

SÉRIE | INTERLOCUÇÕES PRÁTICAS,
EXPERIÊNCIAS E
PESQUISAS EM SAÚDE

O CUIDADO DE MULHERES E CRIANÇAS:

produções éticas e estéticas
na atenção e na pesquisa

Lisiane Bôer Possa
Cristiane Scolari Gosch
Luiza Maria Plentz
Quelen Tanize Alves da Silva

editora



redeunida

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA REDE UNIDA

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA

O CUIDADO DE MULHERES E CRIANÇAS:

**produções éticas e estéticas
na atenção e na pesquisa**

Organizadoras:

Lisiane Bôer Possa
Cristiane Scolari Gosch
Luiza Maria Plentz
Quelen Tanize Alves da Silva

Setembro de 2023



Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

**O cuidado de mulheres e crianças:
produções éticas e estéticas na atenção e na pesquisa**

Organizadoras:

Lisiane Bôer Possa, Cristiane Scolari Gosch, Luiza Maria Plentz, Quelen Tanize Alves da Silva

Revisão:

Andresa Lira Silva, Angélica Araújo de Menezes, Frederico Viana Machado, Lisiane Bôer Possa, Luiza Maria Plentz, Márcia Maria Monteiro de Freitas, Natalia Sevilha Stofel, Sandra Maria de Oliveira Pereira, Stela Nazareth Meneghel, Suely Cristina Bezerra de Carvalho e Vitória D'Ávila Pedroso

Esta publicação foi feita em parceria com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), que financiou diversas iniciativas de dimensionamento da força de trabalho e a produção e disseminação de conhecimentos para o fortalecimento do campo de saberes e práticas da gestão do trabalho na saúde.



Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados

Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Ceccon, Stephany Yolanda Ril, Virgínia de Menezes Portes

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Àngel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha).
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália).
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália).
Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha).
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América).
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil).
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil).
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil).
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense).
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil).
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil).
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil).
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina).
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil).
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil).
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil).
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil).
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália).
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil).
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil).
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil).
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil).
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil).
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Rossana Staeve Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil).
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra).
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil).
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil).
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil).
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil).
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Camila Fontana Roman

Projeto Gráfico, Capa e Diagramação

Renato Pereira Jr.



editora
redeunida

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C966

O cuidado de mulheres e crianças: produções éticas e estéticas na atenção e na pesquisa / Organizadoras: Lisiane Bôer Possa; Cristiane Scolari Gosch; Luiza Maria Plentz e Quelen Tanize Alves da Silva – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2023.

150 p. (Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v.42).

E-book: PDF.

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5462-086-4

DOI 10.18310/9786554620864

1. Assistência Integral à Saúde. 2. Educação em Saúde. 3. Cuidado. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 300
CDU 618.2-083

Ficha catalográfica elaborada por Alana Santos de Souza – Bibliotecária – CRB 10/2738



PREFÁCIO

*Célia Maria Borges da Silva Santana
Fernanda Tavares Costa de Souza Araújo
Vanessa Gabrielle Diniz Santana*

A coletânea de textos “Cuidar de mulheres e crianças no SUS: diálogos sobre a gestão do trabalho e educação e as práticas do cuidado” tem por objetivo registrar e compartilhar experiências de caráter interdisciplinar, transversal às grandes áreas de conhecimentos da saúde, ciências humanas e sociais, em particular o campo da saúde coletiva.

Em relação ao presente livro, os capítulos apresentam múltiplos campos de problematização os quais interagem através do desafio de desenvolver um diálogo entre o campo científico com o âmbito de práticas, entre a gestão do trabalho e da educação e o cuidado de mulheres e crianças, analisando e repensando a realização das ações em diferentes instituições ou órgãos.

O livro traz a discussão das práticas de cuidado, que colocam a integralidade da mulher no foco, apresentando experiências que envolvem discussões sobre racismo, território, mulheres migrantes, violência, acolhimento, construção de vínculo e protagonismo, desenvolvimento infantil, pandemia, modelos de cuidado e educação. Além disso, as produções trazem inovações para o sistema de saúde, ao desenvolverem ferramentas para o cuidado e para a disseminação de práticas em saúde.

Destacamos que num momento que o País estava imerso numa onda de negacionismo da ciência e desmonte das políticas sociais, a SES PE por meio de parceria com a OPAS e a Rede Unida desenvolve esse projeto para evidenciar o trabalho real e pautado na realidade dos territórios de saúde, e com isso, reafirmar o compromisso com o SUS e com a ciência.

Por isso, essa obra mostrará experiências e modos de olhar sobre “o cuidado de mulheres e crianças: produções éticas e estéticas na atenção e na pesquisa”, desenvolvidos nos serviços de saúde de Pernambuco e de outras instituições, e que se espera que esse compartilhamento possa apoiar e incluir o desenvolvimento de práticas com responsabilidade ética, política e técnica.

Em defesa do SUS e da legitimidade da Ciência. Desejamos uma boa leitura e abertura de novos caminhos.

SUMÁRIO

PREFÁCIO	7
<i>Célia Maria Borges da Silva Santana; Fernanda Tavares Costa de Souza Araújo e Vanessa Gabrielle Diniz Santana</i>	
A POTÊNCIA DA ESCUTA PARA PRODUÇÃO DE PRÁTICAS E DE CONHECIMENTO NO CUIDADO DAS MULHERES E DAS CRIANÇAS	10
<i>Quelen Tanize Alves da Silva; Frederico Vianna Machado e Lisiane Bôer Possa</i>	
OLHAR DE MULHERES SOBRE O ACOLHIMENTO E ARTICULAÇÕES COM A INTEGRALIDADE DO CUIDADO	18
<i>Priscylla Helena Alencar Falcão Sobral, Kelle Caroline Filgueira da Silva e Juliana Freitas Campos</i>	
RACISMO VERSUS INTEGRALIDADE DO CUIDADO: UM ESTUDO AVALIATIVO DO PRÉ-NATAL EM MULHERES NEGRAS NA PERIFERIA URBANA DE UM MUNICÍPIO DE UMA REGIÃO METROPOLITANA	27
<i>Rose Mari Ferreira e Alcindo Antônio Ferla</i>	
ACOLHIMENTO DA MULHER MIGRANTE VENEZUELANA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA PROPOSTA TEÓRICO-REFLEXIVA	36
<i>Ana Beatriz Oliveira Costa; Gleidilene Freitas da Silva e Paulo Sérgio da Silva</i>	
PERCEPÇÃO DAS PARTURIENTES MIGRANTES VENEZUELANAS SOBRE A BARREIRA LINGUÍSTICA NO ATENDIMENTO DO TRABALHO DE PARTO	45
<i>Juliana Araújo Dueñas e Tércia Millene de Almeida Costa Barreto</i>	
TECENDO O CUIDADO: ACOLHIMENTO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA EM UM HOSPITAL REGIONAL DE PERNAMBUCO	57
<i>Janaina Caroline Cavalcanti da Silva; Daniela Romeiro Souto Lima e Camila Marques Beserra</i>	
ESTRATÉGIA DE AMADRINHAMENTO DE GESTANTES ADMITIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE PERNAMBUCO: FORTALECENDO O VÍNCULO E O ACOLHIMENTO HUMANIZADO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO	69
<i>Isabel Helena de Souza Leal Costa; Erotildes Antunes Xavier; Severino Aguinildo de Lima; Ana Carulina do Nascimento Soares; Maria Luzia Pereira Alves Januário; Isabelle Karla da Silva Melo Farias; Emmanuely Correia de Lemos e Vanessa Gabrielle Diniz Santana</i>	

A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL PARA ASSISTÊNCIA NOS PRIMEIROS MIL DIAS DE VIDA DO BEBÊ

Sabrina Silva dos Santos

75

RELATO DA EXPERIÊNCIA DE PRODUÇÃO DE VÍDEOS DE INCENTIVO AO PARTO VAGINAL: A RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA PROMOVENDO EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Cleonúcia Batista Leite de Vasconcelos; Célia Maria Borges da Silva Santana; Lílian Silva Sampaio de Barros; Leticia Maria Correia Katz; Régia Maria Batista Leite; Roseane Leite Lopes e Vanessa Alves de Souza

89

MÍDIAS SOCIAIS COMO ESTRATÉGIA EDUCATIVA PARA A SAÚDE DAS MULHERES NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: UMA FERRAMENTA NECESSÁRIA NO CONTEXTO PANDÊMICO DA COVID-19

Juliana Romano de Lima; Eunice de Fátima Soares da Cunha; Gabriela Silva Esteves de Holanda; Lília Costa Nascimento; Luciana Conceição Ferreira da Silva e Marcela Cláudia de Paula Oliveira

98

VIVÊNCIAS DE CRIANÇAS ASMÁTICAS CONTADAS A PARTIR DE DESENHO-ESTÓRIA ATENDIDAS EM AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL-ESCOLA

Jackeline Maria Tavares Diniz; Karla Hellen Dias Soares; Tamyris Arcoverde Santos; Décio Medeiros Peixoto; Ana Virginia Rodrigues Verissimo; Luciane Soares de Lima Wanderley e Estela Maria Leite Meirelles Monteiro

105

GINCANA ROSA: ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

Maria Tatiane Alves da Silva; Marcos Henrique Oliveira Sousa e Elaine Rufino Barbosa da Silva

116

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO MANEJO DA DOR EM UNIDADE NEONATAL NO EXTREMO NORTE BRASILEIRO

Brunna Caroline Brígia dos Santos e Cintia Freitas Casimiro

123

COINFEÇÃO HIV E SÍFILIS NA GESTAÇÃO: ESTUDO DE CASO SOBRE O ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL DA EQUIPE SAE/PAULISTA

Laís de Souza Monteiro; Milena Ribeiro de Moura Lobo; Anne Karoline Vasconcelos e Grace Kelly da Silva Lima

133

ÍNDICE REMISSIVO

143

SOBRE OS AUTORES E AS AUTORAS

147

A POTÊNCIA DA ESCUTA PARA PRODUÇÃO DE PRÁTICAS E DE CONHECIMENTO NO CUIDADO DAS MULHERES E DAS CRIANÇAS

*Quelen Tanize da Silva
Frederico Vianna Machado
Lisiane Bôer Possa*

Este livro, que intitulamos “O cuidado de mulheres e crianças: produções éticas e estéticas na atenção e na pesquisa”, busca jogar luz sobre a produção do cuidado considerando a humanização no campo da saúde é descrita como uma aposta ético-estético-política. O Livro é um mosaico, desenhado pelas organizadoras(es) e autoras(es), que nos mostra os desafios para contemplarmos no cotidiano dos serviços de saúde a integralidade do Cuidado e é resultado de um termo de referência público resultado da Parceria entre a Organização Panamericana de Saúde, Associação Brasileira da Rede Unida e Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

Um livro que nos apresenta a diversidade do Estado de Pernambuco na configuração de seu povo (diversidade essa, que expressa o nosso Brasil) e, assim, verificamos ao longo da leitura e no dedilhar ao virar as páginas lendo os escritos, diferentes realidades, com diversas mulheres e experiências/vivências, que estão circunstanciadas pela sua cor, raça, condição econômica, condições sociais, dentre tantos fatores que interferem em nossos modos de andar na vida.

O modo como vemos e tratamos as crianças, varia em cada sociedade e momento histórico. A própria noção de que a infância se refere a um estágio singular do desenvolvimento humano e que merece ser tratada com especificidades é uma construção moderna. O livro “História social da infância e da família” (ARIÈS, 1978), escrito por Philippe Ariès, é um marco nos estudos sobre o tema e seu original foi publicado na década de 1960. Segundo este autor, a noção de infância começa a ganhar atenção no iluminismo e se torna um objeto de intervenção estatal com o avanço da escolarização em massa. As instituições escolares passaram a se responsabilizar pela educação formal e a família tornou-se prioritariamente um espaço de afeto. Entretanto, estas transformações, além de suas diferenças históricas, são contingenciadas por recortes sociais, econômicos e culturais, de forma que nem todas as crianças têm o direito a viver a “infância”, tal como a concebemos.

Se olharmos para o contexto brasileiro, até o início da década de 2000, aproximadamente 300 crianças morriam de fome por dia, como noticiado em uma reportagem marcante do Jornal Nacional que foi ao ar em meados de 2001¹. O Estudo Nacional de Despesas Familiares identificou algum grau de desnutrição em 46% das crianças menores de 5 anos no Brasil durante a década de 1970 (ARANHA, 2010).

¹ Esta reportagem está disponível no YouTube, no link: <https://youtu.be/UI3yFKVrE4I>.

O acesso à educação também denuncia a precariedade na qual vivem as crianças brasileiras. Vieira (2010, p. 818) aponta que “em 2001, apenas 10,6% das crianças de 0 a 3 anos frequentavam creches. No período 2001-2008, o atendimento de crianças em creche cresceu apenas 8,7 pontos percentuais, alcançando 18,1%”. Este cenário está marcado por profundas desigualdades, uma vez que a “frequência de crianças pertencentes às famílias com renda per capita de até meio salário mínimo (12,4%) foi 3,2 vezes menor do que a de crianças pertencentes a famílias com renda de três ou mais salários mínimos mensais (39,5), em 2008” (VIEIRA, 2010, p. 819).

Em que pese este cenário, observa-se que no período entre 1996, ano de aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação, e o ano de 2017 ocorreu ampliação do atendimento na Educação infantil, seja na creche ou na pré-escola. Na primeira (faixa etária de 0 à 3 anos) o crescimento foi de 4,6 vezes, partindo de atendimento de 7,4% das crianças em 1996 para 34% em 2017. No caso da pré-escola (faixa etária de 4 e 5 anos) as taxas de atendimento mais que dobraram no período atingindo atendimento de 97% das crianças. No entanto, a desigualdade de acesso permanece, entre a população urbana e rural, em relação às características étnico-raciais e entre os 20% mais ricos e os 20% (PINTO; CORREA, 2020) Essas informações expressam a distinção na atenção das crianças no Brasil e a desigualdade estrutural que torna o nosso país o 7º mais desigual do mundo (VERCESI DE ALBUQUERQUE et al., 2021).

Uma pesquisa realizada pela UNICEF (2021) revela o cenário assustador produzido pela pandemia no acesso à escolarização. Segundo esta pesquisa, 5,1 milhões de crianças e adolescentes estavam sem acesso à educação no final do ano de 2020, destes, 41% tinham de 6 a 10 anos de idade; 27,8% tinham de 11 a 14 anos; e 31,2% tinham de 15 a 17 anos. Se considerarmos a população de pretos, pardos e indígenas, a exclusão sobe para 69,3%. A pesquisa ressalta ainda as desigualdades regionais. Enquanto as regiões Norte e Nordeste apresentavam, respectivamente, 28,4% e 18,3% de crianças e adolescentes de 6 a 17 anos sem acesso à educação, as demais regiões foram menos afetadas - Sudeste 10,3%, Centro-Oeste 8,5% e Sul 5,1%. (UNICEF, 2021).

Mesmo passados mais de 30 anos da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), a igualdade de oportunidades para a vivência da infância e acesso às políticas públicas permanece uma promessa não cumprida. Ao contrário, a partir de 2017 temos visto o aumento da fome e da precariedade na escolarização, sobretudo nas classes economicamente desfavorecidas, o que foi agravado pela pandemia da COVID-19. O estudo realizado em 2022 pela Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar denunciou que 33 milhões de brasileiros convivem com a fome atualmente. Deste total, é importante destacar as desigualdades de raça e gênero. Houve um aumento de mais de 60,0% de pessoas convivendo com a fome, entre negros, e de 34,6% entre brancos. Entre as famílias chefiadas por mulheres o aumento foi de 19,3% e nas chefiadas por homens foi de 11,9% (PENSSAN, 2022). A pandemia da COVID-19 também aumentou a taxa de mortalidade que no Brasil está aquém de países mais desenvolvidos.

Com o precário acesso à educação das crianças, o agravamento da insegurança alimentar e com poucas perspectivas de melhora, o cuidado se torna um objetivo ainda mais urgente e desafiador para as políticas de saúde. As mães, desde a gestação até a educação dos filhos, sofrem com a precariedade e as desigualdades no Brasil. Estas mulheres aportam especificidades em busca de um atendimento que contemple a integralidade e a humanização necessárias para a qualificação e resolutividade das ações de cuidado na gestação, parto e puerpério.

Ao longo da história houveram transformações significativas do cuidado das mulheres e das crianças nos momentos da gestação, parto e puerpério. As parteiras e as mulheres próximas foram, por séculos,

as cuidadoras do partear. Suas práticas eram orientadas por um rico saber popular sobre o corpo feminino e os recém-nascidos. O movimento da caça das bruxas, que resultou na morte de milhares mulheres cuidadoras, constituiu o monopólio do saber médico, reservado aos homens. A obstetrícia surge como disciplina científica no século XII e XIII, na esteira do modelo da racionalidade científica moderna e mecanicista, movimento que vigora até hoje, nomeado como modelo biomédico que aliado ao capitalismo no século XVIII constituiu a medicalização dos corpos (MENEZES, 2022). Ao concentrar-se em partes cada vez menores do corpo, a medicina moderna perde de vista o ser humano como um todo e sua inter-relação com o contexto em que vive (BRASIL, 2010).

O cuidado domiciliar por obstetrizas/parteira eram preponderante no século XIX. A progressão da institucionalização do parto no século XX elimina estas práticas e resulta na medicalização do parto e perda da autonomia das mulheres, bem como, no aumento de práticas invasivas, desnecessárias, potencialmente iatrogênicas. O resultado deste processo é o aumento das cesáreas desnecessárias, do risco das mulheres e crianças (MENEZES, 2022).

Com a mudança do parto domiciliar para o institucionalizado, a mulher foi afastada de sua família e rede social. O parto e o nascimento passaram a ser acompanhados e programados de acordo com as necessidades dos profissionais da saúde. As mães se tornam passivas no partear, perdem o poder de decisão sobre como e onde será o parto. Grandes enfermarias coletivas retiravam a privacidade e, as regras rígidas a possibilidade de se ter uma rede de apoio durante o internamento (MENEZES, 2022 p. 15).

