, ACSs de qualquer ESFs do país, com amostra não randomizada intencional dessa população. Assim, podemos considerar todas as respostas de agentes que tenham finalizado as etapas de cadastro populacional e/ou estejam acompanhando aos usuários por meio de VD, sem limitação de território ou faixa etária. São considerados critérios de exclusão, não ter tido contato com pacientes acamados há mais de um ano durante as atividades laborais, considerando que sem o contato com estes pacientes a agente não terá como responder nossas questões de forma fidedigna. A população de agentes comunitários pôde ser abordada a partir do contato da pesquisadora com ACSs de seu meio de trabalho e replicada por meio da aplicação da técnica "bola de neve" no qual, de acordo com Bienarcki e Waldorf (1981 *apud* ALBUQUERQUE, 2009), utiliza-se uma cadeia de referências, ou seja,

um indivíduo indica outro com expertise de área afim, aplicado em redes sociais de acesso comum as ACSs, como grupos de *Facebook* e *Whatsapp*. Para coleta de dados utilizamos questionário semiestruturado, disponibilizado na ferramenta digital *Google Forms* (ANEXO 1). Esse método permite o acesso online até que seja atingido o ponto de saturação e, ao mesmo tempo, permite a liberdade de expressão da população pesquisada sem receio de exposição baseadas no aspecto de confidencialidade da pesquisa. Para acesso ao questionário é necessário a leitura do TCLE - Termo de consentimento Livre e Esclarecido – (Apêndice A) e o clique no botão de concordância, para só então ter acesso ao instrumento de pesquisa.

A questão de pesquisa a ser investigada diz respeito a atuação do ACS: Que orientações sobre educação em saúde, relacionados ao paciente com a mobilidade prejudicada, são compartilhados/construídos pela população de ACS junto às famílias acompanhadas? Para responder à questão, optamos por realizar um levantamento que, de acordo com Gil (2009), caracteriza-se pela interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer. Basicamente, procede-se à solicitação de informações a um grupo de pessoas acerca do problema estudado para, em seguida, mediante análise qualitativa, obterem-se as conclusões correspondentes aos dados coletados.

A análise de conteúdo, proposta por Bardin (2016), possibilita avaliar a frequência com que os termos aparecem nas respostas dadas e produzir categorias resultantes dos agrupamentos de palavras, compreendendo o significado das falas mediante uma interpretação mais profunda, que transcende a descrição das mesmas. Para esta análise, utilizamos o agrupamento de falas e analisamos as respostas buscando identificar os aspectos comuns, as fragilidades de conhecimento trazidas e as necessidades relatadas pela população entrevistada.

3.2 FASE 2

A fase 2, busca responder o segundo objetivo específico e, para isso, será realizada uma revisão de literatura. Esse método tem o benefício de proporcionar a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (SOUZA *et al.*, 2010). Trata-se de um tipo de

pesquisa desenvolvido com base em material já elaborado, constituído principalmente por artigos científicos. Pesquisas com essa característica propõem a análise sobre diversas posições acerca de um problema e permite uma ampla cobertura de informações (GIL, 2009).

A revisão de literatura foi desenvolvida em seis etapas: elaboração da questão norteadora, busca da literatura científica, coleta de dados, análise dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão em um organograma de estudos (SOUZA *et al.*, 2010).

A questão norteadora foi elaborada considerando a estratégia SPIDER, projetada para estruturar perguntas de pesquisas qualitativas com foco no desenho do estudo e na amostra sendo: S = amostra, PI= assunto de interesse, D= desenho do estudo, E= avaliação, R= tipo de pesquisa (CAMARGO, *et.al.* 2017).

A estratégia de busca foi construída conforme os resultados da fase 1, abordando os temas trazidos pelas ACSs. Para tal, realizamos busca escalonada mediante o acesso virtual às bases de dados, com base na hierarquia da Pirâmide 6s (DICENSO; BAYLEY; HEYNES, 2009) que classifica a evidência com base na qualidade metodológica. Os critérios que utilizamos para inclusão foram: estudos originais com texto completo disponível, produzidos ou revisados no período de até cinco anos, período estipulado com o propósito de identificar estudos atuais, sem restrição de língua. Excluimos estudos não originais como publicações de editoriais, resenhas, conteúdos de blogs. A coleta dos estudos foi feita por meio da redução de dados onde se realiza a exclusão de artigos duplicados, leitura dos títulos e resumos, determinando se há contaminação por fatores irrelevantes para o problema e as variáveis definidas. Após, realizamos a análise dos estudos por meio de leitura minuciosa a luz dos cinco eixos/campos de ação de promoção a saúde definidos na Carta de Ottawa (BRASIL, 2002). Para organização do conteúdo final, será utilizado um quadro instrumento elaborado pela pesquisadora contendo o eixo de referência da Carta de Ottawa relacionado ao conteúdo pesquisado na fase 1, ao referencial teórico pesquisado na fase 2 e ao conteúdo elaborado para o website educativo:

3.3 FASE 3

A fase 3, busca cumprir o terceiro objetivo específico, que é o desenvolvimento de um portal educativo do tipo website com o conteúdo agregado até o momento. Considerando que a informação proveniente da internet pode ser frequentemente de baixa qualidade e geradora de efeitos negativos no âmbito da saúde aqui podemos elaborar e direcionar as informações aos profissionais ACS, com qualidade metodológica e promover a compreensão do processo saúde e doença, hábitos de vida saudáveis e promoção da saúde (MELO; FONSECA; SILVA, 2017).

A atualização do portal será realizada conforme a demanda dos usuários por meio de questionamentos e/ou surgimento de novos recursos. Pretende-se, com o tempo, incluir recursos multimídia, hyperlinks, além de outros temas relevantes ao público de ACS. Pretende-se divulgar o portal por meio de post impulsionado em redes sociais como *Facebook*, *LinkedIn* por meio da técnica “bola de neve” (1981 *apud* ALBUQUERQUE, 2009) entre os contatos da pesquisadora (com vistas a divulgação entre enfermeiros, para que possam contribuir com sugestões e divulgar para seus ACSs), grupos de *Wattssap*, entre outros.

3.4 FASE 4

A fase 4, busca responder ao quarto objetivo específico e identificar se o Website está adequado para ser utilizado pelo público-alvo. Para isso, realizamos um estudo de validação, conforme proposto por Teixeira e Mota (2011). Este tipo de estudo busca a concordância entre juízes-especialistas de áreas afins - área da saúde, design, educação e tecnologia da informação - com experiência profissional no tema e responsabilidade de avaliar a qualidade do produto quanto ao conteúdo teórico e comunicação. O número de juízes será definido de acordo com Pasquali (1997) que define como recomendável o número de seis a vinte juízes, sendo três de cada área.

Os juízes foram convidados a validar a tecnologia por meio de carta convite (Apêndice B) e utilizamos o método Delphi que mantém sigilo entre as respostas dos juízes que, após serem sintetizadas pelo pesquisador são devolvidos aos juízes até que haja concordância mínima de 70% entre eles (Alexandre e Coluci, 2011).

Após a concordância em participar, os juízes recebem acesso ao formulário *google forms* com TCLE (Apêndice D) e, após o aceite, recebem acesso à versão da tecnologia e do instrumento de validação específico para cada perfil de juiz – saúde ou áreas afins.

No contexto dos juízes especialistas da área da saúde convidamos profissionais com experiência na APS, a fim de validar a dimensão técnico científica do conteúdo. A falta de experiência em atendimento à população com perda da mobilidade e o afastamento por motivo de doença foram considerados como critérios de exclusão. Para os juízes das áreas afins, consideramos como critério de inclusão possuir expertise em sua área e alguma experiência prévia de atuação com temas relacionados à saúde. Estes juízes terão a responsabilidade de validar o conteúdo na dimensão didática-ilustrativa e semântica (TEIXEIRA, 2011).

A validação se dará por meio de Índice de Validade de Conteúdo (IVC) (Apêndice C). O IVC mede a proporção em que os juízes estão em concordância sobre os aspectos da tecnologia e seus itens. Com escala Likert, os juízes avaliam a relevância da tecnologia, sendo: 1 = não relevante ou não representativo, 2 = item precisa ser muito revisado para ser representativo, 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo, 4 = item relevante ou representativo. Os juízes também poderão deixar sugestões dos itens avaliados, conforme sugerido por Alexandre e Coluci (2011).

O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados com pontuação 3 ou 4 pelos especialistas, dividido pelo número total de respostas. Itens de pontuação 1 ou 2 são eliminados ou revisados. Para que o website seja considerado aprovado, deve alcançar o grau mínimo de 70% de concordância, conforme proposto por Teixeira *et al.* (2016).

3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo segue a Resolução nº 466/2012, que regulamenta pesquisas com seres humanos no Brasil. (BRASIL, 2013). O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Rio dos Sinos e aprovado pelo comitê de ética em outubro de 2020.

Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e os métodos

adotados para a pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi incluído nos formulários online, sendo que a participação no estudo se deu mediante o ato de clicar na opção '() aceito participar do estudo'. Somente depois disso, os participantes tiveram acesso ao conteúdo do estudo. Assim, os ACS receberam o documento (Apêndice A), bem como os juízes-experts (Apêndice B, C, D e E).

Os riscos aos participantes foram considerados pelo comitê como mínimos e relacionados a possibilidade de constrangimentos ao responder as questões e a exposição de dados coletados no caso de invasão de hackers. A pesquisadora ficará sempre à disposição para esclarecer dúvidas e necessidades relacionadas ao estudo. Além disso, os participantes poderão desistir de participar da pesquisa em qualquer etapa, sem que isso acarrete qualquer prejuízo ou constrangimento.

Os benefícios do estudo foram relacionados as possibilidades de os entrevistados serem instigados a refletir sobre sua prática profissional e se beneficiarem do processo reflexivo de forma produtiva. Os resultados foram apresentados a instituição em estudo e podem vir a serem publicados em eventos científicos e/ou em periódicos.

4 RESULTADOS

A seguir estão descritos os resultados encontrados em cada fase do estudo, bem como a tecnologia resultante do processo.

4.1 FASE 1

Esta fase da pesquisa iniciou em dezembro do ano 2020 e foi encerrada em janeiro de 2021 com $n = 23$, sendo que um (1) participante não concordou na assinatura do termo. Quanto ao perfil dos respondentes, as idades variaram de 32 a 65 anos de idade, sendo que a maioria declarou atuar no Rio Grande do Sul, fato que pode estar relacionado ao escopo de trabalho da pesquisadora. Referente ao grau de instrução, as ACS declararam em sua grande maioria possuir ensino médio.