Para compreender esse contexto nos ajuda o termo “viés de gênero” que significa a naturalização dos erros sistemáticos que tem como resultado “*superestimação dos benefícios da tecnologia, e a subestimação, ou mesmo invisibilidade (cegueira), quanto aos efeitos adversos das intervenções*” (DINIZ, 2009, p.318). Este conceito nos permite contextualizar a violência obstétrica a qual as mulheres são submetidas, o excesso de cesáreas, de ações invasivas e desnecessárias, que ocorrem mesmo que se tenha estudos e evidências que explicitem e denunciem essas práticas e o malefício tanto para a mulher quanto para o bebê.

A transformação desta realidade e dos modelos de assistência às mulheres é um processo que vem ocorrendo desde do final da década de 1970. A partir do movimento feminista e da articulação de vários atores sociais surgem propostas de um novo modelo de atenção, cuja centralidade são os direitos e a autonomia das mulheres, bem como estímulo do parto normal e humanizado (MENEZES, 2022).

A partir da primeira década do século XXI o Brasil desenvolveu políticas públicas que foram destaques no mundo com objetivo de superar a lógica medicalizada que dominou o partear. Um exemplo é a Rede Cegonha. Com esta política o Sistema Único de Saúde assumiu o desafio de produzir políticas públicas que oportunizassem às mães e aos bebês acesso e qualidade no cuidado no pré-natal, parto, pós-parto e infância. Esta rede temática surge num momento em que a organização das Redes de Atenção à Saúde assume a centralidade no Sistema Único de Saúde brasileiro. Em que pese o Brasil ter obtido resultados importantes para a redução da mortalidade materna e infantil a partir da década de 1990, no momento da criação da RC esses indicadores eram piores do que os encontrados em outros países . A mortalidade neonatal teve uma redução menor do que as demais no Brasil o que expressa a insuficiência da oferta e da qualidade de ações e serviços de saúde na atenção ao parto que é a principal causa de óbitos nesta faixa etária.

A Rede Cegonha foi a política proposta para enfrentar o desafio de reduzir a mortalidade materna e infantil no Brasil. Tratou-se de uma proposta de organização das ações e serviços de saúde com o objetivo de garantir o acesso e a qualificação da atenção às crianças e as mulheres nos componentes da atenção ao pré-natal, ao parto, ao nascimento e à primeira infância, com ênfase aos dois primeiros anos de vida.

A construção das políticas, como as do cuidado das mulheres e crianças, é um processo que implica o desejo e o compromisso dos trabalhadores e gestores para repensar a organização dos serviços e as práticas de cuidado no interior destes. Tornar o cuidado das pessoas o centro dos processos de trabalho demanda o reconhecimento da importância da participação. Neste caso as mulheres e suas lutas feministas produziram movimentos de transformação social, de enfrentamento a desigualdade de gênero e de resgate do pertencimento e da autonomia das mulheres sobre os seus corpos.

A crítica formulada pelo feminismo explicita a perspectiva excludente que tem como referência um “homem universal, branco-heterossexual-civilizado-do-Primeiro-Mundo” e explicita a desvalorização das práticas femininas. A partir das contribuições feministas é reformulada a relação entre teoria e prática e a sensibilidade torna-se imprescindível para a construção do conhecimento. Também se abre a possibilidade de epistemologias, que tornam possível a crítica radical da desigualdade e os movimentos para a sua supressão, produzidas pelos excluídos desvelam os sistemas de opressão, dominação e discriminação (RAGO, 1998). São esses pressupostos que tem gerado inúmeras iniciativas que buscam transformar as formas violentas e excludentes do cuidado e do reconhecimento das práticas das mulheres no partear. Assim como se produzem novas relações sociais fundadas no reconhecimento de que as crianças não são apenas das mães, mas também dos pais e da comunidade. Estas são lutas e construções que nos convidam a inventar possibilidades de pensar e fazer saúde nas relações cotidianas do trabalho e das vidas.

Os escritos trazidos aqui pelos autores e autoras nos instiga a problematizar essas várias perspectivas, fundamentais para uma produção de cuidado na qual as necessidades dessas mulheres e crianças tenham centralidade. Entretanto, as “necessidades” devem ser consideradas juntamente aos recursos e saberes próprios destes sujeitos. Esta articulação, entre um olhar atento às demandas e necessidades, mas que considere as potencialidades culturais, produtivas e intelectuais dos destinatários das ações de cuidado, é o caminho para a construção de um projeto terapêutico humanizado e que permita o apoio, o suporte a retomada de suas condições de saúde para viverem suas vidas com autonomia.

As características coletivas e singulares dessas mulheres e crianças (o plural aqui simboliza a diversidade, uma multidão com diferentes singularidades) que se constituem como o alicerce para organização de um cuidado integral, que precisa ser pensado a partir da articulação dos serviços, de uma perspectiva intersetorial e que contemple um olhar ampliado que considere o ser humano em sua integralidade. Pensar a Integralidade com essas dimensões nos coloca a necessidade de pensar a formação, a assistência, a promoção do autocuidado, a organização de processos de trabalho e elaboração de políticas públicas.

O capítulo “Olhar de Mulheres sobre o acolhimento e articulações com a Integralidade do Cuidado” que nos apresenta um recorte da Pesquisa “Contribuições e Potencialidades das metodologias ativas para a integralidade do cuidado à saúde das mulheres”. A abordagem das autoras nos permite compreender como mulheres assistidas pela ESF percebem o acolhimento, traduzido para elas como importante instrumento que tem maior ou menor potencial para resolver suas demandas e o fortalecimento da capacidade das mulheres para identificar suas demandas, reconhecer e reivindicar seus direitos, a fim de garantir a autonomia e o autocuidado.

O capítulo “Racismo versus Integralidade do Cuidado: um estudo avaliativo do pré-natal em mulheres negras na periferia urbana de um município de uma região metropolitana” nos coloca o desafio de olharmos políticas, serviços e ações em saúde a partir da categoria Integralidade da Atenção e nos apresenta o debate da atenção a saúde bucal durante o pré-natal de mulher negras. O

constructo de “mulher negra”, nesse debate, se relaciona a produção de subjetividades de pessoas e coletividades, mas agrega condições bem específicas e singulares. Assim, a partir desse escrito nos aproximamos da compreensão que a atenção a saúde tenção à saúde pode configurar-se como um marcador avaliativo da justiça social e da satisfação dos direitos previstos na legislação.

Uma reflexão sobre a escuta qualificada, vínculo e clínica ampliada é o que nos traz o capítulo “Acolhimento da mulher migrante venezuelana na Atenção Primária à Saúde: uma proposta teórica- reflexiva”. Assim, temos um ensaio teórico-reflexivo sobre o acolhimento produzidos pelos profissionais de saúde às mulheres imigrantes da Venezuela, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, que nos permite a construção de práticas em saúde.

O Capítulo “Percepção das parturientes migrantes venezuelanas sobre a barreira linguística no atendimento do trabalho de parto” coloca em relevo, mais uma vez, que para a integralidade do cuidado é imprescindível que seja contemplada a equidade, tornando-se necessário na produção do cuidado pensar gênero, raça, etnia, culturas, condições socioeconômicas.

Compreender o acolhimento realizado pelos serviços de saúde as mulheres em situação de violência é o debate e reflexão que capítulo “Tecendo o Cuidado: Acolhimento às mulheres em situação de violência em um Hospital Regional de Pernambuco” nos proporciona. Esse escrito explicita que a compreensão sobre a questão da violência contra às mulheres é extremamente relevante para os profissionais de saúde poderem trabalhar com uma nova concepção que incorpore as necessidades imediatas das mulheres, o risco eminente ou potencial, mas, também, o histórico dessa violência e todas as dúvidas e incertezas que possam apresentar no percurso que realizem em busca de apoio.

No capítulo “Estratégia de amadrinamento de gestantes admitidas em uma maternidade pública de Pernambuco: fortalecendo o vínculo e o acolhimento humanizado na assistência ao parto”, os autores apresentam um relato de experiência que nos mostra um método utilizado em um serviço para reorganização da atenção ao parto e construção de vínculos entre parturiente e profissionais de saúde.

“A Educação Permanente em Saúde como ferramenta de capacitação profissional para assistência nos primeiros mil dias de vida do bebê” trata-se de um relato de experiência, a partir da vivência da autora no cotidiano profissional durante as capacitações de Educação Permanente em Saúde sobre o desenvolvimento infantil. A Educação Permanente em Saúde emerge nessa experiência como grande potencializadora de uma produção do cuidado balizado pela integralidade, uma vez que ressignifica práticas, expande perspectivas de abordagens terapêuticas e cria novas ferramentas para o cuidado.

O capítulo “Relato da Experiência de Produção de vídeos de Incentivo ao parto vaginal: A Residência em Enfermagem Obstétrica promovendo Educação em Saúde” nos apresenta o relato de experiência de integrantes do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica (PREO) da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, no qual por meio da produção de vídeos, advindos das mulheres e profissionais assistenciais, buscavam estimular o parto vaginal, proporcionando a ida das mulheres para a maternidade em tempo oportuno e esclarecendo sobre a segurança de ir em busca da maternidade, mesmo em situação de pandemia. Uma experiência que permitiu aos residentes e outros profissionais envolvidos exercitar a Educação em Saúde e que nos suscita reflexões para formação a partir das realizadas dos serviços.

“Mídias Sociais como estratégias educativas para a saúde das mulheres no ciclo gravídico puerperal: Uma ferramenta necessária no contexto Pandêmico” é um capítulo que nos traz a reflexão das mídias sociais e saúde. A Pandemia mudou comportamento humanos e relações sociais, nesse sentido as mídias digitais e ferramentas educativas digitais auxiliaram na comunicação e enfrentamento ao vírus; no entanto notícias falsas e iniquidades sociais, também, colocaram-se como desafios e necessidades; pois nem todas as pessoas tem o mesmo acesso a bens e serviços que permitam a reprodução de suas vidas.

“Vivência de crianças asmáticas contadas a partir de desenho-estória atendidas em ambulatório de um hospital-escola”, esse capítulo nos leva a reflexão de como uma doença causa tristeza e ansiedade, restringe o brincar e a socialização e pode ser limitador nas possibilidades de ser de uma criança e seu desenvolvimento pleno. Assim, a comunicação e compreender a experiência da criança por meio de desenho-estória torna-se necessário para o desenvolvimento de projetos terapêuticos que estejam conectados ao mundo da criança e possibilite desenvolver o autocuidado.

Os escritos do artigo “Gincana Rosa: Estratégia de Educação em Saúde para prevenção de Câncer de Mama” trata-se de um relato de experiência, de Residentes em Saúde Programa Multiprofissional de Interiorização de Atenção à Saúde, sobre a realização da Gincana Rosa, uma atividade de Educação em Saúde. A atividade mostrou-se um importante dispositivo para construção compartilhada de conhecimentos e facilitação de aprendizagem; sendo importante os primeiros passos no enfrentamento ao Câncer de Mama em um contexto de necessário fortalecimento de Rede de Atenção a Saúde e Políticas Públicas.

Como cuidar aquele/aquela que não conseguem dizer o que sentem? Essa é uma questão que nos traz o capítulo “Atuação da enfermagem no manejo da dor em Unidade Neonatal no Extremo Norte Brasileiro” quando busca entender a compreensão de dor e manejo em pacientes neonatos. Mais uma vez, verificamos a Educação Permanente em Saúde como importante ferramenta na garantia do cuidado integral.

Por último, temos o capítulo “Coinfecção HIV e Sífilis na Gestação: Estudo de Caso sobre acompanhamento Multiprofissional da Equipe SAE/Paulista” que nos traz um relato de experiência de acompanhamento de uma gestante com coinfecção de HIV e sífilis, observando a atuação de uma equipe multiprofissional na busca da garantia da integralidade da atenção em saúde.

Este livro nos apresenta experimentações comprometidas com a produção da igualdade e da equidade tecidas no cuidado, na educação e na comunicação. Nos conta sobre o enfrentamento ao racismo e a violência, mas também da generosidade com as mulheres que chegam de territórios, com histórias e linguagens diversas. Nos mostra o acolhimento, o vínculo e a humanização como produção dos encontros gestados nas relações cotidianas entre trabalhadores, mulheres e crianças. Nos convida a construção do Sistema Único de Saúde, a indignação com as desigualdades, a reinvenção dos saberes e fazeres sensíveis as diferenças, as vidas e as singularidades que garantam direitos, produzam emancipação, protagonismo e potencializem projetos de felicidade.

CALIGRAFIA DA RESISTÊNCIA

*queria ter essas mãos
que se estendem
e curam passagens
como pontes
para pés hesitantes
como água
para barro quente
e vermelho*

*mãos
puras de certeza
e sangue*

*queria ter essas
mãos
que escrevem
a caligrafia da resistência
os discursos que
irão e continuarão
exclamando cheios
de força
jorrando
identificação
essas mãos*

*de quem costurou
buracos de bala
arrancou dentes
podres
encheu potes de
pus
transformou
choro em
vinho
multiplicou pães
e feixes
botou fogo
em tudo*

*e pos o corpo
ardendo
em círculos
de dança*

(ARRAES, 2018)

Referências

- ARANHA, A. V. (ORG). **Fome Zero: Uma História Brasileira**. Brasília, DF: Ministério Zero, v. 1, 2010. 190 p. ISBN 978-85-60700-42-4 1. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/Fome%20Zero%20Vol1.pdf>
- ARIÈS, P. **História social da infância e da família**. Tradução: D. Flaksman. Rio de Janeiro: LCT, 1978.
- ARRAES, J. **Buraco em meu nome**. São Paulo: Editora Jandaíra, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais** [recurso eletrônico] : o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 90 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
- DALL'ARA, J. Taxa de mortalidade materna no Brasil cresce principalmente por falta de recursos. **Jornal da USP**, 11/04/2022. Disponível em: <https://jornal.usp.br/?p=507177>
- DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Journal of Human Growth and Development**, v. 19, n. 2, 2009.
- MENEZES, A. A. Parir e Nascer: as práticas e os afetos. Em: POSSA, L. B.; GOSCH, C. S.; FERLA, A. A. (Eds.). **Organização tecnoassistencial do cuidado à mulher e à criança recém-nascida no estado do Maranhão**. 1. ed. Porto Alegre - RS: Editora Rede Unida, 2022. p. 14–22.
- PENSSAN. **Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil** [livro eletrônico]: II VIGISAN : relatório final/Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar – PENSSAN. São Paulo, SP :Fundação Friedrich Ebert : Rede PENSSAN, 2022
- PINTO, J. M. DE R.; CORREA, B. C. Educação infantil e a política de fundos: como tem caminhado essa etapa educacional, em especial com a aprovação do Fundeb? **FINEDUCA - Revista de Financiamento da Educação**, v. 10, 1 out. 2020.
- RAGO, Margareth. Epistemologia feminista, gênero e história. In: PEDRO, Joana Maria e GROSSI, Miriam Pillar. (orgs.) **Masculino, feminino, plural: gênero na interdisciplinaridade**. Florianópolis, Ed. Mulheres, 1998, p.24.
- UNICEF Brasil. **Cenário da Exclusão Escolar no Brasil. Um alerta sobre os impactos da pandemia da covid-19 na Educação**. Brasília: UNICEF, 2021.
- VERCESI DE ALBUQUERQUE, M. et al. **Desigualdade, situação geográfica e sentidos da ação na pandemia da COVID-19 no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. 12, p. 208720, 11 jan. 2021.
- VIEIRA, L. M. F. A Educação infantil e o Plano Nacional de Educação: as propostas da CONAE 2010. **Educação & Sociedade** [online]. 2010, v. 31, n. 112 [Acessado 10 Outubro 2022] , pp. 809-831. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-73302010000300009>>. Epub 30 Nov 2010. ISSN 1678-4626. <https://doi.org/10.1590/S0101-73302010000300009>.

OLHAR DE MULHERES SOBRE O ACOLHIMENTO E ARTICULAÇÕES COM A INTEGRALIDADE DO CUIDADO

*Priscylla Helena Alencar Falcão Sobral
Kelle Caroline Filgueira da Silva
Juliana Freitas Campos*

Introdução

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher propõe a humanização e a qualidade do atendimento como princípios para a efetivação da integralidade no cuidado às mulheres nos diferentes níveis do sistema de saúde (BRASIL, 2011). Embora sejam uma condição essencial para que as ações de saúde sejam resolutivas, ainda são questões pendentes nas práticas de às mulheres, sobretudo pela cultura biomédica que ainda orienta a produção do cuidado.

Para que a integralidade seja efetivada, é requisito garantir acolhimento de qualidade e que profissionais de saúde tenham capacidade de identificar e compreender necessidades e de atender as expectativas das usuárias com ações resolutivas, a fim de promover a satisfação e fortalecer o vínculo com a Unidade Básica de Saúde (UBS) (SCHIMITH et al., 2011).

Outra diretiva para se alcançar práticas integrais de cuidado está relacionada ao acolhimento, que pode ser entendido como a maneira ética de reconhecer o que o/a outro/a traz como autêntica e singular necessidade de saúde. Por meio do qual é possível fortalecer as relações de confiança, o compromisso e o vínculo entre usuários/as e profissionais de saúde através da escuta qualificada e, com isso, atender as necessidades com base na proposta da integralidade (CHAGAS; PEREIRA; CASTRO, 2015).

Nesse sentido, a acolhida prevê a oferta de serviços bem como a responsabilização pelos problemas de saúde, com valorização da comunicação entre a equipe e usuários/as. Acolher é também garantir espaço de escuta ativa por meio do qual se deve ofertar respostas adequadas a cada pessoa que busca a unidade de saúde (CARLI et al., 2014).

A escuta, a afetividade e a visão mais apurada na busca de identificar e atender as necessidades de saúde, são ações que fazem parte do processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF), essenciais para que o acolhimento humanizado se concretize como ponto de partida para construção de uma relação de empatia e respeito (GARUZI et al., 2014).

Nesse contexto, a humanização no campo da saúde é descrita como uma aposta ético-estético-política, pois envolve atitude de usuários/as, gestores/as e profissionais de saúde comprometidos e corresponsáveis pela produção da saúde (ético) e de subjetividades autônomas (estético), e está associada à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do Sistema Único de Saúde (política) (SUS) (VERDI; FINKLER; MATIAS, 2015).

No campo da assistência à mulher, a qualidade da atenção exige mais do que a resolução de problemas, demanda o olhar cuidadoso e a escuta ativa, traduzidas e materializadas em práticas de cuidado sensíveis e humanizadas. Requer, ainda, o fortalecimento da capacidade das mulheres para identificar suas demandas, reconhecer e reivindicar seus direitos, a fim de garantir a autonomia e o autocuidado dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011).

Considerando que o acolhimento é fundamental para o processo de cuidar das mulheres, e entendendo ser um instrumento para que o cuidado integral se efetive, buscou-se nesse estudo conhecer a percepção de mulheres usuárias da ESF sobre acolhimento. Com isso, espera-se repensar as práticas de cuidado à mulher na ESF no sentido de qualificar o cuidado a partir da humanização, da ética e da escuta, essenciais para romper com a fragmentação e o distanciamento dos serviços.

Método

Estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com mulheres usuárias da ESF de uma cidade no Semiárido Nordeste. Trata-se de um recorte da pesquisa matriz “Contribuições e Potencialidades das metodologias ativas para a integralidade do cuidado à saúde das mulheres”, realizada no período de abril de 2018 a abril de 2019. Participaram oito mulheres, considerando os critérios: ser usuária do serviço; ter disponibilidade para compor um grupo educativo; e ter idade maior que 18 anos.

Optou-se pela oficina de reflexão como técnica para produção do material empírico, uma vez que permite problematizar e refletir sobre o cotidiano das mulheres, sendo adequada para se trabalhar questões ligadas às práticas educativas em saúde desenvolvidas com usuárias da ESF (FONSECA; AMARAL, 2012). Na pesquisa matriz, foram realizadas três oficinas, desenvolvidas pelas pesquisadoras seguindo as etapas de apresentação e integração; desenvolvimento do tema; socialização das experiências; síntese; avaliação; descontração/ relaxamento (COELHO et al., 2009).

A primeira foi intitulada “Sinalizando Demandas” e teve como objetivo identificar as necessidades de educação em saúde priorizadas por usuárias da UBS, a fim de extrair temas centrais que foram utilizados como base teórica para oficinas educativas subsequentes, como estratégia de cuidado às mulheres da ESF.

Nesta, foi possível eleger os temas mais relevantes priorizados pelas mulheres: humanização e acolhimento na ESF, exercício da sexualidade e saúde mental, enfatizados como questões prioritárias para serem trabalhadas no campo de cuidados com esse público. Dessa forma, foi elaborada e executada a oficina de reflexão *Humanização e acolhimento às mulheres na ESF*, cujo material empírico foi utilizado para produção do presente manuscrito. A oficina teve objetivo de promover um espaço de acolhimento às mulheres usuárias da UBS com foco na humanização e na escuta qualificada.

Na dinâmica de integração, solicitou-se que cada mulher compartilhasse um problema para ser acolhido pelo grupo. A cada fala, as mulheres escolhiam uma flor contendo uma mensagem de acolhimento, liam em voz alta e abraçavam outra participante. A finalidade foi fazer com que elas sentissem que suas demandas eram acolhidas.

Para o desenvolvimento do tema, optou-se por trabalhar com a dinâmica *árvore do acolhimento*, criada pelas pesquisadoras, em que cada participante foi convidada a responder a pergunta: *para você, o que é ser bem acolhida na UBS do seu bairro?* E, em seguida, expressar em um papel a sua resposta, explicando-a e fixando-a no tronco da árvore. Assim, foi possível o trabalho dinâmico em que o conteúdo, os saberes e as experiências foram compartilhados, mediando discussões e a escuta entre pesquisadoras e participantes e destas entre si. As falas foram gravadas e registradas em caderno de campo e, para garantir o sigilo e ter seus direitos de privacidade preservados, as mulheres foram identificadas com a inicial M seguida de um número, exemplo: M1, M2, M3.

O material produzido foi tratado e analisado pela técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin, operacionalizada nas etapas pré-analítica, que consiste na escolha dos documentos a serem analisados e delimitação das palavras-chaves, unidades de contexto; seguindo-se a delimitação de unidades de registro, além da classificação e agregação dos dados embasados em categorias condizentes com o tema proposto. Por fim, a terceira fase de tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação, que permite destacar as informações para sua análise crítica e reflexiva (BARDIN, 2011).

A coleta teve início após autorização da Secretaria de Saúde do município e anuência voluntária das participantes pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo respeitou os referenciais básicos da bioética, apresentados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e foi aprovado mediante parecer nº 2.311.817 do Comitê de Ética em Pesquisa- CEP da Universidade de Pernambuco (UPE).

Resultados e discussão

Entende-se que a facilidade de acesso aos profissionais de saúde e o cuidado longitudinal que a Atenção Básica propõe tornam esse nível de cuidado estratégico para estreitar o vínculo e buscar uma ação terapêutica resolutiva. Supõe-se, portanto, que não há construção de vínculo sem que o/a usuário/a seja reconhecido/a na condição de sujeito, que fala, julga e deseja. O acolhimento, a produção de vínculos e a escuta, por vezes negligenciados diante das tecnologias atuais de cuidado, são resgatados por meio do princípio da integralidade que sustenta o/a usuário/a como sujeito complexo cujas necessidades devem ser acolhidas sob um olhar integral (CAMPOS, 1994).

Neste trabalho, nos posicionamos entendendo o acolhimento, a escuta e a humanização como recursos que possibilitam a integralidade do cuidado à mulher nas práticas profissionais da atenção primária. Ampliamos o olhar sobre a integralidade defendendo-a como a concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Assim, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres (COELHO et al., 2009).

Pela análise do material empírico produzido na oficina *Humanização e acolhimento às mulheres na ESF*, foi possível extrair duas categorias presentes nos discursos das mulheres: Ética e humanização como requisitos para a qualidade do cuidado à mulher; e o Acolhimento traduzido pelo modelo

biomédico. Essas categorias foram analisadas e discutidas com base em literatura pertinente, tomando o conceito apresentado de integralidade na atenção à mulher (COELHO et al., 2009) como princípio útil de análise.

Ambivalência, fragilidades, distanciamentos e aproximações: o acolhimento no olhar das mulheres

A análise do material empírico produzido mostra que parte do grupo de mulheres demonstram insatisfação com a maneira que têm sido acolhidas na ESF, enquanto outra parte relata satisfação com as experiências positivas vivenciadas. As participantes, portanto, tem percepções ambivalentes sobre o acolhimento recebido na ESF, com experiências que se distanciam ou se aproximam da integralidade e da proposta que defende o acolhimento como uma estratégia imprescindível para a garantia do acesso ao serviço e para o reconhecimento das necessidades de saúde.

Há relatos que denunciam problemas éticos e de humanização nos atendimentos. Na experiência dessas mulheres, a forma com que foram recebidas, o tempo de espera e falhas no acesso às informações constituem fatores determinantes para o distanciamento do serviço e para que elegessem a rede privada para cuidados com sua saúde:

Cheguei no posto de saúde, sentindo muita dor no peito [...] e a Enfermeira que me atendeu disse: ainda bem que você vai morrer hoje e não vai atrapalhar o final de semana de ninguém [...] fiquei revoltada, desde a recepção eu fui muito mal atendida, não gostei. (M1)

[...] o atendimento aí é péssimo, não é bem recebido, é gente com má vontade de trabalhar [...] não vou para aí (UBS de referência) de jeito nenhum, porque fui mal atendida [...] sou mais ir para a rua, para outros cantos, até pagar, mas não vou para aí de jeito nenhum [...]. (M2)

Na recepção elas não atendem bem, a gente espera muito tempo, perde muito tempo esperando [...] tem outras que dão a informação direitinho e tem delas que não. (M3)

[...] a gente passa pela triagem e eles não dão a atenção que a gente merece [...] só diz que vai passar pelo médico e às vezes nem precisa. (M8)

A literatura indica que a baixa qualidade e as falhas éticas no atendimento dificultam para as mulheres o reconhecimento e o enfrentamento de suas demandas e reduzem sua capacidade de reivindicar seus direitos. As mulheres têm se distanciado da ESF pela baixa resolutividade de suas ações, descontinuidade das equipes, falta de insumos e manutenção do modelo técnico nas práticas de atenção (BARROS, 2013). Nesse cenário, a postura ética se sobressai como um fator que influencia não só a resolução dos problemas de saúde, mas como a efetivação do cuidado integral, que possui a prerrogativa do olhar e agir éticos, o respeito ao seu estado, suas limitações e abandono de práticas fragmentadas.

Carniel, Mendes e Sá (2018), em estudo que buscou conhecer as limitações para o cuidado humanizado, observaram que a sobrecarga de trabalho e a ausência de valores pessoais nas condutas profissionais, bem como problemas estruturais, déficits de recursos materiais e humanos são fatores que influenciam de forma negativa a assistência. Reconhecer as limitações técnicas e profissionais no campo ético é fundamental para o exercício profissional de qualidade, porém, a realidade apresentada pelas mulheres do presente estudo revela que as fragilidades éticas têm comprometido o acolhimento humanizado, levando à insatisfação das usuárias com o serviço.

Uma das dimensões do cuidado é o resgate da intersubjetividade existente entre quem cuida e quem o recebe, de modo a suscitar uma relação de respeito, empatia, ajuda e vínculo entre os envolvidos (UMPIÉRREZ; MERIGHI; MUÑOZ, 2013). Assim, reafirma-se o atendimento ético e humanizado como atributo da qualidade, tendo como requisitos práticas gentis, respeitadas e que valorizem a comunicação (RODRIGUES et al., 2013).

Transformar a realidade apresentada implica em mudanças na práxis profissional e nos processos de trabalho individual e coletivo, a fim de produzir cuidado humanizado, ético e resolutivo. Espera-se que, ao orientar o cuidado às mulheres nessa ótica, seja possível aproximá-las do serviço e desenvolver relações mais simétricas por meio do fortalecimento do vínculo e da confiança na equipe. Essas mudanças exigem esforço e compromisso conjunto de trabalhadores/as, usuários/as e gestores/as para revisão de valores, paradigmas e construção de estratégias mais participativas e integradoras (SOBRAL, 2016).

É importante enfatizar, todavia, que as experiências das participantes com o serviço são individuais, variáveis e influenciam na maneira como percebem o acolhimento. As demandas não acolhidas interferem negativamente no acesso a bens e serviços de saúde, resultando em relações que podem variar de satisfatórias a conflituosas por ocasião da resolubilidade. Nesse sentido, há mulheres participantes do estudo que associam sua satisfação com o acolhimento recebido às respostas diante das queixas que apresentam ao serviço, reafirmando que as percepções se moldam de acordo com cada experiência. Observa-se tais questões nos relatos:

Na recepção tem uma que atende bem, dá bom dia e tudo, tem outra que é mais fechada, mas uma atende superbem. (M4)

Eu e meus meninos [...] toda vez que vou sou sempre bem recebida. (M5)

Eu não tenho nada para reclamar [sobre o atendimento médico] [...] as vezes que eu fui, eu fui bem acolhida. (M6)

Nunca fui maltratada, sempre quando eu chego no postinho elas me tratam bem, atendem eu e minhas filhas. (M7)

Conforme se percebe nos relatos, as mulheres do estudo procuram a UBS prioritariamente para resolução de demandas clínicas, em que a qualidade das ações está condicionada ao ato de ser bem recepcionada e ter sua queixa solucionada. De forma semelhante a outros estudos, essas percepções representam o entendimento de que o cuidado produzido pela equipe da ESF é traduzido como adequado quando o profissional consegue identificar o motivo pelo qual procuram o serviço, seja para dispensação de medicamento, aferição da pressão arterial ou no agendamento de exames (SANTOS et al., 2018).

No entanto, para além do reconhecimento de problemas clínicos das mulheres, compreende-se que a escuta qualificada e o acolhimento humanizado possibilitam fortalecer o vínculo, identificar e valorizar o contexto pessoal, familiar e social, a fim de estabelecer a confiança e o respeito mútuos entre os envolvidos no processo de cuidar (CAÇADOR et al., 2015). Assim, pode-se afirmar que as percepções das mulheres participantes convergem ou divergem dessa ideia a depender de como se deu sua experiência na busca pelo cuidado.

Interessante notar também que, apesar de as mulheres não conseguirem elaborar uma compreensão clara de acolhimento, é possível perceber em suas falas a reivindicação por resgate da humanização, sobretudo em sua dimensão ética, da promoção de espaços de escuta e da dignidade no atendimento ao buscar o serviço. Estes são importantes requisitos para qualificar o cuidado às mulheres na ESF sob o eixo da integralidade.

A escuta é reconhecida pela sua capacidade de potencializar as respostas do serviço às necessidades das pessoas, traduzida em qualificação da produção de saúde. Essa compreensão leva a refletir sobre a produção do cuidado integral oferecido à mulher na Atenção Básica e os entraves existentes à sua efetivação. É necessário instrumentalizar profissionais a realizar uma escuta que considere as questões de gênero um item importante a ser problematizado, a fim de dar visibilidade a essa temática e contribuir para a qualidade do cuidado (SOUZA; SILVEIRA, 2019).

A postura profissional acolhedora na ESF, com base no diálogo e na escuta, atua como elemento que oferece segurança às usuárias e possibilita as relações da ESF com a comunidade, facilita a longitudinalidade e o cuidado integral às mulheres (SANTOS et al., 2018).

O acolhimento traduzido pelo modelo biomédico

No entendimento das mulheres, o significado de um bom acolhimento perpassa o modelo biomédico de cuidado, traduzido pelas medidas curativas e prescritivas, que incluem diagnóstico e tratamento de condições agudas de saúde. As falas tem em comum a valorização do modelo de atenção médico-centrado, medicalocêntrico, marcado pelo atendimento individual, com valorização de procedimentos clínicos, como exame físico e solicitação de exames. O acolhimento e o cuidado baseados nesse modelo, quando dá respostas às necessidades apresentadas, se traduzem em satisfação, de forma que as falas das participantes se distanciam da perspectiva da integralidade como um princípio de horizontalidade do cuidado:

[...] eu precisei muito desse postinho para pegar uma receita. Nunca consegui, minha filha ficou sem tomar remédio [...] (M2)

Já fui bem atendida aqui, foi com a recepção. Levei meu menino com febre e dor na barriga e ela passou medicamento no acolhimento. Nesse dia que eu fui, foi bom [...] aí me deu pra febre o paracetamol, e para dor na barriga ela passou o soro. (M4)

No dia que eu precisei me atenderam bem. Foi bom [...] porque ele [médico] demorou muito, indagou, perguntou o que eu estava sentido, realmente e examinou bem, acho que foi o bastante [...]. (M8)

Mesmo marcando consulta e esperando um bom tempo para ser examinada, consultada pelo médico [...] vale a pena [...] acolheu bem, pedindo exames para fazer, passou os remédios certos [...]. (M6)

A satisfação das mulheres com o serviço parece estar relacionada à presença do/a médico/a, que traz a expectativa de resolutividade. A atenção baseada nesse modelo desfavorece a escuta e a percepção das reais necessidades de saúde, uma vez que supervaloriza os aspectos biomédicos (FONSECA; AMARAL, 2012). Sabe-se que a sobreposição da clínica nas práticas profissionais pode ser consequência da valorização da cultura curativista por usuárias/os e profissionais da ESF, resultado da intensa medicalização à que todos/as foram submetidos/as ao longo da história (OLIVEIRA; WENDHAUSEN, 2014).

Contrariamente às concepções inscritas nas falas, os estudos de Silva et al. (2015) e Souza et al. (2014) evidenciam que o cuidado médico-centrado na ESF nem sempre promove acolhimento ou produção de vínculo. Com base nisso, pode-se inferir que o cuidado à mulher orientado na perspectiva biomédica tem comprometido a qualidade e limitado o alcance das ações no serviço de saúde em questão. A prioridade para as práticas biomédicas não permite às mulheres e aos profissionais vislumbrar outras formas de cuidar e as observações empíricas indicam que o cotidiano do trabalho nas ESF continua permeável a esse modelo, que tem limitado a realização de práticas horizontais, participativas e mais inclusivas.

O que se tem demonstrado na literatura é que o cuidado orientado nessa perspectiva, além de outras fragilidades, não prioriza a horizontalidade, não é resolutivo e não possibilita a continuidade da atenção (FARIA, 2012). Observa-se, ainda, a limitada capacidade de escuta por parte de muitos profissionais, que não identificam as demandas mais subjetivas, não orgânicas, como uma demanda legítima aos serviços de saúde (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012).

A responsabilização pelo cuidado, portanto, requer do/a profissional capacidade de compreensão não só das necessidades clínicas, mas do contexto social em que os problemas são gerados e das expectativas a serem atendidas no momento do acolhimento (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016).

O atendimento à mulher centrado na clínica também delimitou algumas limitações para o estudo, entre elas a dificuldade para formação de grupo de mulheres, com ênfase na resistência em participar de ação que se distancia do modelo tradicional entendido como referência para elas. Diante disso, foi preciso pensar em formas de articular o grupo fora do âmbito da UBS, mediante articulação com mulheres trabalhadoras de empresa privada local, onde se conseguiu a formação grupal sem perder o foco nas mulheres como usuárias da UBS.