Em relação a assistência aos pacientes com perda de mobilidade, ao serem questionadas se tem em seu território paciente acamados ou domiciliados que pudesse ser caracterizado com mobilidade prejudicada, que necessitam de cuidados de terceiros, a maioria declarou não possuir pacientes com este perfil no momento da entrevista, entretanto, na questão seguinte, que dizia respeito a frequência com a qual esse perfil de pacientes existe no território, declararam: sempre ou quase sempre.

Em questão específica sobre as orientações dadas ao paciente com mobilidade prejudicada e familiares, as ACS declararam que transferem ao técnico de enfermagem da sua Unidade de Saúde ou ao enfermeiro a função de orientar, não tomando para si esta responsabilidade. A maioria dos entrevistados afirmou solicitar apoio da equipe quando tem estas demandas em reunião de micro área ou abordagem direta ao profissional de saúde. Declararam ofertar apoio à família, porém, somente após falar com a equipe da unidade. Alguns agentes também declararam buscar informações de sua memória adquirida em capacitações para apoiar as famílias. Quando necessário apoio da equipe na unidade, a enfermeira foi citada como referência mais buscada.

Ao serem questionados quanto ao tipo de informações que os agentes consideram importantes e entregam em suas famílias visitadas, a grande maioria relatou ofertar orientações sobre: rotinas da casa e aspectos aos quais o cuidador deve estar atento no dia a dia, mudança de rotina para toda família, vacinação, cuidados para troca

de decúbito, prevenção de lesão por pressão, cuidados com alimentação por sonda, funcionamento da unidade, recursos humanos e insumos disponíveis na unidade, risco de queda, cuidados na administração de medicações, como demonstrado nas falas:

“Eu falo sobre os cuidados com o paciente, massagem nos membros pra evitar úlceras de pressão, como alimentar a pessoa com sonda, como ajudar em relação a higiene pessoal da pessoa”. ACS 8.

“Orientações de HAS e DM, higiene pessoal, mudança de decúbito, uso de óleo de girassol nos idosos acamados, vacinas, dengue, orientações de medicação conforme prescrição, quedas, prevenção de acidentes, distanciamento social, lavagem de mãos, uso de máscaras, higiene bucal”. ACS 2.

“ Eu falo sobre o funcionamento da unidade básica, quando que os médicos e assistente social estão, quais os remédios que tem e demais apoio que necessitam”. ACS 1.

Os entrevistados demonstraram preocupação em ofertar informações referentes aos horários e funcionamento da unidade e preocupação em conversar sobre as rotinas das famílias e cuidadores:

“ Eu falo sobre mudanças na rotina dos envolvidos, funcionamento da UBS, orientações em relação aos cuidados com paciente”. ACS 1.

Relataram, também, desejo de ter melhores condições de orientar sobre assuntos de cunho técnico e social e realizar alguns procedimentos técnicos como demonstrado na fala abaixo:

“Eu gostaria de poder ver PA, medir glicose e temperatura”. ACS 10.

“Eu gostaria de poder ajudar mais a se adaptarem ao novo modo de viver”. ACS 1.

“Gostaria de poder ajudar mais com o psicólogo”. ACS 11.

“Poder ajudar a conseguir coisas logo como cama hospitalar, cadeira de rodas, andador”. ACS 12.

Além de informar melhor sobre o uso de fraldas, cuidados com mudanças de humor, deslocamentos dentro de casa e para serviços, manifestaram desejo de ter um profissional qualificado como psicólogo ou fisioterapeuta durante a visita como nas falas:

“Queria poder fazer a visita aos usuários com mais frequência acompanhada do auxiliar de enfermagem, do fisioterapeuta ou da psicóloga”. ACS 6, 8, 9, 11.

Os entrevistados manifestaram também preocupação com a saúde emocional de seus usuários e de seus cuidadores:

“Seria bom ter um conteúdo no portal pra falar de cuidando do cuidador, pois quem cuida, também precisa ser cuidados” ACS 9.

“Podia ter apoio psicológico pra quem vive com o doente” ACS 12.

As falas trazidas pelas ACS demonstraram insegurança nas orientações em saúde que podem ser passadas por elas bem como, onde podem buscar essas informações. Observou-se que foram citados conteúdos de interesse e não orientações propriamente ditas sobre como agir em alguma situação específica e como essa informação surge no processo de trabalho. Assim, entendemos que as dificuldades das ACS estão relacionadas a compreensão de como orientar o cuidado considerando que não possuem formação específica para saúde. Nesse contexto, identificamos a necessidade de identificar na literatura, quais são as orientações que as ACSs devem oferecer à população no contexto da APS.

Assim, buscaremos responder esta questão na fase 2 de nossa pesquisa relacionando o processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde com os itens que foram citados em suas falas e identificamos como lacunas na sua prática diária sendo estes itens:

- Organização da dinâmica da casa e uso de recursos;
- Apoio de equipe multidisciplinar nas visitas: fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente social;

- Atividades de suporte a saúde, grupos comunitários;
- Prevenção ao risco de queda;
- Cuidados no deslocamento;
- Cuidados com medicações; alimentação, higiene, estímulo a ações e raciocínio;
- Saúde mental;
- Acessibilidade aos serviços: Horários, rotinas e vacinas.

4.2 FASE 2

A fase 2 da pesquisa consisti em uma revisão de literatura para identificar o conteúdo que responde as necessidades de orientações em saúde das ACS na população com mobilidade prejudicada de acordo com os principais tópicos trazidos nas entrevistas. Assim, neste momento do estudo, buscamos identificar recursos educacionais – orientações em saúde - para os temas abordados pelas agentes comunitárias durante suas visitas a pacientes com mobilidade prejudicada.

A pergunta de pesquisa, para esta fase foi elaborada considerando a estratégia SPIDER (S = amostra, PI= assunto de interesse, D= desenho do estudo, E= avaliação, R= tipo de pesquisa) (CAMARGO, *et.al.* 2017) foi definida: “S” relacionado a pacientes com perda de mobilidade; “PI” relacionado a estudos que descrevessem orientações/cuidados; “D” estudos com abordagem quantitativa, qualitativa e/ou mistos; “E” estudos que abordassem o processo de trabalho das ACS; e “R” estudo que citassem a técnica de coleta de dados. Sendo assim, elaboramos a seguinte questão norteadora para a pesquisa: Quais as orientações de educação em saúde realizadas pelos ACSs às pessoas com mobilidade prejudicada no contexto da atenção primária?

Considerando as informações coletadas na fase 1 e os principais temas que as ACSs relataram abordar em suas visitas aos pacientes e familiares de pessoas com mobilidade prejudicada, realizamos busca na plataforma online da Biblioteca Virtual de Saúde – BVS, com os seguintes descritores: ("Atenção Primária à Saúde") AND ("agente comunitário de saúde") AND ("educação em saúde"). Não foram mantidos os descritores relacionados a característica da população “perda da mobilidade” pelo

baixo número de estudos encontrados que faziam referência ao processo de trabalho do ACS com a população específica.

Sendo assim realizamos a busca em biblioteca virtual com os descritores citados e após foi realizada leitura dos artigos um a um, afim de encontrar artigos que abordassem o processo de trabalho do ACS na população específica no contexto da educação em saúde.

Da primeira busca encontramos 83 artigos. O filtro de cinco anos citado no projeto foi excluído devido à baixa quantidade de artigos com temas relacionados ao processo de trabalho do profissional ACS, publicados no período. Na segunda etapa de seleção, foi realizada leitura de títulos e resumos, buscando aqueles que estavam relacionados ao processo de trabalho das ACSs e estes foram relacionados de acordo com os cinco eixos da Carta de Ottawa. Estes estudos foram avaliados separadamente e classificados dentro dos eixos da carta de Ottawa, restando: políticas públicas = 39 estudos, ambientes favoráveis = 23 estudos, habilidades pessoais = 5 estudos, ação comunitária = 7 estudos e reorientação dos serviços = 9 estudos.

Os 83 estudos encontrados foram classificados, excluídos os repetidos de n= 6 e aqueles que não abordavam o tema relacionado ao processo de trabalho do ACS sendo estes n= 64 estudos. Os estudos selecionados para leitura integral e embasamento da tecnologia foram de n=13. Conforme demonstrado na Figura 1:

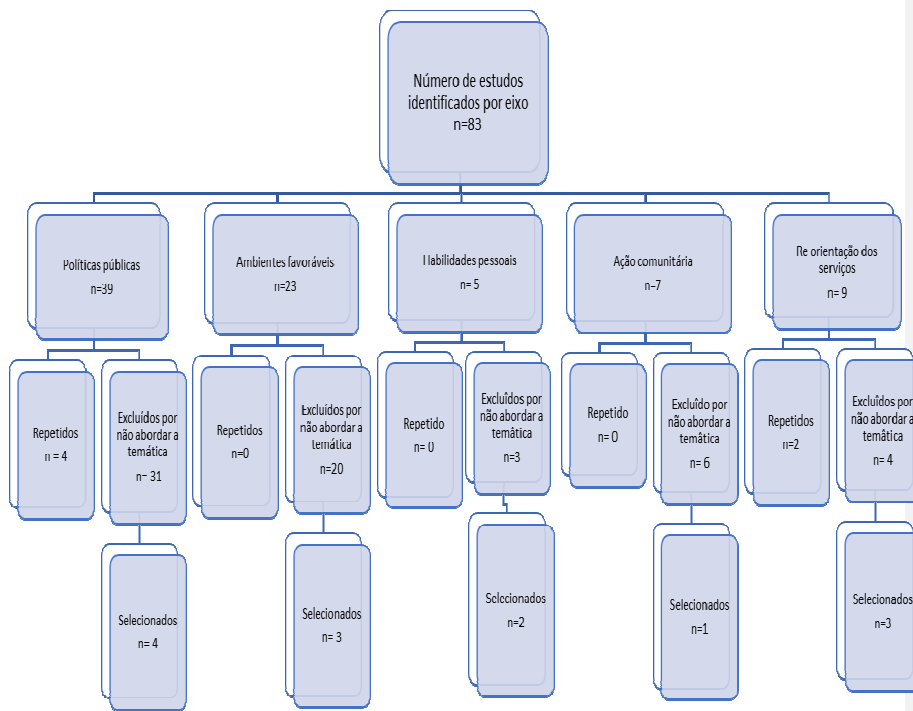


Figura 1: Fluxograma de seleção e estudos Fase 2.
Elaborado pela pesquisadora.