Dessa forma, se faz necessário que profissionais e mulheres estejam abertos a novas formas de acolher e de cuidar, o que significa valorizar a humanização, a ética e a integralidade como norteadoras e potencializadoras das práticas de atenção à mulher não só na atenção primária à saúde, mas nos demais níveis do sistema.

Considerações finais

Os resultados da pesquisa evidenciam que a manutenção da cultura biomédica na realidade estudada tem dificultado a percepção das necessidades e demandas de saúde das mulheres, negando-as a escuta e o acolhimento humanizado. Foi possível compreender como mulheres assistidas pela ESF percebem o acolhimento, traduzido para elas como importante instrumento que, por meio da escuta ou ausência desta, tem maior ou menor potencial para resolver suas demandas. Para estas mulheres, o cuidado é permeado por fragilidades éticas e pelas limitações inerentes à fragmentação imposta pelo modelo clínico-centrado, evidenciadas como questões que impedem a concretização de práticas que tenham a integralidade à mulher como eixo condutor.

Assim, observa-se uma realidade em que se reproduz essas limitações e nega às mulheres o direito de serem assistidas com qualidade, pondo em xeque questões que necessitam ser repensadas para a adoção de condutas que fortaleçam o processo de cuidado por meio da humanização e do acolhimento, a fim de romper os distanciamentos gerados.

Espera-se que, a partir das fragilidades identificadas, seja possível a profissionais reorientar as práticas de cuidado à mulher na atenção básica no sentido de qualificar, as ações e tornar a práxis profissional na ESF mais horizontal, ética, humanizada e resolutiva. E, que isso resulte na valorização das especificidades das mulheres, na ampliação da escuta e bem como na valorização do acolhimento como uma estratégia capaz de promover a aproximação a fim de produzir respostas mais efetivas às necessidades de saúde.

Referências

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo, v.70, Livro. 2011. 43 p.

BARROS, A.R. **Demandas de saúde e experiências de mulheres na busca pelo cuidado**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia - UFBA. Escola de Enfermagem, Salvador, p.104, 2013. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/13985/1/Disserta%20a7%20a3o_Andiara%20Rodrigues%20Barros.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p. 82, 2011. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf

CAÇADOR, B.S.; BRITO, M.J.M.; MOREIRA, D.A.; REZENDE, L.C.; VILELA, G.S. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **REME Revista Mineira de Enfermagem**. Minas Gerais, v.19, n.3, p. 620-626, 2015. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150047>

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde In. Cecilio, L.C.O. (Org.), **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo, HUCITEC, p.29-87, 1994. (Saúde em Debate. Serie Didática, 76, 3).

CARLI, R.; COSTA, M.C.; SILVA, E.B.; RESTA, D.G.; COLEMÉ, I.C.S. Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 626-632, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014001200013>

CARNIEL, F.; MENDES, G.B.; SÁ, N.R. Humanização no atendimento na percepção dos profissionais de enfermagem. **Revista interdisciplinar**. Teresina. v. 11, n. 1, p. 51-63, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.17648/2F2317-5079.v11n1.1278>

CHAGAS, D. C.; PEREIRA, D. A.; CASTRO, F. L. M. Qualidade da assistência de enfermagem no setor de urgência de um hospital público de Teresina. **Revista Interdisciplinar**. Teresina, v. 8, n. 1, p. 26-36, 2015. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/360/pdf_179

COELHO, E.A.C.; SILVA, C.T.O.; OLIVEIRA, J.F.; ALMEIDA, M.S. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Escola Anna Nery** [online]. v. 13, n. 1, p. 154-160, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000100021>

COSTA, P.C.P.; GARCIA, A.P.R.F.; TOLEDO, V.P. Expectativa de enfermeiros brasileiros acerca do acolhimento realizado na atenção primária em saúde. **Rev. Salud Pública**. Bogotá, v. 18, n. 5, p. 746-755, 2016. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.v18n5.45304>

FARIA, R.C. Demanda espontânea na estratégia de saúde da família: uma análise dos fatores que a influenciam e os desafios na reorientação do modelo assistencial do sus. **Revista de APS**. Juiz de Fora, v.15, n.2, p.148-57, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14955/7933>

FONSECA, R.M.G.S.; AMARAL, M.A. Reinterpretação da potencialidade das Oficinas de Trabalho Crítico-emancipatórias. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 65, n. 5, p. 780-787, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000500010>

GARUZI, M.; ACHITTI, M.C.O.; SATO, C.A.; ROCHA, S.A; SPAGNUOLO, R.S. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**. Washington, v.35, n.2, p. 144-149, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2014.v35n2/144-149/pt>

OLIVEIRA, S.R.G.; WENDHAUSEN, Á.L.P. (Re)significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 129-147, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462014000100008>

RODRIGUES, A.P.L.M.; PAULA, V.G.; PAULA, D.G.; PEREZ JUNIOR, E.F. O papel do enfermeiro na humanização da assistência ao paciente na unidade de terapia intensiva. **Enfermagem Brasil**, v. 12, n. 5, p. 298-304, 2013. Disponível em: https://www.academia.edu/26906587/O_papel_do_enfermeiro_na_humaniza%C3%A7%C3%A3o_da_assist%C3%A2ncia_ao_paciente_na_Unidade_de_Terapia_Intensiva

SANTOS, F.P.A.; ACIOLI, S.; MACHADO, J.C.; SOUZA, M.S.; RODRIGUES, V.P; COUTO, T.A. Práticas de cuidado da equipe da estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem UFPE online**. Recife. v.12, n.1, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i1a230589p36-43-2018>

SCHIMITH, M.D.; SIMON, B.S.; BRÊTAS, A.C.P.; BUDÓ, M.L.D. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**. 2011, v. 9, n. 3, p. 479-503. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000300008>

SHIMIZU, H.E.; CARVALHO JUNIOR, D.A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2405-2414, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000900021>

SILVA, M.R.F.; SILVEIRA, L.C.; PONTES, R.J.S.; VIEIRA, A.N. O cuidado além da saúde: cartografia do vínculo, autonomia e território afetivo na saúde da família. **REME Revista Mineira de Enfermagem**. Minas Gerais, v.19, n.1, p. 249-254, 2015. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150020>

SOBRAL, P.H.A.F. **Educação em saúde no cuidado a mulheres sob o olhar de profissionais da atenção básica**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal da Bahia, UFBA. Escola de Enfermagem. Pós-Graduação em Enfermagem. Salvador, p. 167, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/20216/1/Disserta%20c3%a7%20c3%a3o_%20Enf_%20Priscylla%20Helena%20Alencar%20Falc%20c3%a3o%20Sobral.pdf

SOUZA, M.C.; ARAÚJO, T.M.; ANDRADE, F.A.; FRANÇA, A.J.; SOUZA, J.N. Necessidades de saúde e produção do cuidado em uma unidade de saúde em um município do nordeste, Brasil. **Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 38, n. 2, p.139-48, 2014. DOI: [10.15343/0104-7809.20143802139148](https://doi.org/10.15343/0104-7809.20143802139148)

SOUZA, S.A.L.; SILVEIRA, L.M.C. (Re)Conhecendo a escuta como recurso terapêutico no cuidado à saúde da mulher. **Revista Psicologia e Saúde**. Campo Grande, v. 11, n. 1, p. 19-42, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000100002&lng=pt&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.571>

UMPIÉRREZ, A.H.F.; MERIGHI, M.A.B.; MUÑOZ, L.A. Percepções e expectativas dos enfermeiros sobre sua atuação profissional. **Acta Paulista de Enfermagem** [online]. São Paulo, 2013, v. 26, n. 2, p. 165-171, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000200010>

VERDI, M.; FINKLER, M.; MATIAS, M.C.S. A dimensão ético-estético-política da Humanização do SUS: estudo avaliativo da formação de apoiadores de Santa Catarina (2012-2014). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 24, n. 3, p. 363-372, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300003>

RACISMO VERSUS INTEGRALIDADE DO CUIDADO: UM ESTUDO AVALIATIVO DO PRÉ-NATAL EM MULHERES NEGRAS NA PERIFERIA URBANA DE UM MUNICÍPIO DE UMA REGIÃO METROPOLITANA

*Rose Mari Ferreira
Alcindo Antônio Ferla*

Introdução

Racismo é uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou privilégios a indivíduos a depender do grupo racial ao qual pertençam (ALMEIDA, 2019, p. 32). E o racismo institucional, conceituado como a reprodução de práticas racistas perpetuadas nas instituições, e aqui falamos da saúde em específico das instituições de saúde, em que maneiras diferentes de tratamento e oferta de cuidado são dirigidas às pessoas, determinados a partir da cor da pele que apresentam. e que resultam em tratamentos e resultados desiguais” (WERNECK, 2016, p. 541).

A integralidade, que está registrada na Constituição Brasileira de 1988 (Art. 198) como diretriz para o sistema de saúde, desafiando a integração entre a assistência às doenças e a prevenção e proteção da saúde, também compõe uma categoria de análise dos estudos em saúde coletiva, não como conceito ideal weberiano, mas como “ideia força” que vem renovando os conhecimentos e práticas (MATTOS, 2004). Essa condição é uma potência para a renovação do campo da saúde coletiva, como conjunto de conhecimentos e práticas, por produzir tensões entre disciplinas e dessas com o cotidiano do trabalho, conforme formulações sobre o campo de Madel Luz (2009). Portanto, também é um bom dispositivo para analisar o trabalho complexo (MATTOS, 2004) que se desenvolve na atenção básica, sempre referida às relações de atenção à saúde em um território vivo onde as pessoas produzem o seu andar a vida e que reivindica do cuidado a renovação das suas bases tecnológicas e a aprendizagem permanente (MERHY, 2002; CECCIM; FERLA, 2008). Ou seja, a integralidade coloca em foco outras dimensões do trabalho, das relações e da construção de projetos de cuidado que não aquelas típicas da modelagem vigente da formação profissional e da organização do trabalho. Os cuidados com a mulher no acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério, compõem uma sequência de ações, atitudes e fazeres que representam mais do que somente cuidar do útero que carrega um ser em desenvolvimento. As dimensões desse cuidado compõem a integralidade da atenção, onde também devem ser inseridos os cuidados com saúde bucal e saúde mental, bem como princípios que consideram as relações étnico raciais e a garantia da equidade no acesso e cuidado em saúde ofertada às mulheres.

Dessa maneira, o objetivo geral da pesquisa realizada foi de analisar a integralidade do cuidado em saúde bucal no pré-natal em gestantes de um território periférico de um município de uma região metropolitana. E a partir dessa experiência, os resultados encontrados possam servir como instrumentos de ação para o cuidado com o pré-natal em diferentes regiões, uma vez que se abordam aqui, cuidados com saúde bucal e gestação, ambos compondo a integralidade de atenção ao cuidado. E como produtos da pesquisa, foram elaboradas uma proposta de educação permanente para ser trabalhada com os profissionais de saúde, abordando relações étnico raciais e a temática da saúde bucal na gestação; e uma cartilha com orientações sobre saúde bucal da gestante e do bebê para ser entregue às gestantes.

Saúde da população negra

O cuidado integral da população negra ainda se constitui como desafio ao acesso à saúde. Na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) uma política do SUS (BRASIL, 2013, p. 7) está posto que:

Ela se insere na dinâmica do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de estratégias de gestão solidária e participativa, que incluem: utilização do quesito cor na produção de informações epidemiológicas para a definição de prioridades e tomada de decisão; ampliação e fortalecimento do controle social; desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho, nos processos de formação e educação permanente de profissionais; implementação de ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial. (BRASIL, 2013, p. 7)

Ainda sobre a PNSIPN, que enfatiza a necessidade da inclusão dos termos Racismo e Saúde da População Negra nos processos de educação permanente em saúde e como também questiona Souza (2020) sobre como pensar a articulação de educação permanente dos trabalhadores em saúde no SUS, considerando o Racismo Institucional. Para a autora, considerar as orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e para o Ensino da História e Cultura Afro-Brasileira e Africana que situam a configuração do racismo e do epistemicídio no âmbito político, cultural e pedagógico da sociedade (SOUZA, 2020, p. 146) é uma estratégia importante para fortalecer a educação permanente dos trabalhadores da saúde. .

Como o tema desse projeto é a gestação é importante pensar que o constructo “mulher negra” se relaciona com o debate sobre a produção de subjetividades de pessoas e coletividades, mas agrega condições bem específicas e singulares. É exatamente pela herança do período da escravização, de que vidas negras não importavam/importam, de que corpos negros eram/são descartáveis e os corpos das mulheres negras eram/são corpos que poderiam ser submetidos aos mais diversos usos pelo senhor branco, que trazemos a situação das mulheres negras na gestação, do cuidado no pré-natal, durante o parto e no período puerperal.

No cuidado em saúde, a ênfase às dimensões biológica e fisiológica frequentemente invisibiliza as dimensões psicológica e social da vida de cada pessoa. Assim, ficam naturalizadas as condições que social e historicamente estão associadas à condição de mulher, de mulher gestante, de mulher negra etc. Não é o fenótipo corporal que define as condições subjetivas da mulher gestante. Portanto, temos aqui uma dupla dimensão para a integralidade no cuidado durante o período gestacional: a) a garantia de acesso a todos os cuidados, de diferentes densidades tecnológicas, necessários para satisfazer as demandas e necessidades que cada mulher singularmente apresenta; e b) a escuta qualificada, para compreender as necessidades específicas, para além das demandas que as mulheres levam aos atendimentos, e a resposta em termos de atenção à saúde, considerando a forma como ela vive e percebe a dimensão do gênero, de raça e de outros marcadores sociais e culturais. Aqui a questão não é construir apenas a resposta à demanda ou uma nova identidade, mas de expandir, e gerar mais autonomia no andar da vida de cada mulher.

A atenção à saúde bucal da gestante é um momento propício para analisar as dimensões do cuidado que expressam integralidade e envolvem a capacidade de absorver dimensões técnica, ética, relacional e humana do cuidado. Não se trata aqui de idealizar os profissionais e serviços, apenas de compreender como se organiza a dimensão tecnoassistencial do cuidado como nos fala Merhy (2002).

É oportuno que o cuidado em saúde bucal à mulher no período gestacional se deixe atravessar por questões que condicionam e determinam fortemente as condições de vida e saúde das mulheres (as diferentes formas da constituição do feminino em cada uma, das condições étnico-raciais, das condições de acesso e uso dos equipamentos sociais na periferia de um município metropolitano, das situações de violência as quais estão expostas no cotidiano, entre outras). Estranhar o que nos é natural, inclusive nos serviços de saúde, também é colocar em questão o efeito das lógicas que embasaram os conhecimentos e práticas mas, sobretudo, dar passagem para outras epistemologias e metodologias, nesse caso com enfoque antirracista e descolonial, como apontam diversos estudos sobre o pensamento negro na ciência e na cultura (ALVES; ALVES, 2020).

Caminhos metodológicos percorridos

O estudo teve um delineamento qualitativo, foi realizado em um território periférico de um grande município de uma região metropolitana, em que participaram 7 mulheres, sendo 4 delas autodeclaradas negras (pretas e pardas), 2 brancas e uma mulher indígena.

Para a realização da entrevista, foi utilizado um roteiro semiestruturado com perguntas abertas e um questionário sociodemográfico. O tempo médio de duração das entrevistas com as mulheres foi de 40 minutos e foram realizadas de dezembro de 2020 a fevereiro de 2021. As entrevistas foram gravadas, depois transcritas em um arquivo Word, salvas em um notebook e em um HD externo. As mulheres foram entrevistadas uma única vez, em um único encontro. As mulheres que participaram da pesquisa foram apresentadas ao conteúdo, esclarecidas e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; ficaram com uma via e a outra via ficou com a pesquisadora; foram mantidas e asseguradas a privacidade de todas as participantes e as informações que elas concederam.

Em todas as entrevistas foram seguidas rigorosamente as estratégias de distanciamento físico, uso de máscaras faciais, uso de álcool em gel para higienização de mãos e desinfecção de canetas utilizadas no preenchimento dos dados das entrevistadas, protocolos adotados por medidas de segurança e prevenção quanto à contaminação do coronavírus.

Para a interpretação dos dados, inicialmente foram transcritas as entrevistas que estavam gravadas, utilizando-se um arquivo Word. Após a transcrição, foi feita uma leitura flutuante das conversas com as mulheres, para que fosse estabelecido um contato com o texto e para permitir que as falas dessas mulheres, pudessem evidenciar o quanto mais estava sendo afetada. De acordo com as respostas que as mulheres prestavam, foram sendo analisadas e construídas categorias teóricas e empíricas com base no conteúdo das respostas abertas, do tipo categorias temáticas. De acordo com Minayo (2012), existem várias modalidades de análise de conteúdo e a Análise Temática é considerada a mais apropriada para as investigações qualitativas em saúde. A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa conforme Parecer Consubstanciado do CEP: CAAE: 2 37325120.0.0000.8024, Número do Parecer: 4.377.128.

As mulheres entrevistadas tinham profissões diversificadas e três gestantes declararam que, no momento, estavam trabalhando em casa, sem vínculo empregatício formal com qualquer instituição. Duas de nossas mulheres gestantes estavam na primeira gestação e as outras cinco já tinham tido filhos anteriormente. Elas estavam em diferentes períodos gestacionais, algumas iniciando e outras finalizando a gestação. Uma das mulheres fazia as consultas de pré-natal na rede privada de saúde e nessas consultas era a médica que a atendia. As gestantes que faziam consulta na Unidade Básica de Saúde, geralmente faziam as consultas alternadas com médico(a) e enfermeiro(a). A gestante que necessitava de acompanhamento hospitalar (pré-natal de alto risco) teve suas consultas realizadas com o médico do hospital. A identificação das mulheres foi substituída por um nome de flor, escolhido em comum acordo com as participantes.

Resultados e discussão

Para a apresentação nesse texto, a categoria teórica *Racismo Institucional* contempla as falas das gestantes negras que foram atendidas nos serviços de saúde e relatam as situações pelas quais passaram.

Racismo Institucional

Essa é uma pesquisa realizada por uma mulher negra e absolutamente necessário que o capítulo sobre o tema racismo seja aqui incluído, sendo o tema principal atravessado pela pele da pesquisadora, seja porque as entrevistadas negras (pretas e pardas) também fizeram relato de situações de violência racial das quais foram vítimas, seja porque o racismo estrutural que fundamenta as relações sociais nesse país está presente e não pode ser invisibilizado nem acobertado. Vítimas é o termo a ser utilizado, pois estamos tratando de crimes. Racismo é crime e como estabelecido em lei, deve ser denunciado.

Dessa forma, quando falamos em racismo na saúde, estamos apontando para o fato de que as instituições que ofertam cuidados em saúde praticam e reproduzem atitudes racistas. Para a médica e intelectual Jurema Werneck (2016), o racismo institucional “possivelmente é a dimensão mais negligenciada do racismo, desloca-se a dimensão individual e instaura a dimensão estrutural, correspondendo a formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais” (WERNECK, 2016. p. 541).

A partir dos conceitos formulados por autoras e autores negros, trazemos o filósofo Silvio Almeida dizendo que “ racismo é uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou privilégios a indivíduos a depender do grupo racial ao qual pertencem” (ALMEIDA, 2019, p. 32).

O antropólogo congolês Kabengele Munanga vai nos trazer que o conceito de racismo está carregado de ideologia e como é característica das ideologias manter, não aparente, uma relação de poder e de dominação. De acordo com o autor,

o racismo seria teoricamente uma ideologia essencialista que postula a divisão da humanidade em grandes grupos chamados raças contrastadas que têm características físicas hereditárias comuns, sendo estas últimas suportes das características psicológicas, morais, intelectuais e estéticas e se situam numa escala de valores desiguais (MUNANGA, 2003, [p. 17]).

Conceitos estabelecidos, passemos então ao segundo ponto da discussão em que abordaremos o racismo institucional.

Para descrever a categoria que foi criada no tratamento dos dados coletados é preciso retomar o conceito de Racismo institucional, de acordo com Silvio Almeida (2019), é o resultado do funcionamento das instituições que passam a atuar em uma dinâmica que confere, ainda que indiretamente, vantagens, privilégios com base na raça (ALMEIDA, 2019, p. 37).

Racismo institucional e saúde: a violência obstétrica contra mulheres negras

A violência obstétrica, cujo conceito ainda está em formação, mas que poderíamos trazer aqui com as seguintes palavras das autoras D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002, p. 1681) como sendo a violência contra mulheres nas instituições de saúde e classificam essa violência em negligência (omissão do atendimento), violência psicológica (tratamento hostil, ameaças, gritos e humilhação intencional), violência física (negar o alívio da dor quando há indicação técnica) e violência sexual (assédio sexual e estupro).

Aqui será apresentado o relato da gestante Petúnia, que descreveu na entrevista, cenas de violência obstétrica vivenciadas durante o pré-natal, parto e pós-parto. Como ela foi a única das mulheres que foi entrevistada já no puerpério, pois seu bebê nasceu no dia em que estava marcada sua entrevista fazendo com que tivéssemos que interromper o planejamento. Assim, teremos o relato também das situações ocorridas na maternidade.

Petúnia estava realizando pré-natal em uma unidade de saúde na Atenção Básica (Sistema Único de Saúde), nos contou que estava aguardando sua consulta e que nesse dia, por estar demorando mais que o habitual para ser chamada para a consulta, resolveu perguntar à gerente da unidade que estava na recepção do local se ainda teria que aguardar muito mais tempo para consultar.

De acordo com o relato de Petúnia, a gerente disse que não tinha culpa, que havia sido um erro na marcação. A gestante então ponderou que erros aconteciam, mas que ela estava ali, aguardando pela consulta e ficaria aguardando por tempo indeterminado se não tivesse ido perguntar. A gerente decidiu iniciar uma etapa de xingamentos à Petúnia, com tom de voz ameaçador, gritando que se ela, Petúnia, continuar “reclamando de tudo”, seu bebê não só não teria atendimento, como também não teria vínculo com o serviço. A resposta institucional relatada pela gestante não deixa dúvidas sobre a experiência de racismo e, no caso específico, de violência no cuidado pré-natal.

Petúnia nos revelou que a gerente, ao perceber o tom de voz e a indignação na fala da gestante, recuou no discurso, tentando minimizar o acontecido, dizendo que se tratava de um engano e que o bebê teria vínculo com o serviço. Não se trata, evidentemente, de um simples ruído de comunicação, mas do uso ostensivo da condição de poder institucional para produzir constrangimento à usuária, mulher pobre, negra e gestante no atendimento de pré-natal. Repete-se aqui a dupla quebra do direito à integralidade na atenção à saúde no pré-natal: pela barreira de acesso, qualidade às ações preconizadas e pelo efeito pedagógico de negação da condição de cidadania, de detentora de direitos aos cuidados e de portadora de projetos de futuro com mais equidade e justiça.

Na atitude da profissional da recepção dessa unidade de saúde, podemos evidenciar a violência obstétrica cometida contra Petúnia. As práticas de violência obstétrica contra as mulheres em qualquer fase da gestação, além de constituírem violação de direitos contribuem para desestimular a procura dos serviços pelas gestantes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

E o questionamento que poderíamos fazer: “Se essa gerente estivesse na recepção de um sistema privado de saúde, localizado em um bairro nobre da capital de um grande Estado, a gerente/profissional da unidade teria agido dessa forma?” E ainda: “Se a gestante que estivesse questionando na recepção, fosse branca, seria o mesmo tipo de relação estabelecida?”

Talvez não tenhamos a resposta para os questionamentos, mas o que pode ser explicitamente inferido dessa situação é que profissionais de saúde praticam violência obstétrica contra mulheres gestantes. E o racismo institucional, neste contexto, hierarquiza as relações de poder nas instituições e perpetua as desigualdades, funcionando como marcador dessa prática de violência contra mulheres negras.

Petúnia relatou que falou para a médica que a estava acompanhando em uma consulta em um hospital geral da capital do Estado, que entendia que era exaustivo estar ali no hospital, na situação de pandemia instalada, que os profissionais estavam colocando suas vidas em risco, mas que ela, gestante, não tinha culpa disso. Estava se sentindo fragilizada, foram várias as consultas em que ela manifestou seu desejo de que fosse feita a cesárea. E ao pronunciar essas palavras, a médica dirigiu o olhar para ela e relatou que está trabalhando desde às 7:00h da manhã. Petúnia não entendeu muito o motivo de tanta hostilidade partindo da profissional e rebateu a colocação pontuando que a médica estava ali desde o horário anunciado porque estava sendo paga para desempenhar essa função, com essa carga horária. E que ela, Petúnia, não tinha responsabilidade alguma sobre esse fato.

É possível tentar compreender que a médica poderia ter dito essa frase por também estar cansada, pois a rotina da emergência de um hospital geral de grande porte, localizado na capital do Estado do Rio Grande do Sul, costuma ser estressante. Entretanto, de acordo com a gestante, o tom que foi dado a esse comentário, somado a outras falas da mesma médica, foram ofensivos. Não há justificativas para o tratamento com violência verbal para nenhum usuário.

E considerando que a gestante é quem está em situação de vulnerabilidade pela condição atual em que se encontra. Os profissionais de saúde são aqueles que detêm o conhecimento para identificar as situações em que podem ou não proferir determinados comentários, preservando a relação de cuidado que deve estar/ser estabelecida.

Racismo e violência obstétrica: o caso de Tulipa

Também traremos o relato feito pela gestante Tulipa que, na primeira gestação, em atendimento no hospital da cidade em que reside, foi vítima de ofensas racistas. Tulipa, nos revelou que, na primeira gestação, quando estava aguardando para uma consulta de acompanhamento do pré-natal de alto risco no hospital da cidade em que reside, foi ofendida com adjetivo racista por um profissional que trabalhava na instituição. Relatou que não se sentiu encorajada para responder à ofensa, pois se sentiu ameaçada como mulher, negra e gestante à espera de um atendimento, como pessoa circulando por um espaço público longe do seu território e como cidadã, na medida em que o episódio não foi tratado institucionalmente e tampouco por outras pessoas no recinto. A prática de emitir palavras ofensivas às pessoas negras e aqui em especial a uma mulher negra, não é desconhecida no cenário brasileiro. Expressões usadas para ofender e/ou humilhar pessoas negras, enquadram-se no que o Adilson Moreira traz como racismo recreativo sendo “uma política cultural característica de uma sociedade que formulou uma narrativa específica sobre relações raciais entre negros e brancos: a transcendência racial” (MOREIRA, 2019, p. 95).

Injúrias raciais já foram noticiadas em eventos no Brasil e em outros países. Na arena do futebol, por exemplo, podem ser evidenciadas sem muito esforço. Em um caso noticiado na imprensa local, em 2014, um homem negro, goleiro de futebol de um time de São Paulo, jogando em uma partida de futebol no Rio Grande do Sul, contra um determinado time gaúcho, foi chamado de “macaco” por torcedores do time local. A notícia teve repercussão notória e o time gaúcho, condenado por decisão judicial, teve como pena não poder disputar outro campeonato. Embora tenha sido condenado, os responsáveis pelo time não admitiram que seus torcedores tivessem realizado práticas de injúria racial no estádio assumindo postura condescendente (PIRES, 2017).

A gestante também conta que estava sofrendo com dor de dente e quando relata à médica obstetra que a estava acompanhando no pré-natal, ouviu a seguinte resposta: “[...] Tu tá gestante e não posso fazer nada! Tu tá assim, com dor de dente porque está com diminuição de cálcio. E não pode fazer RX, nem tomar anestésias!”

Também relatam violência obstétrica, um estudo realizado com 555 gestantes que visitaram a exposição *Sentidos do Nascer*, as autoras Lansky et al. (2019) concluem que a violência obstétrica está associada a práticas assistenciais obsoletas e se concentra na população de menor renda (LANSKY et al., 2019, p. 2821).

A situação de violência obstétrica revela que, além de ter sido negado à gestante o direito de ter sido encaminhada para o serviço de Odontologia, em que ela poderia ter tido atendimento para aliviar as dores relacionadas aos dentes, ainda recebeu informações que não encontram suporte científico. Cabe destacar que toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2014), que atenda às suas necessidades, para compor a diretriz de integralidade da atenção. E, no caso de condições de vulnerabilidade, também à equalização dos efeitos que produzem sobre a sua condição de cidadania. O preconceito racial, naturalizado nas instituições e no cotidiano, gera, ao contrário, a agudização da iniquidade e efeitos negativos sobre a produção da saúde.

Diferentemente das orientações recebidas, no contexto da violência obstétrica, a literatura aponta que aqueles procedimentos podem ser realizados mediante condições de segurança que precisam (e devem) estar disponíveis em todos os serviços. Quanto à realização de imagens radiográficas com uso de equipamentos de proteção individual como protetor de tireóide, avental de chumbo e filmes radiográficos ultrarrápidos (CODATO et al., 2011) podem ser executadas, preferencialmente a partir do segundo trimestre gestacional. Em relação ao uso de anestésias dentárias durante a gestação, além de ser seguro, proporcionarão tratamento dentário com maior conforto à gestante (WANNMACHER; FERREIRA, 2013).

Considerações finais

A pesquisa proporcionou evidenciar que a atenção à saúde é mais do que a satisfação de necessidades de saúde das pessoas e coletividades: também é um marcador avaliativo da justiça social e da satisfação dos direitos previstos na legislação. Evidenciou-se que a consulta odontológica, como parte desse observatório de justiça social, ainda não se constitui como rotina no pré-natal com déficits à integralidade e, portanto, ao direito das mulheres e das crianças, sobretudo em relação às mulheres negras. Também evidenciou que o racismo é um dos componentes da violência obstétrica, considerando o relato das mulheres negras e a violência que sofreram.

Os relatos densos e intensos das mulheres também demonstraram que o cuidado em saúde, assim como os serviços onde o mesmo se realiza, devem estar abertos à escuta sensível das histórias e dos percursos de vida das pessoas sob cuidado, constituindo uma dimensão micropolítica da diretriz constitucional da participação das pessoas no sistema de saúde. Não apenas para compreender as condições em que se produz a saúde e as necessidades de cuidado, senão também para compreender as diferentes dimensões do direito à saúde que podem ser supridas no contato com profissionais e serviços de saúde ou, como acontece nas situações de violência de gênero ou racial, na produção de redes intersetoriais de atenção. A violência e o preconceito constituem-se em condicionantes da situação de saúde de pessoas e coletividades e, portanto, deve ser abordado e investigado no atendimento à saúde, em busca de sinais que demonstrem sua ocorrência, seja no domicílio, nos espaços de convívio territorial ou nos atendimentos prévios nos serviços de saúde.

Os dados da pesquisa apontam a necessidade de realizar ações e programas de educação permanente em saúde para profissionais, enfocando as orientações de saúde bucal às gestantes no pré-natal e a equidade étnico-racial, com vistas à redução das iniquidades em saúde. Como componente estrutural da cultura da sociedade e dos próprios serviços, esses programas devem colocar em análise o cuidado oferecido às gestantes e demais usuários, considerando as questões de violência e preconceito, aspectos que constam na proposta de educação permanente para profissionais de saúde elaborada a partir da pesquisa.

Referências

- ALMEIDA, S. L. de. Racismo estrutural. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.
- ALVES, Míriam Cristiane, ALVES, Alcione Correa (org.). **Epistemologias e metodologias negras, descoloniais e antirracistas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. (Série Pensamento Negro Descolonial).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos Humaniza SUS, v. 4).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- CODATO *et.al.* Atenção odontológica à gestante: papel dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2297-2301, 2011.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 76/2013, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/1994. 40.ed. com índice. Brasília: Centro de Documentação e Informação (CEDI), 2013. 464 p. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao1988.html . Acesso em: 04 de julho de 2020.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?>. Acesso em 15 maio de 2020.
- D'OLIVEIRA, A. F. P. L., DINIZ, C. S. G.; SCHRAIBER, L. B. Violence against women in health care institutions: an emerging problem. **Lancet**, v. 359, n. 11, p. 1681-1685. 2002. Disponível em: http://www.hu.usp.br/wp-content/uploads/sites/748/2020/07/SH_6.pdf. Acesso em: 17/05/2021.
- LANSKY, S. et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 2811-2823, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n8/1413-8123-csc-24-08-2811.pdf>. Acesso em: 17/05/2021.
- LUZ, M.T. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas: análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, June. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/MkLhKMvH4KqDSJNgSG48VqG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30/05/2020.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3):621-626, 2012. Disponível em : <https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMFf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 05/07/2021

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set-out, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4fSwnHx3nWnW49Tzq8KZLKj/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12/01/2021.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002. (Saúde em debate;145).

MOREIRA, Adilson. **Racismo recreativo**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

MUNANGA, Kabengele. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. *In*: PROGRAMA de educação sobre o negro na sociedade brasileira. [S.l.: s.n.], 2004. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001413002>. Acesso em: 01/02/2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?jsessionid=6101A9336E1453D0F467CD29779D28F1?sequence=3. Acesso em: 01/05/2021.

PIRES, Breiller. **Grêmio e Aranha, uma história de racismo perverso e continuado**. 2017. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2017/07/17/deportes/1500309484_868649.html. Acesso em: 15/5/2021.

SOUZA, Dyana Helena. Diálogo com Bell Hooks: reorientação da formação em saúde a partir da perspectiva decolonial. *In*: ALVES, Míriam Cristiane; ALVES, Alcione Correa (org.). **Epistemologias e metodologias negras, descoloniais e antirracistas**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2020. p. 144-158. (Série Pensamento Negro Descolonial). Disponível em: <http://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2018/11/Livro-Epistemologias-e-Metodologias-Negras-Descolonias-e-Antirracistas-1.pdf>. Acesso em: 31/05/2020.

WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. S. **Farmacologia clínica para dentistas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 01/05/2020.

ACOLHIMENTO DA MULHER MIGRANTE VENEZUELANA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA PROPOSTA TEÓRICO-REFLEXIVA

Ana Beatriz Oliveira Costa
Gleidilene Freitas da Silva
Paulo Sérgio da Silva

Introdução

O presente ensaio emerge a partir de uma aposta científica que se propõe a produzir reflexões teorizadas sobre as práticas assistenciais de acolhimento produzidas pelos profissionais da saúde com mulheres migrantes venezuelanas na atenção primária à saúde (APS).

Nesse âmbito, cabe destacar que a APS é organizada como o primeiro nível de atenção e a porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo constituída por uma equipe multidisciplinar que assiste as necessidades em saúde de uma dada comunidade (BRASIL, 2010). Fala-se de uma assistência contextualizada, que reconhece a singularidade da produção de cada existência e também as circunstâncias específicas da vida em cada território, em função de relações que ampliam ou constroem a potência das vidas (MERHY; et al., 2021).

Em linhas gerais, seu funcionamento com qualidade essencialmente é decorrente da focalização na família, orientação comunitária, primeiro contato com a pessoa, assistência longitudinal, coordenada e integral (BRASIL, 2015). Dessa forma, é possível afirmar que o contato mais próximo do indivíduo, família e comunidade em geral com a saúde é por meio das unidades básicas de saúde (UBS).

Uma UBS é definida pelas políticas de saúde em um plano formal, que estabelece sua finalidade, seu desenho básico, os papéis de gestores, trabalhadores e usuários. Entretanto, não é só esse plano formal da política que define o que se passa em uma UBS, pois no processo de produção da política, em diferentes momentos, prosseguem enfrentamentos entre forças, que marcam mais ou menos definições e práticas (MERHY; et al., 2021). Além disso, a UBS é um espaço capaz de proporcionar o suporte assistencial as mulheres migrantes venezuelanas, considerando a diferença linguística e cultural que permeiam a produção do cuidado no cotidiano do saber-fazer dos trabalhadores de saúde (STEFFENS; MARTINS, 2016).