Abaixo, organizamos os temas encontrados nas entrevistas com as ACS na fase 1 com o referencial bibliográfico encontrado na fase 2, que nos serviria de base para produção de conteúdo para o website, e os cinco eixos de promoção saúde descritos pela carta de Ottawa.

Eixo de referência	Conteúdo abordado pelas ACS na fase 2	Referência teórico encontrado na fase 3	Conteúdo portal educativo
Políticas pública saudáveis	Conteúdo não citado	<p>1-Política de educação popular: práticas na Estratégia Saúde da Família / Popular education policy: practices in the family health strategy. Geraldo, Maria Clara Henrique Moreira; Corrêa, Vanessa de Almeida Ferreira; Freire, Mary Ann Menezes; Dias, Juliana Roza; Mello, Alex Simões de; Acioli, Sonia.</p> <p>2-Educação popular como política pública de saúde: uma realidade? / Popular education as a public health policy: a reality. Souza, Thaís Titon de; Rocha, Milia Simielli; Machado, Neila Maria Viçosa; Ros, Marco Aurélio Da.</p> <p>3- Avaliação e monitoramento das práticas de promoção da saúde relacionadas às DANT / Monitoring and evaluation of health promotion practices related to NTDI. Westphal, Marcia Faria; Fernandez, Juan Carlos Aneiros.</p> <p>4-Avaliação de processo educativo sobre consumo prejudicial de drogas com agentes comunitários de saúde / Education process assessment on harmful drug use with community health workers Cordeiro, Luciana; Soares, Cassia Baldini; Oliveira, Elda de; Oliveira, Luiza Carraschi de; Coelho, Heloisa da Veiga.</p>	<p>Importância e relevância de políticas públicas na APS. Uso do PNEPS como alicerce nas práticas da APS. Aumento da autonomia e credibilidade das ACS e redução do modelo biomédico.</p> <p>Produções futuras: Como as políticas impactam a APS.</p>
Ambientes favoráveis à saúde	Organização da dinâmica das residências e uso de recursos	1-Environmental Health Practice Challenges and Research Needs for U.S. Health Departments. Brooks, Bryan W; Gerding, Justin A; Landeen, Elizabeth; Bradley, Eric; Callahan, Timothy;	Descartes de materiais e insumos Fatores de risco e proteção contra quedas Organização do ambiente.

		<p>Cushing, Stephanie; Hailu, Fikru; Hall, Nancy; Hatch, Timothy; Jurries, Sherise; Kalis, Martin A; Kelly, Kaitlyn R; Laco, Joseph P; Lemin, Niki; McInnes, Carol; Olsen, Greg; Stratman, Robert; White, Carolyn; Wille, Steven; Sarisky, John.</p> <p>2- La promoción de salud para la creación de entornos saludables en América Latina y el Caribe / Health promotion for the creation of healthy environments in Latin America and the Caribbean. Coronel Carbo, Jorge; Marzo Páez, Nathaly.</p> <p>3-Educação ambiental e enfermagem: uma integração necessária/ Environmental education and nursing: a necessary integration/ Educación ambiental y enfermería: una integración necesaria. Eveline Pinheiro; Alves, Maria Dalva Santos; Pinheiro, Patrícia Neyva da Costa; Vieira, Neiva Francenely Cunha</p>	<p>Produções Futuras: Preservação de recursos naturais Organização e dinâmicas da residência, dispositivos (uso de sondas, cateteres) e recursos. Uso racional de água e luz. Qualidade da água potável Gestão de águas residuais Casa saudáveis Segurança alimentar Vetores e pragas em saúde pública Saneamento básico Poluição do ar</p>
Reorientação dos Serviços	<p>Apoio de equipe multidisciplinar nas visitas: fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente social, entre outros. Acessibilidade aos serviços. Horários, rotinas, vacinas.</p>	<p>1-Community health workers in rural India: analysing the opportunities and challenges Accredited Social Health Activists (ASHAs) face in realising their multiple roles. Saprii, Lipekho; Richards, Esther; Kokho, Puni; Theobald, Sally.</p> <p>2-Community health workers in Lesotho: Experiences of health promotion activities. Seutloali, Thato; Napoles, Lizeka; Bam, Nomonde.</p> <p>3-Atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no fortalecimento da atenção primária: experiências dos agentes comunitários / Family Health Support Center's work to strengthening of primary care: experiences of community workers. Moreira, Diane Costa; Soares, Daniela Arruda; Castro, Cristiane Pereira de; Bispo Júnior, José Patrício.</p>	<p>O que significa reorientação dos serviços.</p> <p>Produções futuras: Multidisciplinaridade na atenção a população. Interação entre serviços hospitalares, ambulatoriais e de referência. Incentivo a participação e ações grupais em todos os serviços. ACSs nos hospitais e ambulatórios.</p>

Código de campo alterado

Ação Comunitária	Atividades de suporte a saúde, grupos comunitários	1-Bringing Global Health Home: The Case of Global to Local in King Washington County, Washington. Taylor, Adam; Siddiqui, Fareeha.	Passo a passo de como realizar ações coletivas Produções futuras: Temas e locais para as ações checklist para ações coletivas. Ações coletivas com focos em determinantes sociais de saúde. Orientações sobre CLS
Habilidades Pessoais	Prevenção ao risco de queda. Cuidados no deslocamento. Cuidados com medicações, alimentação, higiene, estímulo a ações e raciocínio. Saúde mental	1-Repercussão de uma intervenção educativa com agentes comunitários de saúde nas condições ambientais de domicílios de crianças asmáticas / Impact that an educational intervention carried out by community health agents has on environmental conditions in the households of children with asthma. Coriolano, Maria Wanderleya de Lavor; Lima, Marinus de Moraes; Sette, Gabriela Cunha Schechtman; Sarinho, Emanuel Sávio Cavalcanti; Lima, Luciane Soares de. 2-A construção de objeto de aprendizagem sobre doenças transmissíveis para agentes comunitários de saúde / La construcción de objeto de aprendizaje sobre enfermedades transmisibles para agentes comunitarios de salud / The construction of learning objects on communicable diseases for community health agents. Pacheco, Kátia Cilene Ferreira; Azambuja, Marcelo Schenk de; Bonamigo, Andrea Wander.	Alimentação Fatores de risco para lesão de pele Fatores que dificultam cicatrização e feridas Atividade física em pessoas com perda da mobilidade Cuidados para movimentar no leito Cuidados com a pele Saúde mental: depressão Traqueo Temas futuros: Cuidados na prevenção de sintomas respiratórios. Doenças Transmissíveis. Cuidados no deslocamento Práticas integrativas complementares, autoconhecimento,

Quadro1: Orientações as famílias de pacientes com mobilidade prejudicada a luz dos cinco eixos da Carta de Ottawa.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

4.3 FASE 3

Com base nos dados coletados, a fase 3 foi realizado o desenvolvimento propriamente dito da tecnologia educacional do tipo website. Aqui foram elaborados por um técnico a: identidade de marca, logotipo e estrutura do website. Buscamos uma nomenclatura que remetesse a tecnologia de informática e saúde tornando-se nossa escolha o nome: ZipSaúde, considerando as informações de saúde compactadas (como em uma pasta zipada) em um único portal. Buscamos utilizar um layout moderno com cores que aproximassem das já relacionadas as comumente utilizadas em saúde, porém em tons mais modernos como na imagem abaixo:



Figura 2: Página inicial do website ZipSaúde.

Também mantivemos no topo da página os acessos aos diferentes temas como já denominados pelos cinco eixos da Carta de Ottawa. Ao descer com a barra de rolagem, é possível visualizar conteúdos em destaque e últimos conteúdos postados. Inserimos também links para redes sociais, *Instagram*, *LinkedIn* e *Facebook*, além de acesso a *newsletter*.

Ao clicar sobre cada eixo, o usuário é direcionado aos posts mais recentes relacionados a cada eixo e os últimos conteúdos relacionados a este eixo:



Figura 3: Conteúdo relacionado ao eixo Habilidades pessoais.

4.3.1 Desenvolvimento de Conteúdo para os Posts.

Durante o período de construção da identidade da marca, domínio e portal, foram construídos os conteúdos a serem disponibilizados no portal com base na literatura encontrada na fase 2. A construção do conteúdo e a abordagem didática utilizadas foram construídas com base na escrita persuasiva que orienta artigos curtos, com abordagem direta, afim de propiciar um conteúdo simples e de melhor compreensão da ideia exposta. Inserimos também ilustrações disponibilizadas em site de compartilhamento de fotos gratuito, afim de tornar o conteúdo mais atrativo. As imagens foram identificadas de acordo com sua fonte. Os artigos selecionados para cada post, foram lidos minuciosamente e organizados, de acordo com a interpretação da pesquisadora dentro de cada eixo (Quadro 1). Percebemos também que o material encontrado na busca na literatura da fase 2, não era suficiente para embasar o conhecimento que precisava ser exposto no conteúdo do website tendo sido necessário a busca de embasamento para o conteúdo exposto, também em bibliografia específica de enfermagem, identificada ao fim de cada post do website.

zipSAÚDE

Home Habilidades Pessoais Ação Comunitária Políticas Públicas Ambientes Favoráveis Reorientação dos Serviços

Por quê praticar Educação Popular em Saúde?

Compartilhar em: [f](#) [t](#) [in](#) [v](#)



Imagem: Ministério da Saúde | Flickr.

O Brasil é um país de educação historicamente autoritária. Desde sua colonização até seus métodos de educação atuais. Nesse contexto a sociedade está acostumada em ter na figura do profissional de saúde uma autoridade. O programa de educação popular em saúde vem para redirecionar a construção do conhecimento não mais no formato vertical e sim no formato horizontal, onde os conhecimentos são valorizados.

Reconhecem-se, pela Educação Popular em Saúde portanto, como intencionalidade, a autonomia das pessoas e o estímulo ao pensamento crítico, ao exercício da cidadania participativa de forma positiva e coletiva e à superação das desigualdades sociais e de todas as formas de discriminação, violência e opressão.

O ACS, tem o potencial necessário para criar espaços de reflexão, aprendizado e criatividade capazes de promover condições para o fortalecimento da consciência crítica e organizativa, ampliação e criação de diálogos, trocas de experiências e saberes, possibilitando uma leitura sobre a vida que apreenda a realidade social como determinante do processo saúde-doença.