Aqui, o termo 'migrante' é entendido como a mulher que se desloca de seu local cotidiano, sua moradia ou região de nascimento para outra região, ou até mesmo outro país. O êxodo migratório é apontado como evento que transforma as particularidades fundamentais no mundo contemporâneo, sendo capaz de plantar harmonia ou discriminação (IDMH, 2014; MARQUES; LEAL, 2017).

Não há um conceito universal que seja aceito para caracterizar o migrante. No entanto, este termo abrange, em geral, todas as situações em que se escolher migrar é decidida de maneira livre pelo indivíduo, por motivos de conveniência pessoal (OIM, 2009; IMDH, 2014).

Essas observações sinalizam que o fluxo migratório tende a aumentar de forma proporcional ao crescimento populacional. Isso porque as crises, seja financeira, governamental ou cultural, são ocasiões de grande impulso para migração (MARQUES; LEAL, 2017). Os atuais movimentos migratórios estão inseridos como um evento intrínseco nas grandes mudanças mundiais, levando com que países reconhecidos pela migração se modifiquem rapidamente, em países que praticam a exportação de mão-de-obra ou vice-versa (CAVALCANTI, 2015).

Neste cenário, a migração pode ser vista por meio dos determinantes sociais de saúde, representada por seus fatores de riscos, que são: xenofobia e racismo, direitos restritos e exclusão social, condições de trabalhos insalubres, baixa remuneração e dificuldade de entrada nos serviços de saúde. Baseado nisso, é preciso examinar as condições de saúde dos migrantes e compreender a função da medicina das migrações (MARTINO; RANGEL, 2019).

Análises desafiadoras no âmbito da saúde coletiva, pois se sabe (im)precisamente que os eventos migratórios impactam a dinâmica dos serviços de saúde do país que acolhe o migrante (TOPA; NEVES; NOGUEIRA, 2013). Exemplo destes impactos dizem respeito a superlotação dos serviços primários à saúde, sobrecarga dos profissionais de saúde devido a crescente busca por cuidados pela população migrante venezuelana e a incompreensão por eles das políticas de saúde do Brasil (SILVA; ARRUDA-BARBOSA, 2020).

Nos últimos seis anos, o extremo-norte do Brasil recebe cotidianamente migrantes de origem venezuelana, o que se pode chamar de mais um êxodo de povos que buscam melhores condições de vida em outro território. (MARTIN; GOLDBERG; SILVEIRA, 2018). O movimento de indivíduos de origem venezuelana para o estado Roraima inclui-se na grande saída de pessoas do país localizado no sul da América devido à crise instalada nos últimos tempos naquele território (SILVA; SOUSA, 2018).

O município de Boa Vista é um dos destinos do processo migratório, vivido pelos povos de origem venezuelana, que passam por uma crise política e econômica. Um dos piores conflitos humanitários, econômicos, governamental e social venezuelano, o país não é mais um lugar que possa se viver em paz, afetando a vida de quem vive nesse território, despertando a busca pela melhoria de vida de parte de sua população em outro país (MARQUES; LEAL, 2017).

Dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância abordam que entre 2015 e maio de 2019, o Brasil contabilizou mais de 178 mil requerimentos de refúgio e moradia provisória. A maioria dos migrantes adentrou no Brasil pela fronteira localizada ao norte do País, em Roraima, concentrando-se nos municípios de Boa Vista e Pacaraima (UNICEF, 2019).

Nesse panorama, cabe sinalizar que Roraima é o estado do Brasil com o menor quantitativo populacional e com menor participação no Produto Interno Bruto (PIB) nacional, e em 2017 evidenciou-se a ausência de estrutura local para receber, amparar e proporcionar o ingresso no mercado de trabalho a esse grande quantitativo de indivíduos venezuelanos; caracterizando um cenário desafiador, principalmente pela situação de vulnerabilidade de muitos migrantes e a competência das autoridades locais em conceder respostas apropriadas a esse intenso fluxo (MILESI; COURY; ROVERY, 2018).

Nesse contexto foi percebido que há inúmeros fatores envolvidos na migração que podem afetar a saúde do migrante, aumentando a vulnerabilidade desta população. Dessa forma, a necessidade de atenção à saúde dos povos migrantes venezuelanos torna-se um fator primordial para sua inserção na sociedade local. Isso exige do Estado medidas que permitam o acesso e uso dos serviços (primários) de saúde, assumindo como responsabilidade a adoção de estratégias que atendam às necessidades desses povos (VENTURA, 2018).

Dentre os grupos de maior vulnerabilidade social no contexto das migrações venezuelanas destacam-se as mulheres no interior de suas famílias, que tendem a serem mais afetadas pelas dificuldades de adaptação, por serem consideradas frágeis quando expostas à discriminação e eventos adversos enfrentados no processo migratório (TOPA; NEVES; NOGUEIRA et al., 2013).

É indispensável destacar que as dificuldades socioeconômicas pelas quais as famílias migrantes venezuelanas passam se constituem como uma barreira determinante das condições de saúde; especialmente, quando essas famílias geram filhos no país estrangeiro, comprometendo assim a saúde da mãe e da criança, por interferir na alimentação, cuidados com a saúde da mulher após o parto e com a criança recém-nascida e acesso à saúde. (ANDRADE et al., 2015; ALMEIDA; CALDAS, 2012).

Nessa corrente, a UBS configura-se como a porta de entrada para a assistência à saúde das mulheres migrantes de origem venezuelana. Lugar onde primeiramente é realizado o acolhimento à mulher, a criança e a família que necessitam de atendimento. Esse primeiro momento, baseia-se em recepcionar, triar as demandas em saúde e criar vínculos para que haja a continuidade dos atendimentos (CORRÊA et al., 2017; SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014).

Assim, o acolhimento da mulher migrante venezuelana na UBS é compreendido como uma orientação ética que abrange a relação entre o cuidador e o que recebe o cuidado; tendo como objetivo a elaboração de um espaço comum chamado de produção do cuidado compartilhado, ou seja, o ato de ser corresponsável. Acolher não se baseia apenas em exercer algo segundo aquilo que o indivíduo traz, mas a partir da produção de novos caminhos, reposicionamentos e atitudes (BRASIL, 2010).

Diante do exposto, este ensaio será orientado pelo seguinte objetivo: refletir sobre o acolhimento a mulher migrante venezuelana na APS. Toda proposta reflexiva está organizada em um núcleo teórico-reflexivo, intitulado: “fundamentos para pensar o acolhimento a mulher migrante venezuelana na APS”.

Núcleo teórico-reflexivo: fundamentos para pensar o acolhimento a mulher migrante venezuelana na APS

Em sua natureza, o fenômeno da migração está relacionado ao território e ao ato de existir, ou seja, lugar e ser. Isso porque não existe um lugar sem o homem, e tão pouco o homem sem o lugar, podendo ser compreendido assim a espacialidade desde que exista a indissociabilidade ser-lugar, homem-espaço (MARANDOLLA JUNIOR; DAL GALLO, 2010).

Nesse sentido, o ato de migrar é capaz de expressar a procura por novos caminhos, buscando soluções tanto para problemas internos, quanto para os que envolvem a família. Nem sempre são escolhas que se percebem de modo espontâneo, mas que com o passar do tempo pode resultar em mudanças radicais na vida das pessoas que se deslocam de um território para outro (OLIVEIRA; COSTA, 2020).

Durante os anos de sessenta e setenta o processo de migração internacional era predominantemente representado pelo sexo masculino, mas esse fato foi mudando com o passar dos anos, sofrendo influências com as alterações produzidas pela globalização, a acentuada procura pela mão de obra feminina, a intensa busca pelo trabalho feminino e a progressiva aceitação social de sua autonomia financeira e mobilidade (MIRANDA, 2011; MOREIRA, 2018).

Com o passar dos anos o padrão de migração sofreu algumas mudanças significativas, as mulheres passaram a migrar mais sozinhas, se comparado aos dados de outros anos. As mesmas compõem atualmente cerca da metade da população que migra internacionalmente (ROIG, 2018).

Dessa forma, a mulher migrante é considerada um corpo político que gera transformação participando de modo ativo no movimento que desconstrói as fronteiras nacionais, e reestrutura o processo de reprodução do capital. A migração realizada pela mulher compreende a vontade e a execução do direito a uma qualidade de vida, com autonomia e não oprimida a uma sociedade patriarcal (MOREIA, 2018).

Todo o processo migratório é mais nocivo para as mulheres. Elas são mais suscetíveis a serem acometidas por doenças mentais, principalmente, esquizofrenia e estresse pós-traumático, devido aos eventos que sofrem durante todo o procedimento de migração (TOPA; NOGUEIRA; NEVES, 2013; ROCHA; et al., 2012).

Esses eventos refletem durante a gravidez podendo ser estendidos ao estado puerperal, provocando fragilidades. Dentre elas têm-se a depressão pós-parto, psicose e depressão - intensificada com estressores migratórios. Logo, a saúde materna e infantil deve receber uma atenção especial, mediante ao acesso aos serviços primários de saúde e produção de um cuidado que acolhe as necessidades da mulher migrante venezuelana (LOSCO; GEMMA, 2019; ALMEIDA; CALDAS, 2012).

A busca por fundamentos que possibilite pensar a palavra de ordem “acolhimento” a mulher migrante venezuelana, convida a uma entrada nos aspectos teóricos da Política Nacional de Humanização (PNH) - Humaniza SUS elaborada pelo Ministério da Saúde, no ano de 2003, com base nas concretas e inovadoras vivências que constituem um “SUS que dá certo”. Ela procura colocar em execução os princípios do SUS no dia a dia dos serviços de saúde, gerando novas condutas para cuidar e gerir (MARTINS; LUZIO, 2017; BRASIL, 2013).

A definição de humanização foi reelaborada com a PNH, descrita em uma proposta ético-estético-política: ética, pois se relaciona as ações dos usuários, gestores e trabalhadores de saúde que atuam com comprometimento e co-responsabilidade; estética pois promove um processo sensível e criativo da produção da saúde com tendências protagonistas e autônomas; política pois se relaciona a organização social e institucional das ações de gestão e atenção na rede do SUS (BRASIL, 2008).

Os cuidados primários em saúde tiveram um eixo marcante a partir do ano de 1978, através da Declaração de Alma-Ata, onde esses cuidados humanizados passaram a ser apontados como um plano fundamental de um país que possui sistema de saúde. A atenção primária apresenta uma perspectiva que compõe o apoio e designa as funções dos outros níveis da atenção à saúde sendo as práticas acolhedoras e humanísticas fundamentais na produção do cuidado em saúde (WHO, 2008; COUTINHO; BARBIERE; SANTOS, 2015).

Nesse sentido, a PNH apresenta abordagens teóricas e organizativas que comprovam que essa política foi criada objetivando estimular a execução de um SUS que seja acolhedor, inclusivo, democrático e resolutivo. Dessa forma, a entrada dos usuários e a maneira como são cuidados caracterizam-se como momentos relevantes para possibilitar a aplicação dos princípios do SUS, logo, necessita-se que sejam otimizados e reavaliados na prática assistencial e no gerenciamento dos serviços de saúde (LOPES, et al., 2015).

O ato ou o efeito de realizar o acolhimento apresenta, em seus variados conceitos, um meio de aproximar, um “estar com” e um “estar perto de”, isso significa, um comportamento de incluir. Acolher permite que se reflita a respeito dos processos de trabalho em saúde, porque institui um vínculo concreto e com credibilidade entre o profissional ou a equipe, com o usuário, atuando de forma direta e orientada através dos princípios do SUS (BRASIL, 2010).

Na PNH, o acolhimento não se restringe somente a atitudes realizadas de modo isolado ou pontual, tendo como exemplo uma confortável recepção, um espaço bem dimensionado, serviço de referência a serviços especializados. A sua realização deve ser com responsabilidade, criando um vínculo por meio da escuta das queixas, da troca de informações, recíproco conhecimento dos direitos e deveres, e a tomada de decisões que permitem interferências que sejam propícias e eficazes para o que o usuário necessita dos serviços de saúde (MOTTA; PERUCCHI; FILGUEIRAS, 2014).

No seu significado verdadeiro, o acolhimento objetiva humanizar a convivência entre a equipe de saúde e os serviços ofertados, e com os usuários, por meio da escuta qualificada, criação de uma relação e respeito, sempre de maneira positiva e com comprometimento para apresentar a resposta do seu problema de saúde (LOPES, et al., 2015).

Diante disso, teorizar o acolhimento no campo da APS pede passagem para abordagens de três conceitos elementares, sobretudo quando se pensa o saber-fazer dos profissionais de saúde com a mulher migrante venezuelana, sendo eles: escuta qualificada, vínculo e a clínica ampliada do sujeito. Essa tríade parece ser fundamental para identificação de demandas de saúde, condições de trabalho, xenofobia e exclusão social que eventualmente as mulheres migrantes venezuelanas possam estar vivenciando.

Fala-se da escuta como uma atitude empática, que tem como objetivo ouvir de modo atento aquilo que o outro observa, de forma compassiva, e desprovida de opiniões ou sugestões (TOBASE; et al. 2021). O profissional de saúde mediante a prática da escuta e do diálogo com o usuário do sistema, representa com essa atitude, o cuidado. O ato do profissional da APS em escutar o usuário de modo qualificado, permite a descoberta de conflitos e sofrimentos pelo diálogo, podendo viabilizar a gestão de angústias vivenciadas no cotidiano que acarretam queixas somáticas e apresentações clínicas (VELLOSO; VARANDA, 2017; SANTOS, 2019).

A escuta qualificada permite que se encontre a subjetividade do usuário, conceituada como o modo de apresentar sensibilidade ao que se é falado e expressado por meio de gestos, falas, atitudes e sentimentos. Ela caracteriza-se por ser a fundamental ferramenta para que se produza o cuidado entre os níveis de atenção à saúde por meio da PNH, pois com ela é possível que se construa uma relação de acolhimento e a criação de vínculos (SANTOS, 2019; MAYNART et al., 2014).

A criação de vínculos no contexto na APS pode ser considerada uma tecnologia leve, pois os profissionais de saúde dentro de suas especificidades se relacionam de diferentes formas com os usuários. Isso resulta numa interação que propõe a criação de “laços” entre os usuários do sistema de saúde, com os profissionais atuantes, o qual se faz necessário para o mecanismo tecnológico que se desempenhe o trabalho, conforme as diretrizes norteadoras da estratégia e saúde da família (ESF) (COELHO; JORGE, 2009).

O vínculo caracteriza-se por ser um dos componentes operacionais que constituem aos usuários as suas necessidades de saúde. Historicamente ele foi mencionado nos documentos ministeriais relacionados à Atenção Básica, no fim dos anos 90, nomeado como “vínculo de responsabilidade” e “vínculo de compromisso e de corresponsabilidade”, conceituado como o que se resulta de um convívio contínuo, com potencial para a solução dos problemas e preservação do estado de saúde da população (SEIXAS et al., 2019).

No campo das tecnologias leves tem-se o vínculo e o acolhimento como dois termos que completam a criação de uma assistência humanizada a saúde. O vínculo incluso na ESF, com a formação de laços entre os profissionais da equipe e os usuários, possibilita uma aproximação maior entre a unidade de serviço e a comunidade. O acolhimento é considerado uma fase do processo de trabalho, como durante a recepção no primeiro contato com a unidade, e também um dispositivo fundamental em qualquer local em que se tenha o encontro entre o profissional e o paciente, contribuindo para que o atendimento clínico seja realizado de modo ampliado (PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011).

A clínica ampliada compreendida como uma proposta para criação de ferramentas assistenciais que se articulam e inclui os diferentes enfoques e disciplinas. Ela vai além da prescrição médica ou solicitação de exames laboratoriais para fins diagnósticos. Procura agregar inúmeras condutas para permitir um manejo das necessidades de saúde de forma eficiente através da equipe multiprofissional em saúde (BRASIL, 2009).

Para além do tratamento da doença a clínica ampliada encarrega-se de estender esse manejo, inserindo também as situações que potencializam o risco e tornam as pessoas mais vulneráveis, ou seja, os problemas de saúde. (CAMPOS; AMARAL, 2007). Nesse ponto, cabe destacar que a clínica ampliada possui cinco eixos fundamentais, que são, a compreensão ampliada do processo saúde-doença, a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, a ampliação do “objeto de trabalho”, a transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho e o suporte para os profissionais de saúde (BRASIL, 2009).

A inclusão e adoção da clínica ampliada e compartilhada envolve a escuta, que é primeiro contato do usuário, onde o profissional de saúde deve acolher todo relato ou queixa, mesmo que não seja importante para o tratamento; o vínculo e o afeto também é uma sugestão, que deve ser criado entre o profissional e o paciente, para que através da compreensão entre ambos haja a autonomia para enfrentar os desafios que permeiam os desvios de saúde (BRASIL, 2009).

Diante disso, as reflexões postas apontam para necessidade de um contínuo movimento de análise das práticas em saúde acontecidas no interior das UBS, envolvendo o encontro dos profissionais com as mulheres migrantes venezuelanas. Para isso, acredita-se que percorrer com as mulheres venezuelanas a rede básica do SUS, bem como rastrear as linhas de cuidados por elas percorridas, sejam capazes de superar as limitações primeiras deste ensaio teórico.

Como contribuição destas reflexões para a saúde coletiva destaca-se o apanhado teórico presente na PNH contextualizado com o atual fenômeno das migrações, considerando a saúde da mulher. Acredita-se que essa complexa zona de inseparabilidade conceitual é pauta prioritária para gestores e profissionais de saúde implicados nos modelos de atenção em saúde. Espera-se que esta análise crítica sobre acolhimento da mulher migrante venezuelana no contexto da APS seja capaz de ampliar a forma de pensar e produzir saúde, sobretudo no contexto do extremo norte do Brasil.