Para isso é necessário que absorva ao máximo o conhecimento em saúde, para que possa integrar no meio social melhores que realmente sejam efetivas na vida diária.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Educação popular em saúde. Brasília, DF, 2007.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_educacao_popular_em_saude.pdf

Figura 4: Post do Eixo Políticas Públicas em Saúde.

Considerando a Fase 4 da pesquisa e a necessidade de compreensão dos juízes sobre as bases de nossa pesquisa, optamos por manter os cinco eixos de promoção à saúde especificados na Carta de Ottawa (1986), como categorias principais dentro do portal. Assim, cada categoria traz conteúdos com os quais as ACSs podem trabalhar para abordar em suas visitas a pessoas mobilidade prejudicada, classificados dentro dos cinco eixos de promoção. Abordamos os conteúdos da seguinte forma:

4.3.1.1 Políticas públicas

O eixo Políticas públicas, diz respeito ao compromisso governamental de buscar equidade em todos os aspectos da vida em sociedade promovendo o bem-estar social em todos os aspectos da vida humana (CARTA DE OTTAWA, 1986). Apesar de a fase 1 da pesquisa não ter encontrado abordagens ao tema durante as entrevistas, a busca em literatura resultou em 4 estudos que abordavam o tema e o relacionavam ao processo de trabalho do ACSs. Dois destes estudos eram qualitativos (descritivo e pesquisa documental) e dois do tipo pesquisa ação. Os estudos encontrados não abordaram temas relacionados ao indivíduo com mobilidade prejudicada, porém, foram considerados relevantes para construção da tecnologia por abordarem os temas educação em saúde e avaliação das práticas de educação em saúde que podem ser considerados também no contexto de nossa população.

Em estudo sobre avaliação do processo educativo, Cordeiro et. al. (2014) e Souza et. al. (2015) trouxeram a influência do modelo biomédico e da educação bancária ainda presente nas ações realizadas pelos agentes comunitários bem como sua perspectiva moralista, referendando a necessidade de políticas públicas de relevância com foco na abordagem populacional tratada sob o ângulo da promoção por meio da reconstrução de conceitos. Os conceitos abordados nestes artigos deram origem ao conteúdo “Por que praticar educação popular em saúde”, disponibilizado no portal, onde o conteúdo buscou ampliar o entendimento popular sobre a utilização da metodologia horizontal de educação em saúde e o posicionamento que o ACS pode assumir frente a estes conceitos (BRASIL, 2007). Ainda com base nas falas de Cordeiro et. al. (2014) e Souza et. al. (2015) produzimos o post “Entenda Melhor como fazer a promoção da saúde”. Westphal, Fernandez e Aneiro (2016), também trazem a importância de monitorar e avaliar as ações de promoção a saúde para fora do setor saúde abordando os determinantes sociais de saúde e sua influência no setor. Neste conteúdo o foco foi orientar as ACS em como usar os determinantes sociais de saúde para direcionar suas práticas (PAIM, FILHO, 2014).

Geraldo et.al. (2019) revelaram em seu estudo a fragilidade de conhecimento das equipes de estratégia relacionado a PNEPS considerando essa uma grande fragilidade para sua aplicabilidade que foi abordado no conteúdo “Os 5 princípios de Paulo Freire para Educação” onde buscamos listar competência que podem ser desenvolvidas na prática diária do ACS.

Nesta categoria procuramos fortalecer o entendimento de educação popular em saúde e orientar sobre como fazer a promoção da saúde no território.

4.3.1.2 Ambientes favoráveis

O eixo de Ambientes favoráveis traz para reflexão a influência do meio ambiente – seja de casa ou social - na saúde do indivíduo. Neste tópico, encontramos três estudos relevantes. Books et.al. (2019), em estudo de comentário referente a uma pesquisa realizada com grupo focal via internet em 2017, chama atenção para diminuição relevante na formação de profissionais com interesse em saúde ambiental nos Estados Unidos da América e uma crescente demanda do profissional. Paradoxalmente, Carbo e Paez (2017) e Bezerra et.al. (2010) relatam em seus artigos o encorajamento da ação comunitária como melhor meio de modificar determinantes sócias ambientais e o potencial do papel da enfermagem como educador neste campo.

Para esta categoria, buscamos trazer conteúdo que equipassem a “caixa de ferramentas” do ACS com dicas e sugestões para os usuários. Falamos sobre “Como equipar o quarto da pessoa com perda da mobilidade” com base na literatura de Potter e Perry (2013), abordamos os “Principais fatores de quedas em idosos” para que seja possível o ACS identificar fatores de risco com base em conteúdo produzido por Santos, Franco e Reis (2014). Também incluímos aqui o post “7 formas de prevenir quedas em idosos”, onde sugerimos ações e atividades diárias de prevenção conforme indicado pelo Instituto Nacional de Ortopedia e Traumatologia - INTO (BRASIL, 2015) e The US Preventive Services Task Force (USPSTF, 2018).

Vinculamos o post “ Entenda como separa o lixo hospitalar no ambiente domiciliar” sobre segregação do lixo considerando que está relacionado também ao ambiente. Procuramos manter o foco principal em resíduos contaminados que podem ser gerados durante o cuidado a pacientes domiciliados. Para construção do texto, utilizamos a Cartilha de Orientação de Descarte de Resíduos produzida pelo Grupo de trabalho e Direção da Faculdade de Medicina de Universidade de São Paulo (2018).

5.3.1.3 Reorientação dos Serviços de Saúde

No que diz respeito ao eixo “Reorientação dos Serviços” a Carta de Ottawa (1986), traz a responsabilidade como compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais de saúde, instituições e governos. Seutloali, Napoles e Bam

(2018) e Saprii et.al. (2015), relatam a relevância da promoção da saúde para os povos mais carentes na África e Índia, porém trazem também a necessidade da educação do ACS referente ao tema, retomando a dificuldade em vencer o modelo biomédico e de educar toda a comunidade e também os serviços para visibilidade do ACS além de um “trabalhador de link” e sim um educador e promotor da saúde. Moreira (2018), relata as relações entre equipes ESF, Núcleos de Apoio a Saúde da Família e ACS trazendo a necessidade de fortalecimento da compreensão dos profissionais e serviços, para além da Atenção Primária, para o ACS para além do “trabalhador de link”. O post denominado “Entenda a Reorientação dos Serviços de Saúde” disponibilizado no site, traz um resumo dos artigos encontrados na bibliografia buscando utilizar linguagem clara referente ao tema. O tema foi trazido de forma introdutória. Após a validação da tecnologia, para manutenção do site, pretendemos trazer sugestões de recursos para educação em saúde viáveis para a população de ACS realizarem em diversos âmbitos dos serviços de saúde, integrando os serviços em diferentes níveis de atenção.

5.3.1.4 Ação Comunitária

O eixo Ação Comunitária, remete o centro de todo processo de promoção da saúde ao poder das comunidades em posse do controle de seus próprios esforços e destino (CARTA DE OTTAWA, 1986). Taylor e Siddiqui (2016), relatam a necessidade de vincular os serviços de promoção da saúde com organizações comunitárias com base em estratégias globais de saúde. Para tanto, entendemos que o desenvolvimento de habilidades para realização de atividades grupais de promoção a saúde seja extremamente importante na prática diária do profissional ACS. Inserimos, portanto, um artigo nessa categoria que busca orientar em quinze passos a melhor forma de organizar uma atividade grupal interessante e proveitosa. Este material foi construído com base no conhecimento da pesquisadora e embasado nas orientações disponíveis na Apostila de grupos da Atenção Básica formulada pelo núcleo de tele saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (SAUER et.al. 2018).

4.3.1.5 Habilidades pessoais

As “Habilidades pessoais” aumentam o potencial das populações e suas opções para que possam exercer maior controle sobre sua saúde e sobre o meio ambiente (CARTA DE OTTAWA, 1986). Assim, capacitar pessoas para aprender

durante toda vida, é essencial. Corialato et.al. (2011) demonstraram por meio de um estudo sobre ações educativas para o controle da asma, que é possível realizar a educação em saúde e promover o desenvolvimento de habilidades no controle de doenças no âmbito familiar. Pacheco, Azambuja e Bonamigo (2017) relataram a relevância da utilização de métodos adequados para educação da população bem como a educação de agentes comunitários de saúde na promoção da prevenção as doenças crônicas não transmissíveis como fator determinante em saúde.

Considerando estas informações procuramos incluir nesta categoria artigos que abordem habilidades e competências que podem ser ensinadas as ACS e que estas podem ensinar as famílias as quais visitam. Iniciamos a construção do conteúdo abordando os temas que estivessem essencialmente ligados a população de pacientes foco no nosso estudo: pessoas com diminuição da mobilidade. Por tratarem-se temas foco de cuidados essencialmente de enfermagem, baseamos nossos textos nas autoras Potter e Perry (2013). Aqui foram inclusos posts com os temas: “cuidados para movimentar a pessoa no leito” “fatores de risco para lesão de pele”, “considerações para realização de atividade física em pessoas com diminuição da mobilidade”, “cuidados ao movimentar a pessoa no leito”, “cuidados diários com a pele” e “cuidados com a traqueostomia”. Também inserimos temas como “escala de depressão em idosos” onde descrevemos de forma simples e em tópicos os principais pontos a serem observados para identificar os idosos em risco e “fatores de risco para constipação”, estes últimos com base em Oliveira (2016).

No quadro 2, listamos os artigos selecionados e os temas mais abordados, relacionados aos cinco eixos da Carta de Ottawa (1986). Na coluna “conteúdo para o portal educativo” a pesquisadora buscou descrever, além dos temas que surgiram em mente durante a leitura dos artigos encontrados, temas que poderão ser agregados futuramente ao portal, com busca em outras referências, conforme citamos anteriormente.

Esperamos produzir mais conteúdo com base em interesse da população e divulgar nossas produções por meio de redes sociais. Esperamos que este material possa subsidiar a atuação e prática diária do trabalho do ACS bem como seu planejamento otimizando assim a aplicabilidade de técnicas e o fortalecimento da autonomia em prevenção de doenças.