Um ponto de parada: (in)conclusões para intensificar investigações

A produção de uma proposta teórica-reflexiva que considere elementos em saúde da mulher migrante venezuelana no contexto da APS faz emergir a necessidade de rastrear e pousar nas multivariadas UBS localizadas na cidade de Boa Vista, para ali localizar as práticas assistenciais que tenham um tom acolhedor ancorados na PNH.

De forma inacabada, realiza-se aqui uma pausa nas construções reflexivas com a certeza de que o fortalecimento do SUS perpassa por leituras do cotidiano no trabalho em saúde. Parar é observar minimamente três rotas científicas que fundamentalmente são necessárias para cuidar da mulher migrante venezuelana de forma acolhedora na APS. Invariavelmente isso envolve a escuta qualificada, vínculo e clínica ampliada do sujeito como forma de promover uma assistência humanizada e de qualidade.

Com esse tripé posto, acredita-se que estas formulações reflexivas possam beneficiar posturas acolhedoras pelos profissionais de saúde da rede básica, no exercício de sua profissão, junto as mulheres migrantes venezuelanas do hoje e do amanhã. Haja vista que o fluxo migratório Venezuela-Brasil ainda é uma realidade concreta no estado de Roraima.

Assim, chega-se no ponto de parada com a certeza de que é fundamental intensificar as investigações e reconhecer *in loco* as práticas de saúde que são produzidas cotidianamente no encontro estabelecido entre os profissionais de saúde e as mulheres migrantes venezuelanas. Para isso, nossa atenção científica foi redirecionada para o acolhimento de puérperas migrantes venezuelanas a partir do projeto investigativo, intitulado: “rastreamento das práticas assistenciais de acolhimento a puérpera migrante venezuelana na atenção primária à saúde”.

Assim, acredita-se que este ensaio teórico funcione como uma boa orientação para entrada no campo investigativo, auxilie na produção instrumentos de pesquisa, oriente a produção de dados qualitativos e quantitativos capazes de fornecer (im)precisão sobre os objetos de estudo “acolhimento”, “migração venezuelana”, “saúde da mulher” e “atenção primária à saúde”.

Referências

- ALMEIDA, L.M.; CALDAS, J. Cuidados de saúde materno-infantis em imigrantes: Que realidade?. **Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía**. Porto. vol. I, nº 1, Enero-Junio, 2012. 18p.
- ANDRADE, R.D. et al. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, p. 181-186, 2015.
- BRASIL. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Secretaria de Atenção à Saúde. 1ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2013.

- CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**. p.849-859. 2007.
- CAVALCANTI, L. NOVOS FLUXOS MIGRATÓRIOS PARA O MERCADO DE TRABALHO BRASILEIRO. DESAFIOS PARA POLÍTICAS PÚBLICAS. **Revista da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Geografia (Anpege)**. p.21-35, V.11, n.16, jul-dez.2015.
- COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1). p. 1523-1531, 2009.
- CORRÊA, M. S. M. et al. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. **Caderno de Saúde Pública**. 2017.
- COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. de M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.514-524, ABR-JUN 2015
- IMDH. **Glossário**. Brasil: Instituto Migrações e Direitos Humano. 31 de janeiro de 2014. Disponível em: <[43](https://www.migrante.org.br/imdh/glossario/#:~:text=Movimento%20de%20pessoas%2C%20grupos%20ou%20povos%20de%20um%20lugar%20para%20outro.&text=Migrante%20%C3%A9%20pois%2C%20toda%20a,outro%20lugar%2C%20regi%C3%A3o%20ou%20pa%C3%ADs.>>. Acesso em: 03 maio 2021.</p><p>LOPES, A. S. et al. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 114-123, 2015.</p><p>LOSCO, L. N.; GEMMA, S. F. B. Sujeitos da saúde, agentes do território: o agente comunitário de saúde na Atenção Básica ao imigrante. Interface. Botucatu, 2019.</p><p>MARTIN, D.; GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. Saúde e Sociedade. São Paulo, v.27, n.1, p.26-36, 2018.</p><p>MARTINO, A.; RANGEL, G. C. C. Migração e Saúde em uma perspectiva epistemológica: reflexões para os trabalhadores da área da saúde. Saúde em Redes. p. 251269, 2019.</p><p>MARTINS, C. P.; LUZIO, C. A. Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço. Interface. Botucatu, p. 13-22, 2017.</p><p>MAYNART, W. H. C. et al. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. Acta Paulista de Enfermagem. 2014.</p><p>MERHY, E. E. et al. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 6, p. 70-83, dez. 2019.</p><p>MILESI, R.; COURY, P.; ROVERY, J. Migração Venezuelana ao Brasil: discurso político e xenofobia no contexto atual. Aedos. Porto Alegre, v. 10, n. 22, p. 53-70, Ago. 2018.</p><p>MIRANDA, J. F. M. Mães imigrantes e saúde – Estudo sobre as brasileiras em Portugal. Porto, 2011. Dissertação (Mestrado em Estudos de Minorias). Universidade Fernando Pessoa.</p><p>MOREIRA, V. S. Migrações Femininas e a Nova Lei de Migrações: uma análise sobre a ausência da perspectiva de gênero na nova lei. Caderno de Gênero e Diversidade. Bahia: Universidade Federal da Bahia. v. 04, n. 04, p. 50-67, 2018.</p><p>MOTTA, B. F. B.; PERUCCHI, J.; FILGUEIRAS, M. S. T. O acolhimento em Saúde no Brasil: uma revisão sistemática de literatura sobre o tema. Revista da SBPH. v. 17, n 1, p. 121-139, 2014.</p><p>OLIVEIRA, V. L. de A.; COSTA, E. S. MIGRAÇÃO VENEZUELANA NA PERSPECTIVA DAS MULHERES. In: OLIVEIRA, M. M.; LUTTNER, C. M. A.; SANTOS, R. D. M. (Org.). Coletânea Migração & Wash reflexões sobre o contexto de Roraima. Boa Vista Editora da UFRR, 2020. p. 131-148.</p><p>OIM. Glossário sobre Migrações. Genebra: OIM, n. 22, 2009.</p><p>PINHEIRO, P. M.; OLIVEIRA, L. C. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. Interface. v.15, n.36, p.187-98, jan./mar. 2011</p><p>ROCHA, C.M.F. et al. Migração internacional e vulnerabilidade em saúde: tópicos sobre as políticas de saúde e de saúde sexual e reprodutividade em Portugal. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. Hygeia, p. 190 - 200, Dez 2012.</p></div><div data-bbox=)

- ROIG, J. N. MIGRAÇÕES INTERNACIONAIS E A GARANTIA DE DIREITOS – UM DESAFIO NO SÉCULO XXI. In: BAENINGER, R.; SILVA, J. C. J. (Coord.). **MIGRAÇÕES VENEZUELANAS**. 1ª edição. Campinas: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” – Nepo/Unicamp, 2018. p. 27-30.
- SANTOS, A. B. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. **Revista da Rede APS**. vol. 1, n. 2, p. 170-179, Maio/Julho-2019.
- SEIXAS, C. T. et al. O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface**. Botucatu, 2019.
- SILVA, F. C. A.; SOUSA, E. M. A migração venezuelana e o aumento da pobreza em Roraima. **Tensões Mundiais**. Fortaleza, v. 14, n. 27, p. 105-119, 2018.
- SILVA, M. Z. N.; ANDRADE, A. B. de; BOSI, M. L.M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 805-816, Out-Dez 2014.
- SILVA, P. S.; ARRUDA-BARBOSA, L. IMIGRAÇÃO DE VENEZUELANOS E OS DESAFIOS ENFRENTADOS POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Enfermagem em Foco**. p. 37-43. 2020.
- STEFFENS, I.; MARTINS, J. “FALTA UM JORGE”: A SAÚDE NA POLÍTICA MUNICIPAL PARA MIGRANTES DE SÃO PAULO (SP). **Lua Nova**. São Paulo, p. 275-299, 2016.
- TOBASE, L. et al. Escuta empática: estratégia de acolhimento aos profissionais de enfermagem no enfrentamento da pandemia por coronavírus. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2021.
- TOPA, J.; NEVES, S.; NOGUEIRA, C. Imigração e saúde: a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.22, n.2. p. 328-341, 2013.
- VELLOSO, A. F.; VARANDA, M. P. Difusão de inovação e atores-chave na ESF. **Caderno de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, p. 73-82, 2017.
- VENTURA, M. Imigração, saúde global e direitos humanos. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2018.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report 2008: Primary Health Care now more than ever**. Geneva: WHO, 2008.

PERCEPÇÃO DAS PARTURIENTES MIGRANTES VENEZUELANAS SOBRE A BARREIRA LINGÜÍSTICA NO ATENDIMENTO DO TRABALHO DE PARTO

*Juliana Araújo Dueñas
Tárcia Millene de Almeida Costa Barreto*

Introdução

As migrações pelo mundo, nas últimas décadas, têm tomado cada vez mais destaque internacional. Atualmente a intensificação das migrações forçadas chamam atenção por serem motivadas por desastres naturais e conflitos políticos, onde os indivíduos vão em busca de melhores condições econômicas e de vida (BESERRA, 2016).

Neste contexto, a Venezuela vem sendo um exemplo, onde o mesmo está em meio de uma conjuntura conflitante nos cenários social, político e econômico, fruto da instabilidade política, alta inflação, violência crescente e escassez de itens básicos de alimentação e higiene. Essa falta de acesso a alimentos, higiene e a serviços básicos de saúde foram alguns dos motivos para o estopim do êxodo atrás de condições mínimas de sobrevivência. Essa insegurança e a falta de itens básicos leva muitas mulheres venezuelanas a migrarem para o Brasil, mais frequentemente a Boa vista, por ser fácil acesso, para terem seus filhos na maternidade (MARQUES; LEAL, 2017).

O relatório das Organizações dos Estados Americanos (OEA) estima que a migração de venezuelanos ultrapassará cinco milhões de pessoas até o final de 2019 e continuará crescendo se a situação no país não mudar (OEA, 2019).

No Brasil foram feitos mais de 61 mil pedidos de refúgio por venezuelanos em 2018. Segundo a ACNUR (2019), Roraima conta com 13 abrigos temporários, no qual 11 desses, ficam localizados na capital, Boa Vista. Ao todo abrigam mais de 6 mil venezuelanos, número esse que difere da quantidade de migrantes venezuelanos que adentram ao estado. Segundo a Organização Internacional para as migrações (OIM), em 2018, foi feito um estudo de monitoramento de fluxos migratórios de venezuelanos em Roraima, que atestou que cerca de 44% dos migrantes que adentraram o estado foram do sexo feminino e a faixa etária de maior predominância foi a entre 18 a 35 anos, e a grande maioria dessa população encontrava-se solteira, 57% ou casada ou com algum tipo de união estável, 40%.

Esse cenário de aumento nas migrações femininas vem sendo reverberado há alguns anos. Dados revelam que atualmente, o quantitativo de mulheres corresponde à metade da população mundial de migrante, sendo aproximadamente 95 milhões, e na União Europeia elas correspondem a 54% da população total de migrantes. Se for realizado uma comparação entre as mulheres migrantes e as que já habitam no local anteriormente, será perceptível que as primeiras possuem parâmetros inferiores de saúde do que as outras, com relação a morte materna, perinatal e infantil, prematuridade, baixo peso ao nascer, índice de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e o predomínio de violência contra as mulheres (TOPA; NOGUEIRA; NEVES, 2010).

Assim, as questões de gênero, aliadas a características étnicas, etárias, culturais, socioeconômicas, estão diretamente relacionadas às condições de saúde e condicionam diferentes formas de discriminação, afetando diferentemente à saúde das mulheres migrantes. É importante destacar que as mulheres tendem a enfrentar esse processo de uma forma mais nociva por serem consideradas mais frágeis quando são expostas a discriminação, isso quando se compara ao homem migrante, e indo mais fundo sobre essa temática nota-se que algumas são mais vulneráveis do que outras (TOPA; NEVES; NOGUEIRA, 2013).

Dessa forma, determinantes de saúde, acessibilidade e estado de saúde dessas populações é demonstrado por desigualdades e parcialidades, maior risco para agravos e doenças, incluindo ainda a falta de informação sobre a migração feminina e suas peculiaridades, o que é intensificador desses fatores, e isso reflete na saúde sexual e reprodutiva desse público, que continuam sendo mais vulneráveis, inclusive no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, pois precisam de serviços específicos, como os serviços voltados à saúde sexual e maternidade, saúde e assistência às crianças. Cuidados esses que enfrentam dificuldades além do acesso, mas também de continuação (TOPA, 2016).

Segundo Almeida e Caldas (2012), a migração em si constitui-se como um fator de risco afetando, entre outros aspectos, o período gravídico das mulheres, evidenciado pela ausência ou início tardio do pré-natal, expansão de procedimentos cirúrgicos e assistência pós-parto de baixa qualidade, tendo como barreiras o período de espera por atendimento nos serviços de saúde, barreira linguística e de locomoção, a qualidade e equidade dos atendimentos.

Essa relação entre a gestação e a assistência à saúde para as migrantes venezuelanas, na cidade de Boa Vista, é tida como um desafio para o serviço de saúde. Segundo a Secretaria de Estado da Saúde de Roraima (2018) foram contabilizados 566 partos de venezuelanas realizados na maternidade local no ano de 2017, e 253 partos no primeiro trimestre de 2018. E muitas dessas mulheres residem em locais improvisados na rua, fato que prejudica o curso da gestação, bem como a manutenção da saúde após o parto tanto para mãe quanto para o recém-nascido (SESAU, 2018).

Diante dessa nova demanda de atendimento as migrantes, a comunicação então passa a ser instrumento básico dentro da assistência prestada que, por meio desse, pode-se saber e entender as necessidades do paciente. Isto porque, quando se trata da assistência das parturientes em trabalho de parto, a comunicação é mais uma vez relevante, uma vez que a ausência de comunicação, pode provocar situações como: desejos ignorados da gestante e a má compreensão do que a parturiente quer dizer ou expressar. Nesse sentido, a comunicação deve se fazer necessária, uma vez que faz parte da assistência humanizada que é preconizada pelo SUS (GRANADA et al., 2017; WALDMAN, 2011).

Diante desse contexto, através da percepção do desafio que é a manutenção da saúde destas migrantes, surge o objetivo de avaliarmos a interferência da barreira linguística no atendimento a parturiente migrante durante o trabalho de parto (TP) em uma maternidade pública de Roraima.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem mista, quali-quantitativa, desenhada para avaliar a interferência da barreira linguística no atendimento a parturiente migrante durante o TP em uma maternidade pública de Roraima.

O estudo foi realizado no maior hospital materno infantil do estado de Roraima, de gestão pública. A escolha deu-se por ser uma unidade de referência, além de receber parturientes locais e da tríplice fronteira, Venezuela-Brasil-Guiana Inglesa, e também de diversas etnias indígenas.

No que se refere as participantes do estudo, estas foram puérperas migrantes venezuelanas internadas no alojamento conjunto. Foram incluídas na pesquisa as puérperas maiores de 18 anos, venezuelanas, hemodinamicamente estáveis, em Alojamento Conjunto, que tiveram parto via vaginal e que tinham pouco ou nenhum nível de compreensão com o idioma português, como critérios de exclusão tomou-se todas aquelas que apresentarem qualquer incapacidade física e/ou psíquica, indígenas e aquelas cujo o recém-nascido estivesse internado na unidade neonatal ou que foram a óbito.

A amostragem foi definida por saturação, tendo em vista que essa é usada para estabelecer o tamanho final das amostras de pesquisas qualitativas, interrompendo a captação de novos entrevistados uma vez que os dados obtidos passam pela percepção do pesquisador, com redundância de dados não sendo agregadas de novas informações (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

A coleta de dados ocorreu no período de julho a outubro de 2020, tendo sido realizadas nos períodos matutino e vespertino até que se tivesse dados suficientes para a discussão desse estudo. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra para análise. Destaca-se que as entrevistas foram realizadas por uma única entrevistadora, fluente na língua espanhola. O roteiro da entrevista contava com variáveis sociodemográficas e duas perguntas norteadoras da entrevista que foram: como ocorreu a comunicação durante o atendimento no trabalho de parto e como ela se sentiu durante essa experiência de atendimento. Ainda após o final de cada entrevista ou no intervalo entre elas, foi separado alguns minutos para alimentar o diário de campo acerca do que foi possível observar durante cada entrevista.

Os dados foram analisados segundo a proposta de análise temática de Minayo (2010), que engloba os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, no qual a frequência signifique alguma coisa diante do objeto analisado. Conforme se propõe o método de análise aplicou-se neste estudo as três etapas, que compreenderam:

Etapa de pré-análise: Neste momento foi realizada a leitura flutuante das entrevistas, já transcritas, levantando-se as hipóteses iniciais, relacionando-se as teorias relacionadas. Em seguida se deu a constituição do corpus do material, realizando a avaliação da representatividade, homogeneidade e pertinência dos dados levantados. E, realizada a leitura exaustivas do material, iniciando-se os recortes da categorização, codificação e os conceitos teóricos que direcionaram essa análise.

Etapa de exploração do material: nessa etapa buscou-se classificar o núcleo de compreensão do texto, buscando as palavras-chaves e expressões, dividindo-os assim pela especificidade do tema.

E por fim a etapa do tratamento dos resultados obtidos e a sua interpretação: onde os resultados foram submetidos a análises relacionadas com a hipótese inicial da pesquisa e com outros estudos.

Outrossim, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Roraima (CEP-UFRR), conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, tendo sido aprovado pelo parecer 4.054.346. Respeitando os preceitos da referida resolução as participantes receberam e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), juntamente a pesquisadora/entrevistadora, momento em que foram informadas sobre a possibilidade do desligamento da pesquisa em qualquer momento, garantindo assim o total sigilo das suas informações, além disso, as entrevistadas foram codificadas em sequência alfa numérica para garantir ainda mais esse sigilo de informações (pct1, pct2, pct3...).