4.4 FASE 4

O objetivo da fase 4 foi realizar a validação da tecnologia com base na avaliação de profissionais da área da saúde e profissionais de outras áreas. Para que os juízes tivessem acesso à tecnologia foi construído um formulário no google-forms e este foi compartilhado por meio da rede social LinkedIn, afim de incentivar o acesso de profissionais livre de barreiras territoriais e sem viés de resposta (profissionais com vínculo com a pesquisadora). Durante a coleta, houve dificuldade em identificar profissionais de outras áreas que tivessem expertise ou vínculo comprovado no acompanhamento de nossa população alvo – pessoas com perda da mobilidade- sendo consideradas todas as respostas recebidas no formulário como válidas considerando a semântica e entendimento.

O questionário foi divulgado durante o período de quinze dias consecutivos e foi visualizado por 128 pessoas e obtivemos 12 respostas. Todos os respondentes concordaram com o termo de consentimento e forneceram seus e-mails para posterior reavaliação, se necessário. Os respondentes relataram ter entre três e trinta e três anos de atuação profissional. Dentre os estes, oito se identificaram como profissionais da saúde e quatro como profissionais de outras áreas sendo elas; três da educação e um de administração, porém com experiência em serviços de saúde, atingindo assim os critérios estabelecidos para seleção de juízes.

4.4.1 Avaliação da tecnologia com base nos itens de validação

De acordo com Alexandre e Coluci (2011), o escore do índice de concordância entre os juízes, para cada critério, é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por "3" ou "4". Os itens que receberam pontuação "1" ou "2" devem ser revisados ou eliminados. Assim, o IVC de cada item é calculado da seguinte forma:

$$IVC = \frac{\text{número de respostas "3" ou "4"}}{\text{número total de respostas}}$$

4.4.1.1 Intencionalidade

Na avaliação do campo intencionalidade, dentro do qual se avalia se a tecnologia atingiu seu objetivo, nos campos “contempla o tema proposto”, “linguagem clara” e “incentivo ao aprimoramento do cuidado”, 11 juízes avaliaram com nota 4 e 1 com nota 3. Escore = 12 de 12 juízes classificaram o item dentro dos critérios de relevância.

No item “informações são relevantes”, 11 juízes avaliaram como nota 4 e 1 juiz como nota 2. Escore = 12 de 12 juízes classificaram o item como relevante mantendo o item representativo.

Quanto ao item “esclarece dúvidas frequentes” 10 juízes avaliaram com nota 4 e 2 com nota 3 mantendo o escore de relevância do item representativo.

Avalie nossa tecnologia quanto a INTENCIONALIDADE

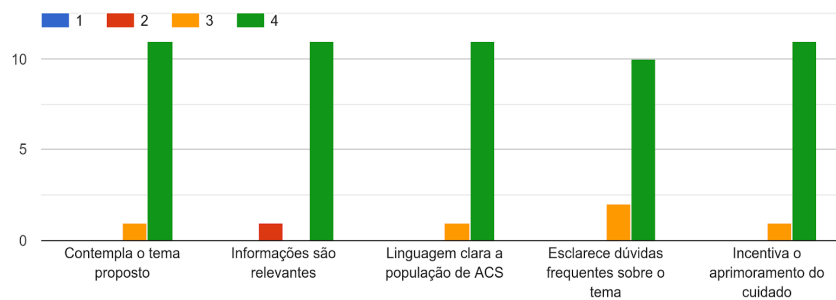


Figura 5: Gráfico de validação campo Intencionalidade.

4.4.1.2 Apresentação

O campo “Apresentação” pretende validar a tecnologia quanto a sua atratividade visual, didática, interatividade, e qualidade das informações. Nos itens “design”, “tamanho da fonte”, “didática” e “informações corretas”, 11 juízes validaram

com nota 4 e um com nota 3. Quanto a “objetividade” e “sequência lógica de ideias”, 11 juízes avaliaram com nota 4 e 1 com nota 2. Em “interatividade”, 10 juízes avaliaram com nota 4, 1 com nota 3, 1 com nota 2. Mantendo assim a relevância do item dentro do escore de representatividade.

Avalie a tecnologia quanto a APRESENTAÇÃO

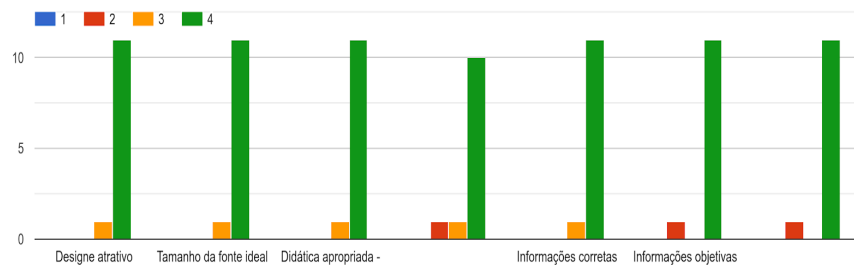


Figura 6: Gráfico de validação campo Apresentação.

4.4.1.3 Relevância

Neste campo, pretendemos avaliar a representatividade do conteúdo exposto no website. Para os itens “design atrativo e didática apropriada” 11 juízes avaliaram com nota 4 e 1 com nota 3. No campo “tamanho da fonte” 11 juízes consideraram nota 4 e um nota 2. Mantendo novamente a representatividade dos itens.

Avalie a tecnologia quanto a sua RELEVÂNCIA

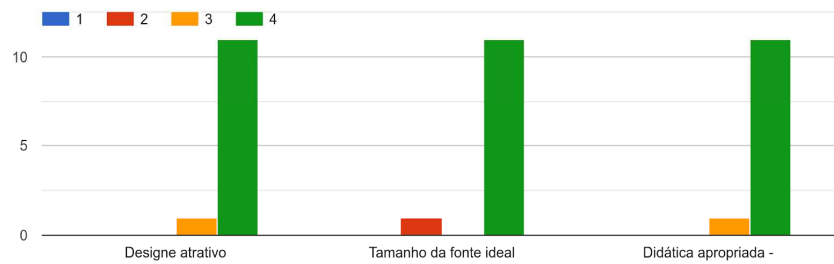


Figura 7: Gráfico de validação campo Intencionalidade.

Assim, a tecnologia foi validada pelos juízes na primeira rodada de validação com concordância e aprovação da maioria dos respondentes necessitando pequena revisão em alguns itens. Observou-se que, mesmo com a disposição de campo para sugestões de melhorias, nenhum dos respondentes se manifestou. Foram colocados comentários sobre o conteúdo e sua relevância conforme disposto abaixo:

“A pesquisa é muito significativa e atinge o público ao qual se dispôs” participante 1.

“Títulos dispostos de maneira a nos fazer querer ler mais” participante 2.

E “assunto abordado de grande importância” participante 3, 4 e 5.

5. DISCUSSÃO

Durante o desenvolvimento deste estudo foram realizadas diversas estratégias de buscas bibliográficas relacionadas as percepções dos ACS referentes a seu processo de trabalho. Nestas buscas, evidenciaram-se a cultura arraigada no modelo biomédico e moralista de educação bancária, identificados também por Gonzales et.al. (2015) e Mackenzie-Gomes et.al. (2016). As falas das entrevistadas na fase 1, reforçaram esta percepção ao demonstrarem grande preocupação em levar resultados prontos ou recursos técnicos aos indivíduos da comunidade bem como a desvalorização do papel educador e formador de uma nova cultura – promoção e prevenção de saúde – do ACS descritos na portaria que define as atribuições dos profissionais da APS. (BRASIL, 2017). Essa característica referenda a cultura já instalada e sobrecarrega as equipes de enfermagem que se veem com mais as demandas atendendo a população por meio do ACS, além das demais responsabilidades com cada usuário.

Alves (2007), relata que na década de 1970 havia o predomínio do modelo essencialmente médico onde apenas as condições agudas são contempladas. Este modelo tornou-se insuficiente por não considerar as doenças crônicas e suas consequências. Recentemente, devido ao contexto de pandemia mundial, a OMS (2021) publicou um repertório de tecnologias sanitárias inovadoras e como estas podem melhorar os resultados sanitários e oferecer soluções rápidas. O relatório da OMS de agosto de 2021, traz o dado de aumento de doença crônica de hipertensão em 650 milhões para 1,28 bilhões nos últimos 30 anos entre adultos de 30 a 79 anos sendo que aproximadamente metade destes não tem ciência de sua condição reafirmando a crescente de doenças crônicas. Este mesmo documento também traz a importância de reduzir a desigualdade no acesso as tecnologias. Assim, entendemos que países como o Brasil onde os recursos não estão igualmente acessíveis a todos, o papel dos profissionais ACS de educador potencial, ainda se faz imprescindível juntamente com a disponibilização dos recursos para educar.

A PNAB, em seu modelo estabelecido e firmado na Constituição Brasileira de 1988, tem o potencial para suprir estas demandas, porém faz-se necessário dar subsídios a população para atingir tal grau de independência de forma gradativa. Entretanto, a reforma da PNAB (BRASIL, 2017) traz um novo modelo de formato de trabalho e estrutura das unidades de atendimento no qual o profissional ACS fica

desvinculado de equipes e ainda mais solitário para executar suas atribuições, considerando a redução considerável das equipes de trabalho e reforçando sua demanda por suporte e auxílio para implementação de ações de promoção, prevenção e educação em saúde.

De acordo com Gomes e Merhy (2011), a Educação Popular em Saúde teve início a partir 1750, com o entendimento gradativo do tema para além da construção de uma consciência sanitária capaz de reverter o quadro de saúde da população, mas também como a intensificação da participação popular radicalizando a perspectiva democratizante das políticas públicas. Os autores realizaram um estudo de revisão onde abordaram a evolução das práticas de educação popular em saúde no Brasil. Identificaram o entendimento em saúde como um modo de fazer com que as populações mudem seus hábitos e compreenda as causas das doenças, superando-as.

Os estudos encontrados durante a fase 2, referendaram o discurso de Gomes e Merhy (2011) à medida que trouxeram para a reflexão a importância da educação popular em saúde, em especial em territórios mais carentes, e a autonomia e relevância do profissional ACS, para além de um elo entre serviços de saúde, mas também como recurso de aprendizado em saúde e para saúde, conforme descrito também por Seutloali, Nápoles e Bam (2018) e Saprii et.al. (2015) ao relatarem situações de isolamento de determinadas populações aos recursos sociais das cidades maiores.

No contexto da população com mobilidade prejudicada, Alves (2007) conceituou a incapacidade funcional como dificuldade e necessidade e de ajuda para executar tarefas básicas da vida diária. Esse indivíduo é frequentemente acolhido em suas demandas por um familiar que se vê frente as necessidades de seu ente sem possuir qualquer conhecimento específicos na saúde. As consequências desta descontinuidade do cuidado, passa por situações iatrogênicas, ou complicações que causam desde a degradação da saúde até por re-internações, em especial a população idosa, a qual tem alta hospitalar com algum grau de diminuição da mobilidade, uso de dispositivos, medicações entre outros cuidados. A ausência de manutenção dos cuidados após alta aumenta as readmissões hospitalares e os custos aos cofres públicos, conforme evidenciado em estudo inédito realizado por Oliveira, Abreu e Pedrosa (2020). De acordo com o estudo, se as readmissões fossem evitadas, no período estudado pelos autores, haveria

prevenção de um total de 83.097 diária no Brasil, sendo 6,7% do total de diária consumidas no período. O estudo não teve identificação de causas de internação o que impossibilitou identificar causas sensíveis a APS. Entretanto, Linn, Azzolin e Souza (2016) evidenciaram em sua amostra que quanto menor o escore de autocuidado do paciente maior o número de re-internações hospitalares relacionadas a insuficiência cardíaca, reafirmando a relevância da manutenção do cuidado pós alta.

Neste contexto, o questionamento que fazemos diz respeito aos motivos pelos quais o agente comunitário no Brasil, parece não realizar ou não valorizar a educação em saúde, podendo nossa resposta estar relacionada a falta de valorização do conhecimento popular, teoria firmada no imaginário populacional por influência do paradigma cartesiano que coloca o modelo biomédico em evidência (RIOS et.al., 2007), e do aprendizado e educação para mudança como cultura de um povo, além da percepção e orientação dos profissionais para o trabalho focado no ângulo da promoção em saúde e prevenção.

Sabe-se que os determinantes sociais de saúde estão relacionados as condições sociais, ambientais, econômica, culturais, políticas e institucionais que determinam as condições de saúde de indivíduos e o conhecimento relativo a estes recursos (na distribuição do dinheiro, do poder e dos recursos) e estes, dependem de políticas públicas adotadas, (CARVALHO, 2013) sendo que estas só serão abordadas pelos governantes quando forem percebidas como valorosas pelo povo e reivindicadas socialmente pela população.

Assim, a educação em saúde e para saúde vem para construir um mundo com melhora da qualidade de vida da população em geral cabendo as equipes de Estratégia de Saúde da Família ter consciência de seu papel de educador em saúde, objetivo claros e metas relacionados a resultados para cada situação em saúde. A construção do protagonismo e da autonomia dos sujeitos, está estabelecida em sua relevância por meio da Política Nacional de Humanização desde 2003, fortalecendo a APS e possibilitando a promoção da saúde (BRASIL, 2017).

O conceito de saúde global está relacionado a problemas que transcendem as diversidades humanas sejam elas sociais, culturais, econômicas ou territoriais e demandam ações nos determinantes de saúde dos povos (FORTE, RIBEIRO, 2014). A APS por meio das equipes de ESF demonstram potencial em atuar nestes determinantes e as tecnologias educacionais disponíveis online demonstram potencial

para prover acesso livre de barreiras territoriais permitindo a globalização do conhecimento e da educação com informações seguras e orientações em saúde que mesclam o saber popular, permitem o questionamento e a resposta com base no saber científico.

Paixão *et.al* (2011) em estudo de práticas de saber e inclusão digital com ACS, demonstrou como vastidão de informação da internet pode confundir e dificultar a pesquisa do profissional, bem como o acesso a informações e conteúdo de qualidade. O estudo também traz a centralidade da internet em todas as áreas do conhecimento equivalente a marginalidade para aqueles que não tem acesso a ela, tem acesso limitado ou não são capazes de utilizar o recurso de forma eficaz, evidenciando a necessidade de investimento político na popularização do recurso e na capacitação para o uso considerando inexistência desta capacitação no ensino formal.

Lima *et.al.* (2016) realizaram estudo no qual avaliaram a educação por meio de website para prevenção de doenças oftalmológicas onde constataram que este tipo de material tem potencial de instigar a vontade de aprender tornando-se uma estratégia essencial no contexto atual do processo de aprendizagem.

Com base nas informações encontradas e no desenvolvimento deste estudo, esperamos que esta tecnologia permita acesso ao conhecimento de qualidade, educação em saúde e suporte na construção de uma cultura popular com foco na qualidade de vida individual e coletiva, promoção da saúde, responsabilização coletiva e social e aprimoramento do modo de viver e de ver a saúde individual, coletiva e o trabalho dos agentes comunitários de saúde e equipes de estratégia em saúde da família.

6. APRESENTAÇÃO DO PRODUTO

O produto final fruto deste estudo é um portal de orientações em saúde denominado 'ZipSaúde', devido a ideia de informações disponíveis de forma compacta, simplificada e em linguagem coloquial, que busca divulgar as dificuldades encontradas pela população para melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde da população com mobilidade prejudicada, por meio de orientações positivas

que agreguem entendimento e estimulem o raciocínio em saúde de forma positiva – com foco em saúde e não em doença.

Deste modo, o website está hospedado em uma plataforma de fácil ancoragem e disponível no endereço www.zipsaude.com.br. Foi construído com cores que lembrassem as cores da saúde, porém não nos mesmos tons de verde e azul comuns aos hospitais. Buscamos também imagens que refletissem um pouco do conteúdo descrito no artigo, sem chocar com imagens fortes ou de cunho hospitalar, sempre pensando no contexto familiar e comunitário.

Outro aspecto relevante está relacionado as abas de conteúdo as quais estão nomeadas com base nos cinco eixos da Carta de Ottawa (2002), afim de organizar nosso conteúdo com base neste instrumento de referência em promoção da saúde. Cada um dos cinco eixos nomeou uma categoria dentro das quais foram escritos alguns posts de orientação. Pretendemos manter esta tecnologia ativa e atualizada por meio da manutenção e construção de novos conteúdos, a serem elaborados por esta pesquisadora e com a colaboração de colegas com expertises nas demandas trazidas pelas comunidades de ACSs e população em geral solicitadas em link de dúvidas disponibilizado na tecnologia. Os textos produzidos serão continuamente divulgados em redes sociais e outros mecanismos que possam vir a surgir.

7. CONCLUSÃO

O desenvolvimento e construção de uma tecnologia educacional no formato de portal educacional possibilita a ampla divulgação de conhecimento. Na área da saúde e da educação em saúde, é imprescindível que o conhecimento esteja acessível e seja atrativo para as populações. O contexto da Atenção Primária em Saúde se mostra propício para investigação de temas que necessitam de atenção, uma vez que tem foco nas ações de saúde para melhoria da qualidade de vida e otimização dos investimentos em saúde.

As informações contidas na tecnologia, podem auxiliar o ACS no planejamento de suas visitas, em ações de educação em saúde em escolas, planejamento de atividades de grupo e estão disponíveis de forma prática para questionamento da vida diária. Além disso, o site direciona o ACS para além de informações de rotinas da UBS e agenda de profissionais, tem potencial de tornar quem o acessa capaz de exercer autonomia em saúde deixando os serviços e

profissionais disponíveis para acolhimento de casos mais complexos e específicos. Por meio da ferramenta, é possível o questionamento, interação com demandas tanto de profissionais como de agentes de saúde.

Neste contexto, é necessário a manutenção de informações e colaboração das equipes de pesquisa de APS para que tenham foco na realização de estudos que foquem nas reais dificuldades vividas pelas populações e na construção de métodos acessíveis e eficazes de melhoria da qualidade de vida e dos determinantes sociais em saúde. Entendemos que educar para saúde é função de todos nós, enfermeiros e profissionais da saúde, compartilhando conhecimento e sugerindo temas, agregando sempre na construção de uma sociedade com recursos em saúde para todos.

REFERÊNCIAS

ABREU, F. D.; ZANIN, N. B.; BISSACO, M. A.; SILVA, A. P.; BOSCHI, S. R. SCARDOVELLI, T. A.; MARTINI, S. C. **Percepções dos agentes comunitários de saúde sobre as tecnologias de informação e comunicação na atenção primária a saúde: uma pesquisa exploratória.** Revista Humanidade e Inovação: educação hoje: reflexões críticas, Palmas, v.8, n. 5, p. 32-45, fev. 2020. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/2720>. Acesso em: 26 set. 2020.

ALBUQUERQUE, E. M. **Avaliação da técnica de amostragem 'Respondent-driven Sampling' na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas.** Dissertação (mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/Albuquerqueemm.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2020.
BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** 1ª ed. São Paulo: Edições 70, 2016.

ALEXANDRE, N. M.; COLUCI, M. Z. **Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas.** Ciência e Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011. Disponível em: <https://www.revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/%20view/2720>. Acesso em: 26 set. 2020.

ALVES, L. C. **Conceituando e mensurando a incapacidade funcional em uma revisão de literatura.** Ciência, Saúde e Coletiva. Periódico na Internet. 2007. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/conceituando-e-mensurando-a-incapacidade-funcional-uma-revisao-de-literatura/1323?id=1323&id=1323>. Acesso em: 27 set. 2021.

BESERRA, E. P.; ALVES, M. D.; PINHEIRO, P. N.; VIEIRA, N. F. **Educação ambiental e enfermagem: uma integração necessária.** Rev. bras. enferm. vol.63 no.5 Brasília Sept./Oct. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000500026>. Acesso em: 11 mai.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Educação Popular em Saúde.** Brasília. DF. 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf. Acesso em 30 jul. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 que trata da pesquisa em seres humanos e atualiza a Resolução 196. **Diário Oficial da União.** Brasília. 14_06_2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br>. Acesso em: 12 out. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde.** Organizado por José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar

Conceição, 2003. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_Cuidadores_Profissionais.pdf.
Acesso em: 04 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia.
Site INTO internet. Como reduzir queda no Idoso. 2015. Disponível em:
<https://www.into.saude.gov.br/lista-dicas-dos-especialistas/186-quedas-e-inflamacoes/272-como-reduzir-quedas-no-idoso>. Acesso em 25 jul. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS**. 2003. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>. Acesso em: 27 set. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997**.
Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília, Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lis-LISBR1.1-17051>. Acesso em: 25 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**.
Aprova Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão das diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
Acesso em: 24 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**: a segurança do hospital no conforto do seu lar. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. v. 2.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009- A. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf. Acesso em: 01 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009-B. Disponível em:
<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+d+e+Educa%C3%A7%C3%A3o+.+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>. Acesso em: 01 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf Acesso em: 01 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf. Acesso em: 01 ago. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico]** Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf ISBN 978-85-334-2776-1. Acesso em: 03 nov.2020.

BROOKS, B. W.; GERDING J. A.; LANDEEN, E.; BRADLEY, E.; CALLAHAN, T.; CUSHING S. et al. **Environmental Health Practice Challenges and Research Needs for U.S. Health Departments.** | Environ Health Perspect;127(12): 125001, 2019 12. Disponível em: MEDLINE (bvsalud.org) Acesso em: 11 mai.2021.

CAMARGO, E. B.; PEREIRA, A. C.; GLIARDI, J. M.; PEREIRA, D. R.; PUGA, M. E.; SILVA, E. T.; ELIAS, F. T. Judicialização da Saúde: onde encontrar respostas e como buscar evidências para melhor instruir processos. **Cad. Ibero Americano de Dir. Sanit;** Brasília, v. 6, n: 4. P. 27-40. Out/dez 2017. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/410>. Acesso em: 03 nov. 2020.

CARVALHO, AI. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 19-38. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/11.pdf> Acesso em: 04, jul.2021.

CORDEIRO, L.; SOARES, C. B.; OLIVEIRA, E.; OLIVEIRA, L. C.; COELHO, H. V. Avaliação do processo educativo sobre o consumo de drogas com agentes comunitários de saúde/ Education process assessment on harmful drug use with Community health workes. **Rev.Saúde Soc.** São Paulo. 23(3):897-907, jul. – Set. 2014. Disponível em: 0104-1290-sausoc-23-3-0897.pdf (scielo.br). Acesso em: 10 mai.2021.

CORIOLOANO, M. W.; LIMA, M. M.; SETTE, G.C.; SARINHO, E. S.; LIMA, L. S. Repercussão de uma intervenção educativa com agentes comunitários de saúde nas condições ambientais de domicílios de crianças asmáticas. **J. bras. pneumol.** São Paulo, v. 37, n. 3, p. 317-325, jun. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132011000300007>. Acesso em: 11 mai. 2021.

CORONEL CARBO, J.; MARZO PAEZ, N. La promoción de salud para la creación de entornos saludables en América Latina y el Caribe. **MEDISAN**, Santiago de Cuba, v. 21, n. 12, p. 3415-3423, dic. 2017. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017001200016&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 11 mai. 2021.

DEMSAR, J.; CURK, T.; ERJAVEC, A.; GORUP, C.; HOCEVAR, T.; MILUTINOVIC, M. et.al.. Orange: data mining toolbox in Python. **Journal of Machine Learning Research**, v. 14, p. 2349-2353, 2013. Disponível em: <https://jmlr.org/papers/volume14/demsar13a/demsar13a.pdf>. Acesso em: 13 set. 2020.

DICENSO, A.; BAYLEY, L.; HAYNES, R. B. Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. **Evidence-based nursing**, v. 12, n. 4, p. 99-101, 2009. Disponível em: <https://ebn.bmj.com/content/12/4/99.2>. Acesso em: 13 set. 2020.

FMUSP. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Cartilha de Orientação de Descarte de resíduo**. Disponível em: https://www.biot.fm.usp.br/pdf/cibio_Cartilha_descarte_de_residuo_FMUSPHC.pdf. Acesso em 20 jul. 2021.

FRANÇA, T.; RABELLO, E. T.; MAGNAGO, C. **As mídias e as plataformas digitais no campo da educação permanente em saúde: debates e propostas**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 1, p. 106-115, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103>. Acesso em: 13 set. 2020.

FERREIRA, L.; BARBOSA, J. S.; ESPOSTI, C.D.; CRUZ, M. M. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate [online]**. 2019, v. 43, n. 120 [Acessado 15 novembro 2021]. 223-239. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>>. Epub 06 Maio 2019. ISSN 2358-.

FORTES, P. A.; RIBEIRO, H. Saúde Global em tempos de globalização. **Saúde Soc. São Paulo**, v.23, n.2, p.366-375, 2014. Disponível em: DOI 10.1590/S0104-12902014000200002. Acesso em 04 jul.2021.

GERALDO, M. C.; CORREA, V. A.; FREIRA, M. A.; DIAS, J. R.; MELLO, A. S.; ACIOLI, S. Política de Educação Popular: práticas na Estratégia Saúde da Família. **Rev enferm UFPE on line**. 2019; 13: e243335 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.243335>. Disponível em: Portal Regional da BVS (bvsalud.org). Acesso em 10 mai. 2021.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GONZALES, R. I.; HARTEK, J.; COSTA, L. M. PINHO, L. B.; LIMA, L. M.; REIS, S. P. A descoberta da tuberculose no território: análise qualitativa do trabalho do

agente comunitário de Saúde. **Ciência y Enfermería**, v. 21, n. 2, p. 87-97, 2015.

Disponível em:

<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/130185/000977630.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 28 mar. 2020.

LIMA, F. A.; GALIZA, F. T.; SILVA, A. R.; BESERRA, E. P.; MEDEIROS, J. R.; LIMA, M. A. **Tecnologia e educação em saúde: avaliação de um website para o ensino de oftalmologia**. *Enfermagem Atual*. 2016p. 70-79. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/340/224>. Acesso em 22 ago. 2021.

LINN, A. C.; AZZOLIN, K.; SOUZA, E. N. **Associação entre autocuidado e reinternação hospitalar de pacientes com insuficiência cardíaca**. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2016 mai-jun;69(3):469-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690312i> Acesso em 22 ago.2021.

MACIAZEKI-GOMES, R. C.; SOUZA, C. D.; BAGGIO, L.; WACHS, F. **O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1637-1646, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501637&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 01 ago. 2020.

MELO, M. C. FONSECA, C. M.; SILVA, P. R. Internet e mídias sociais na educação em saúde: o cenário oncológico internet. **Cadernos do Tempo Presente**, n. 27, mar/abr. 2017. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/tempo/article/view/7486>. Acesso em: 25 ago. 2020.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C.; SILVA, A. L. **O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras**. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2016; 19(3):507-519. Disponível em: <https://www.scielo.br/rbagg/a/MT7nmJPPRt9W8vndq8dpzDP/abstract/?lang=pt> Acesso em: 27 set. 2021.

MOREIRA, D. C.; SOARES, D. A.; CASTRO, C. P.; BISPO JUNIOR, J. P. **Atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no fortalecimento da atenção primária: experiências dos agentes comunitários**. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, e290304, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000300600&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 mai. 2021. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290304>.

OLIVEIRA, R. G. **Blackbook – Enfermagem**. Belo Horizonte. Blackbook Editora, 2016.

OLIVEIRA, P. F.; ABREU, A. C.; PEDROSA, T. **Readmissões hospitalares em 30 dias após a alta: uma análise da saúde suplementar brasileira**. *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas - 2020* 4(1): 18-24. Disponível em: <http://revista.fcmmg.br/ojs/index.php/ricm/article/download/284/85>. Acesso em: 22 ago.2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Fundação das Nações Unidas para a Infância**. Declaração de Astana. 2018. Disponível em: Google Scholar. Acesso em: 25 ago. 2020.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Declaração de Astana sobre Atenção Primária à Saúde: de Alma-Ata rumo a cobertura universal de saúde e os objetivos e desenvolvimento sustentável**. OPAS Brasil, Brasília, 2020. Disponível em: tps://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5711:declaracao-de-astana-sobre-atencao-primaria-a-saude-de-alma-ata-rumo-a-cober-tura-universal-de-saude-e-os-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel&Itemid=0. Acesso em: 01 ago. 2020.

ONU. Organização da Nações Unidas. Primeira Conferência Mundial de Saúde. **Carta de Ottawa**. ONU: Ottawa. 1986. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf Acesso em: 28 jun.2021.

PACHECO, K. C.; AZAMBUJA, M. S.; BONAMIGO, A. W. **A construção de objeto de aprendizagem sobre doenças transmissíveis para agentes comunitários de saúde**. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre, v. 38, n. 4, 2017-0073, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0073>. Acessos em: 11 mai. 2021.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. The Lancet, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. (Série Saúde no Brasil, v. 1). Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39643/2/PaimSistemaSaudeBrasilLancet2011.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2020.

PAIM, J.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

PAIXÃO, P. B.; FREIRE, V. P.; LIMA, M. F.; LINHARES, R. N.; MENDONÇA, A. V.; SOUSA, M. F. **A Inclusão Digital dos Agentes Comunitários de Saúde de Sergipe-Brasil: um estudo das práticas de Alfabetização em Informação e Comunicação em Saúde**. Tempus - Actas de Saúde Coletiva. P. 221-239. 2011. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11407/1/ARTIGO_InclusaoDigitalAgentesSergipe.PDF. Acesso em: 22 ago. 2021.

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

PEDEBOS, L. A.; ROCHA, D. K.; TOMASI, Y.ná. A vigilância do território na atenção primária do agente comunitário na continuidade do cuidado. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 119, p. 940-951, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000400940. Acesso em: 28 mar. 2020.

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.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamento de Enfermagem**. 8 ed. Rio de Janeiro. Elsevier. 2013.

RIOS, E. R.; FRANCHI, K. M.; SILVA, R. M.; AMORIN, R. F.; COSTA, N. C. **Senso comum, ciência e filosofia - elo dos saberes necessários à promoção da saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2):501-509, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200026> Acesso em: 04 ju.2021.

SANTOS, A. M.; FRANCO, S.; REIS, M. A. Fatores associados à perda da capacidade funcional em idosos em município no sul do país. **Revista Geriatria e Gerontologia**. V.8 N. 1 P. 19 – 26. Jan/Fev/Mar 2014. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/2014-1.pdf> Acesso em: 25 jul. 2021.

SANTOS, C. M.; PIMENTA, C. A.; NOBRE, M. R. A estratégia PICO para construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 508-511, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104>. Acesso em: 13 set. 2020.

SAPRII, L.; RICHARDS, E.; KOKHO, P.; THEOBALD, S. Community health workers in rural India: analysing the opportunities and challenges Accredited Social Health Activists (ASHAs) face in realising their multiple roles. **Human Resources for Health** (2015) 13:95 DOI 10.1186/s12960-015-0094-3. Acesso em: 11 mai.2021.

SAUER, A. B.; NILSON, L. G. DOLNY, L. L.; MAEYAMA, M. A. Universidade Federal de Santa Catarina. **Centro de Ciências da Saúde. Núcleo Telesaúde de Santa Catarina**. Trabalhando com Grupos na Atenção Básica de Saúde. 2018. P. 39. Disponível em: telesaude.sc.gov.br. Acesso em: 27 set. 2021.

SEUTLOALI, T.; NAPOLES, L.; BAM, N.. Community health workers in Lesotho: Experiences of health promotion activities. **African Journal of Primary Health Care & Family Medicine** | Vol 10, No 1 | a1558 DOI: <https://doi.org/10.4102/phcfm.v10i1.1558> . Acesso em: 11 mai.2021.

SILVA, J. S.; FORTUNA, C. M.; PEREIRA, M. J.; MATUMOTO, S.; SANTANA, F. R.; MARCIANO, F. M.; SILVA, J. B.; FERREIRA, M.; MISHIMA, S. M. Supervisão dos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família: a ótica dos enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 899-906, 2014. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103088/101398>. Acesso em: 05 set. 2020.

SOUZA, I. C.; SILVA, A. G.; QUIRINO, A. C.; NEVES, M. S.; MOREIRA, L. R. Perfil de pacientes dependentes hospitalizados e cuidadores familiares: conhecimento e preparo para as práticas de cuidado. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 164-172, 2014. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v18n1a13.pdf> Acesso em 16 set. 2020.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer?** Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>. Acesso em: 13 set. 2020.

SOUZA, T. T.; ROCHA, M. S.; MACHADO, N. M.; ROS, M. A. **Educação popular como política pública de saúde: uma realidade? Popular education as a public health policy: a reality?** Rev.APS; 18(04): 430 -437, out. 2015. Disponível em: Educação popular Como política pública de saúde: uma realidade? | Rev. APS;18(4): 430-437, out. 2015. | LILACS | Biblioteca Virtual em Saúde (bvsalud.org). Acesso em: 10 mai. 2021.

STEDILE, N. L. GUIMARÃES, M. C.; FERLA, A. A.; FREIRE, R. C. **Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 10, p. 2957-2971, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010>. Acesso em: 13 set. 2020.

TAYLOR, A. and Siddiqui, F., 2017. Bringing Global Health Home: The Case of Global to Local in King County, Washington. *Annals of Global Health*, 82(6), pp.972–980. Acesso em: 11 mai.2021.

TEIXEIRA, E.; MOTA, V. M. **Tecnologias educacionais em foco.** São Caetano do Sul: Difusão, 2011.

TEIXEIRA, E.; MARTINS, T. D.; MIRANDA, P. O.; CABRAL, B. G.; SILVA, B. A.; RODRIGUES, L. S. **Tecnologia Educacional sobre cuidados no pós-parto: construção e validação.** Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-10, 2016. Disponível em: https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/15358/pdf_53. Acesso em: 05 set. 2020.

US Preventive Services Task Force Recommendation Statement Interventions to Prevent Falls in Community-Dwelling Older Adults. *JAMA*. doi: 10.1001/jama.2018.3097 Published online April 17, 2018. Disponível em: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/falls-prevention-in-older-adults-interventions> Acesso em: 25 jul.2021.

WESTPHAL, M. F.; FERNANDEZ, J. C. **Avaliação e monitoramento das práticas de promoção da saúde relacionadas às DANT/ Monitoring and Evolution of health promotion practices related to NTDI.** Cad. Téc. DANT doenças agravos não transm. 11-13, set. 2009. Disponível em: <https://www.cidadessaudaveis.org.br>. Acesso em: 10 mai. 2021.

WHO. **Compendium of innovative health technologies for low-resource settings.** Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032507>. Acesso em: 27 set. 2021.

VENDRUSCOLO, C.; TRINDADE, L. L.; METELSKI, F. K.; VENDRESEN, L.; PIRES, D. E.; TESSER, C. D.; MARTINS, M. M. **Contribuições da educação permanente aos núcleos ampliados de saúde da família.** Escola Anna Nery, v.

24, n. 3, 2020. Disponível em: DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-. Acesso em: 13 set. 2020.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTAS A ACS - FASE1

- 1). Qual sua idade?
- 2). Qual seu tempo de atuação profissional?
- 3). Você possui em seu território paciente acamados ou domiciliados que necessitem de cuidados de terceiros para atividades como banho no leito, troca de fraldas, cuidados com dieta enteral etc.?
- 4). Com qual frequência você tem pacientes com essas características (acamados)? () sempre () raramente () às vezes
- 5). Quem orienta as famílias de seu território sobre esses cuidados?
- 6). Quem orienta “você” sobre esses cuidados?
- 7). Após a alta hospitalar do paciente acamado, quais são as principais informações que você leva as famílias?
- 8). Após a alta hospitalar, quais são as principais dificuldades relatadas pelas famílias que você atende e que gostaria de poder sanar?
- 09). Se houvesse um site com informações elaborado especificamente para auxiliar o ACS no atendimento à população acamada, você sugere algum assunto que você gostaria que estivesse nesse site?

**APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) -
ACS**

Eu, _____, brasileiro, _____anos, _____(estado civil), agente comunitário de saúde, estou sendo convidado a participar de um estudo denominado. TECNOLOGIA EDUCACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: Proposta de elaboração de uma tecnologia de suporte educacional ao Agente Comunitário de Saúde no apoio ao cuidado a pacientes acamados, cujos objetivos e justificativas são elaborar uma tecnologia educacional que atenda as demandas da população de agentes comunitários relacionadas ao cuidado com paciente com perca da autonomia.

A minha participação no referido estudo será no sentido de respostas a um questionário com perguntas simples de livre escolha relacionadas as minhas práticas diárias na orientação aos pacientes e seus familiares.

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios tais como promover pensamento reflexivo e criatividade nos diversos contextos das famílias acompanhadas por mim.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim como exposição de dados que fujam ao controle do pesquisador.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não serei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Geise dos Santos Klipel e Rafaela Schaefer (UNISINOS) e com eles poderei manter contato pelo telefone (54) 991799683.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo

e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor.

Porto Alegre, _____ de dezembro 2020.

APÊNDICE C – CARTA CONVITE AOS JUÍZES

Olá,

Tendo em vista sua expertise profissional e seu conhecimento relacionado a atenção a população com perda da mobilidade, gostaria de convidá-lo a participar da avaliação e validação de tecnologia educacional desenvolvida na Unisinos.

Trata-se de um website elaborado para educação em saúde com foco na população de agentes comunitários de saúde no acompanhamento a usuários com perda da autonomia, de minha autoria com orientação da Prof. Dr. Rafaela Schaefer.

Caso tenha interesse em participar, pedimos que confirme respondendo este e-mail até dia..... Na sequência, você receberá um link de acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e após o link de acesso ao Website. Você terá um prazo de até sete dias para realizar a avaliação que se dará de forma recorrente até a concordância mínima de 70% dos juízes.

Aos participantes será ofertado certificado de produção técnica como forma de apreço pela disponibilidade e empenho.

Desde já, nos dispomos para dúvidas, agradecemos sua atenção e contamos com sua participação.

Pesquisadora: Geise dos Santos Klipel

Email: geise_klipel@hotmail.com F: 54- 991799683

Orientadora: Rafaela Schaefer

E-mail: rafaschaerfer@unisinos.br F: 51 – 981261988

**APÊNDICE D - ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO - IVC - FASE 4 –
ÁREAS AFINS**

Itens de validação de Juízes De áreas afins por categoria/eixo. Favor utilizar os critérios descritos:

- 1 = não relevante ou não representativo;
- 2 = item precisa
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo;
- 4 = item relevante ou representativo.

Intencionalidade	1	2	3	4
Contempla o tema proposto				
Informações são relevantes				
Linguagem clara				
Esclarece dúvidas frequentes sobre o tema				
Incentiva o aprimoramento do cuidado				
Apresentação	1	2	3	4
Design atrativo				
Tamanho da fonte ideal				
Didática apropriada -				
Interatividade ideal – permite contato				
Informações objetivas				
Sequência lógica de ideias				
Relevância	1	2	3	4

Estimula o cuidado				
Contribui para o conhecimento na área				
Educa de forma atrativa				

APÊNDICE E- ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO - IVC - FASE 4 - SAÚDE

Itens de validação de Juízes da saúde por categoria/eixo. Favor utilizar os critérios descritos:

- 1 = não relevante ou não representativo;
- 2 = item precisa ser muito revisado para ser representativo;
- 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo;
- 4 = item relevante ou representativo.

Intencionalidade	1	2	3	4
Contempla o tema proposto				
Informações são relevantes				
Linguagem clara a população de ACS				
Esclarece dúvidas frequentes sobre o tema				
Incentiva o aprimoramento do cuidado				
Apresentação	1	2	3	4
Designe atrativo				
Tamanho da fonte ideal				
Didática apropriada -				
Interatividade ideal – permite contato				
Informações corretas				
Informações objetivas				
Sequência lógica de ideias				
Relevância	1	2	3	4

Estimula o cuidado				
Contribui para o conhecimento na área				
Educa de forma atrativa				

APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - JUÍZES

Eu, _____, brasileiro, _____ anos, _____ (estado civil), estou sendo convidado a participar de um estudo denominado: TECNOLOGIA EDUCACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: Proposta de elaboração de uma tecnologia de suporte educacional ao Agente Comunitário de Saúde no apoio ao cuidado a pacientes, com perda da mobilidade, cujos objetivos e justificativas são elaborar uma tecnologia educacional que atenda as demandas da população de agentes comunitários relacionadas as orientações ao indivíduo com perda da autonomia.

A minha participação no referido estudo será no sentido de respostas simples baseadas em escala Likert relacionadas as minhas percepções na semântica e apresentação das orientações disponíveis na tecnologia.

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como promover pensamento reflexivo e criatividade nos diversos contextos das famílias com indivíduos em perda da mobilidade.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim como exposição de dados que fujam ao controle do pesquisador.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo, caso seja este meu desejo. Em caso oposto, se desejar, o juiz poderá solicitar via e-mail e receber deste pesquisador um certificado de participação na avaliação da tecnologia.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Geise dos Santos Klipel e Rafaela Schaefer (UNISINOS) e com eles poderei manter contato pelo telefone (54) 991799683.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre

o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor monetário envolvido.

Porto Alegre, _____ de _____ 2021.