Resultados e discussão

Os resultados obtidos são apresentados nessa seção em dois eixos, onde o primeiro contempla os dados sociodemográficos e o segundo que contempla as categorias, que emergiram a partir da análise dos depoimentos.

Perfil das entrevistadas

Foram entrevistadas 16 puérperas, com idade entre 19 e 38 anos, e a média etária foi de 24,31 anos, demonstrando que a maior parcela da população migrante se encontra em idade ativa. No que se refere ao nível de escolaridade, foi constatada a predominância para mulheres com ensino médio completo (6 participantes); ensino fundamental incompleto (6 participantes); ensino fundamental completo (1 participante); ensino médio incompleto (2 participantes) e ensino superior incompleto (1 participante).

Tais achados são corroborados pelo estudo sociodemográfico e laboral dos venezuelanos no Brasil de Simões (2017), onde a faixa etária de maior migração entre os venezuelanos era de 20 a 39 anos. E o mesmo foi apontado em dados revelados pela Organização Internacional para migrações-OIM (2020), onde venezuelanos que migram para países vizinhos da Venezuela, como o Brasil, tendem a ter um perfil mais jovem, solteiro e o nível de escolaridade mais baixo. Dados esses reafirmados ainda, pelo IBGE (2017), onde descreve o percentual de venezuelanos em Roraima e sua escolaridade, e mostra em sua maioria, 51%, possuem o ensino médio completo, assim como para Simões (2017), a maioria dos seus entrevistados possuíam ensino médio completo, cerca de 30%. E para Braga, Jesus e Lacerda (2007), que também verificaram que a maioria dos seus entrevistados possuíam o ensino médio completo.

Sobre o estado civil, 5 das participantes declararam serem casadas e 7 declararam serem solteiras, dessas, 4 relataram ter algum tipo de companheiro. Assim como já foi citado anteriormente, os dados da OIM (2020) reafirmam que a maioria da população migrante venezuelana se encontra solteira. E no estudo de Simões (2017), 50% dos entrevistados eram solteiros, cerca de 20% casados e aproximadamente 18% desses tinham algum tipo de companheiro. As participantes também foram questionadas sobre quanto tempo já estavam no Brasil, a resposta variou entre 5 meses a 3 anos, sendo a média de tempo de aproximadamente 1 ano e 1 mês (13,75 meses).

Quando questionadas sobre a motivação que as levaram a migração, 13 participantes (81%), afirmaram que a crise econômica foi o principal fator migratório. Fato esse que já foi afirmado por Oliveira (2019), onde as adversidades vividas na Venezuela resultaram na migração internacional como principal estratégia de sobrevivência dos venezuelanos indígenas e não indígenas, que passou a ocorrer em maior intensidade a partir do ano de 2015. Verificou-se ainda que a maioria da população tinha dificuldade para comprar produtos simples como alimentos e remédios, além de vivenciar a inflação altíssima do país que diminuía ainda mais o poder de comprar do povo venezuelano, por esse motivo, na pesquisa de Oliveira (2019), cerca de 77% dos entrevistados apontaram esse como o principal fator para a migração.

Quando questionadas sobre o entendimento da língua portuguesa, 68,75% das entrevistadas, 11 participantes, afirmaram entender de forma média e as demais afirmaram entender muito pouco a língua. Para Oliveira (2019), 77% dos participantes em seu estudo não dominavam a língua portuguesa e no estudo de Simões (2017), os participantes apresentavam pouco domínio e conhecimento do

português e poucos eram os que buscavam estudar o idioma.

É possível que esse percentual de mulheres que compreendam a língua portuguesa de forma intermediária tenha relação com o tempo de permanência destas no Brasil. A construção de vínculos em solo brasileiro vai se construindo de forma gradativa e isso apresenta reflexos no domínio e compreensão da língua local.

Categorização das falas

Nesse tópico é apresentada a exploração do material seguindo a proposta de análise de temática proposta por Minayo (2010), de forma que os depoimentos foram organizados em categorias para melhor compreensão e discussão. As categorias são: A barreira linguística e a experiência de trabalho de parto no Brasil; Estratégias adotadas para a comunicação verbal e Conformismo e negligência.

A barreira linguística e a experiência de trabalho de parto no Brasil

Aborda-se nessa categoria a dificuldade de comunicação encontrada segundo relato das participantes, as tentativas de ultrapassar a barreira linguística da comunicação verbal e a experiência do trabalho de parto em solo brasileiro.

Segundo as recomendações das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2017), alguns dos cuidados gerais sobre a informação e comunicação durante o trabalho de parto recomendam que o enfermeiro em seu primeiro contato com a parturiente apresenta-se, explique seu papel no atendimento e se possível verifique suas necessidades e preocupações. Durante esse momento é dever do profissional de saúde estabelecer com ela uma relação de confiança, além de atentar-se se existe algum tipo de dificuldade na comunicação, seja por alguma deficiência ou o caso de ser estrangeira ou indígena.

Os pacientes cada vez mais são advindos de outras culturas e países, e os profissionais dos diversos setores da saúde, se confrontam com migrantes, que se queixam de dificuldades na comunicação. Nesse sentido, os profissionais precisam conhecer e compreender as culturas das populações que eles vão lidar diretamente, as suas particularidades comunicacionais, os comportamentos de saúde e as práticas de cuidados adotadas por eles. Uma das estratégias é a da comunicação culturalmente competente (RAMOS, 2012).

Nas falas a seguir é expressa a existência da barreira linguística de comunicação durante a experiência do trabalho de parto das puérperas:

“Eu entendia mais ou menos o que eles diziam, eles tinham bastante paciência, eles me compreendiam.” (pct2)

“Eu entendia o que eles falavam, mas eles não me entendiam.” (pct8)

“Foi uma comunicação boa, normal. A princípio me senti um pouco incomodada pela diferença de linguagem, houve situações em que eu estive um pouco perdida pois não compreendia o que estavam falando.” (pct6)

“Fiquei um pouco incomodada pela diferença de linguagem, foi um pouco difícil para eu me comunicar, tive um pouco de dificuldade.” (pct5)

Observa-se que a dificuldade de compreensão da linguagem manifesta reações de incomodo. Esse tipo de sentimento pode produzir a quebra de vínculo entre profissional e paciente, caso não seja adequadamente trabalhado. Isto porque o idioma é considerado uma barreira cultural da assistência em saúde, já que esse é um dos importantes instrumentos do acolhimento e cuidado, além de ser veículo de resposta do usuário diante da terapêutica. A comunicação facilita a construção da confiança, principalmente na cena do trabalho de parto onde essa é de grande influência para a qualidade da assistência obstétrica. O que é relatado no estudo de Chubaci e Merighi (2002), onde observou-se que o português era tido como barreira e proporcionava o desenvolvimento de sentimentos de desconfiança, sofrimento, arrependimento e impotência pelo não entendimento da língua, nos japoneses internados no Brasil. Logo pode-se prever que sentimentos iguais como esses possam surgir durante os atendimentos das migrantes (BESSERA et al., 2019).

Por esse motivo os profissionais de saúde devem se esforçar na busca da comunicação eficiente ou mesmo cobrar de instâncias superiores capacitações para lidar com esse tipo de problemática, uma vez que os migrantes não devem ser penalizados com uma baixa qualidade de assistência em saúde, já que os mesmos passaram por um processo de migração forçada, sem preparo e sem conhecimento da língua do país acolhedor (BARBOSA, SALES e SOUZA, 2020; BESSERA et al., 2019).

Quanto a influência da diferença de linguagem sobre a experiência de trabalho de parto, algumas das entrevistadas concluíram que, no geral, tiveram ótimas experiências, porém sempre com algum tipo de incomodo durante o processo do parto, como pode-se observar:

“Apesar da diferença de linguagem eu me sentir bem, me trataram bem, não me sentir incomodada em nenhum momento, ao todo, minha experiência foi boa.” (pct4)

“Minha experiência foi boa, em alguns momentos eu me sentia estranha pois falavam e eu não entendia nada do que estava acontecendo.” (pct 3)

“Bem, apesar do português ser uma língua diferente que tem um processo mais lento para aprender e entender eu tive uma boa experiência.” (pct16)

No entanto houve outras que consideraram o trabalho de parto no Brasil como uma experiência mediana, e é até perceptível o conformismo e o desconforto das puerperas pelo serviço prestado e pela diferença linguística, como se pode observar:

“Me senti um pouco estranha, mas a gente se acostuma, não me sentir desconfortável pois sempre me trataram bem. Tive uma boa experiência de trabalho de parto no Brasil.” (pct2)

“Minha experiência foi mais ou menos, no final do atendimento do parto sim, foi muito boa. No início foi mais ou menos, apesar de tudo, eles [profissionais da saúde] fizeram esforço para tentar me compreender.” (pct5)

“Me senti um pouco desconfortável, porque é difícil de entender, entender a situação. No meio do meu trabalho de parto falou-se muito pouco.” (pct11) 31

Um pouco desconfortável, pois eu não entendia muito o que tava acontecendo, porém, algumas coisas davam pra entender, eles (equipe) tentavam me explicar o que estava acontecendo. Mas em resumo apesar de eu não entender completamente a situação aconteceu tudo muito bem. (pct12)

“Apesar de não ser a mesma língua e de as vezes não entenderem o que você diz, me sentir um pouco desconfortável, tive uma experiência mediana por causa disso.” (pct15)

Segundo Bueno (2018), para que exista um ambiente, confortável com interações é necessário que haja comunicação. Para tanto, é necessário se pensar e implantar medidas que auxiliem e facilitem essa comunicação, uma vez que nem os profissionais nem os gestores foram preparados para tal situação (GUERRA; VENTURA, 2017).

Estratégias adotadas para a comunicação verbal

Nessa categoria será retratado sobre os meios encontrados pelas parturientes para conseguir ultrapassar a barreira linguística verbal e se comunicar durante o atendimento em seu trabalho de parto.

Em vários relatos, pode-se verificar que ambas as partes buscam solucionar de alguma forma o impasse da comunicação verbal, uma vez que essa comunicação pode esconder ou até mesmo revelar mensagens de cuidado em saúde. Como pode se observar, as falas a seguir expressam as condutas adotadas pelas mulheres para garantir uma comunicação mínima:

“Entendia mais ou menos, as vezes eles não entendiam o que eu dizia e eu voltada a falar mais devagar para me entenderem.” (pct3)

“Apesar deles não me entenderem muito, porém o atendimento foi muito bom. Eu tentava falar mais devagar para melhorar o entendimento deles.” (pct 11)

Nota-se que a principal estratégia adotada pelas pacientes era a comunicação verbal pausada, no entanto ao se comunicar de maneira mais compassada existe uma tendência de ocultação de mensagens entre o emissor e o receptor, e em se tratando do cenário saúde, condutas assistenciais podem ser omitidas ou supervalorizadas.

Desta forma, percebe-se que a equipe de saúde não preparada, não consegue atender corretamente o migrante, no sentido de contemplar todas as áreas do entendimento, já que o principal, a comunicação, encontra-se prejudicada. Há evidências que mostram que a existência de barreiras linguísticas torna a comunicação atendente-paciente menos bem-sucedida e a satisfação do paciente com o atendimento diminuída (OLIVEIRA; MENDONÇA; MENDONÇA, 2011).

O mesmo pode se observar nas falas a seguir, quanto a conduta adotada pelos profissionais para condução do processo de comunicação verbal mínimo:

“A equipe sempre foi atenta, eles falavam devagar para que eu entendesse o que estava acontecendo.” (pct13)

“Bem, consegui falar um pouquinho português, algumas coisas eles entendiam e eles também me ajudaram quando eu não entendia, falando mais devagar.” (pct7)

O idioma como barreira linguística pode limitar em grande parte as boas práticas de enfermagem do enfermeiro junto ao migrante. Interação essa que provoca dificuldades na compreensão durante o atendimento, gerando um grande impacto na qualidade do serviço e nos custos da prestação de cuidados. Nesse contexto, a comunicação eficiente é indispensável para o desenvolvimento da ligação enfermeiro-paciente, pois muitos processos dentro da cena do cuidado vão depender principalmente dessa confiança gerada. Ainda mais quando se trata no cenário do migrante, da diferença de

linguagem e do potencial risco de mal-entendidos e omissão de informações, impactando sobretudo na segurança do paciente, nos resultados da assistência em saúde e no custo do sistema de saúde (SILVA; ARRUDA-BARBOSA, 2020; OLIVEIRA; MENDONÇA; MENDONÇA, 2011). 33

Nota-se com essas dificuldades que o sistema de saúde não está preparado de fato para receber migrantes. A diferença de linguagem pode levar tanto o paciente quanto a equipe de saúde a não conversa e se comunicar com as pessoas ao redor por entenderem pouco ou nada do que é dito ali e assim por vezes o próprio paciente pode se sentir negligenciado por ser considerado um “paciente difícil” (CHUBACI; MERIGH, 2002; FERREIRA, 2018).

Situações como essa foram identificadas nos relatos de algumas puérperas durante esse estudo:

“[...] já cheguei quase parindo então não teve muita comunicação [...]” (pct16)

“[...] apesar de não falarem muito, sempre estiveram do meu lado, eles me entendiam.” (pct15)

“Eu expliquei para eles que eu estava apresentando pressão alta e hemoglobina baixa, sentir que não me escutaram, que não ligaram pra mim, não me sentir bem [...]” (pct9)

O fato dos profissionais de saúde, envolver-se em todo o processo do trabalho de parto, aproxima o atendente e a parturiente potencializando assim a sua confiança em ser a protagonista do trabalho de parto. Dessa forma pode-se proporcionar um apoio emocional adequado a parturiente, onde isso tudo contribui para uma experiência positiva que repercutirá na vida da mulher. Por outro lado, quando isso não acontece ela se sente sozinha, deixada de lado em um momento único de sua vida, o que pode nos levar a considerar essa situação como um des-cuidado que enfraquece as relações além de diminuir a força vital da parturiente (CARRARO et al., 2008).

Destaca-se que a comunicação em saúde é um direito tanto para o atendente quanto para o atendido, pois, além de informar, de ser conforto, ainda faz parte do plano terapêutico, sendo essa uma ferramenta muito importante do cuidado, e para sua total eficiência deve-se haver total compreensão de ambas as partes (QUEIROZ et al., 2012).

Familiaridade na linguagem

Essa subcategoria, retrata sobre a familiaridade do migrante com a língua natal, o espanhol, e como ele se sente ao se comunicar com alguém no mesmo idioma.

Devido ao histórico de migrações ao Estado de Roraima desde a década de 80, com o surgimento do “eldorado brasileiro” devido a época do garimpo, muitos migraram vieram para cá, inclusive de outros países atrás de oportunidades, já que se tratava de um estado em desenvolvimento. Com isso, muitos médicos, enfermeiros entre outros profissionais buscaram Roraima para trabalhar e se estabelecer por aqui. Por isso, é comum encontrar atendentes na saúde de origem cubana, venezuelana, peruana e boliviana (FREITAS, 2009; NOGUEIRA; VERAS; SOUZA, 2013).

Dentro desse contexto, em alguns dos atendimentos das parturientes entrevistadas contaram com a presença e participação de profissionais que falavam o idioma espanhol, que de certa forma facilitou a comunicação no serviço de saúde prestado, o que promoveu certo alívio e conforto para as pacientes, reconhecer e entender por completo o que estava sendo falado, como podemos perceber através dos relatos:

“Médio, não entedia, tinha pessoas que não me entendiam, mas tinha um doutor que era venezuelano e aí eu entendia completamente. Foi um pouco incomodo, Entendia em parte o que as outras pessoas (brasileiras) diziam, mas eles me faziam me sentir bem, brincando, me ajudaram muito, foram muito bons. (pct1)

“Tive sorte, me atenderam pessoas que falavam o espanhol. Fui tratada bem por todos.” (pct4)

Nesse contexto, é perceptível que a dificuldade em não entender ou não falar o idioma é perturbadora, pois tal deficiência afeta o emocional do paciente e da equipe trazendo à tona sentimentos de angústia e desespero, assim influenciando negativamente no atendimento e na terapêutica ali empregada (CHUBACI; MERIGH, 2002).

Conformismo e negligência

Essa categoria reflete sobre o conformismo das migrantes sobre a situação em que se encontram, as mudanças culturais sofridas e a negligência existente no serviço de saúde.

Durante as entrevistas pôde-se perceber através das escolhas de palavras, tom de voz e postura das entrevistadas o que queriam passar com o que era dito ali. Entretanto em algumas falas pareciam não condizer com aquilo que era expressado. A partir de então, pode-se observar que algumas das participantes possuíam conformismo em suas falas, seja pela condição em que se encontravam, de vulnerabilidade, de estar em um outro país, ou por aceitar aquilo que era imposto a elas e a situação. As mesmas tinham falas encurtadas, como nas falas a seguir:

“Boa, me trataram muito bem.” (pct7)

“Bem, tudo bem.” (pct12)

“Ao todo me sentir bem, me trataram bem.” (pct8)

“Bem, me trataram bem, me entenderam bem.” (pct10)

Nos relatos percebe-se que o fato do “bom tratamento” durante o atendimento é crucial para as venezuelanas, ao ponto de não se importarem com o principal ponto: a diferença linguística. Diferente do que expressaram verbalmente o fato observado é que por vezes estavam sozinhas, aparentemente, cansadas e na maioria das vezes exibiam um semblante abatido, triste.

O conformismo segundo a 5ª edição do dicionário Aurélio (2010), é atitude ou tendência de se aceitar passivamente situações incômodas ou desfavoráveis, sem questionamento, luta ou ação, é a atitude de quem se conforta com todas as situações. 36

Sobre a posição de conformismo, Cury (2008), define que a pessoa conformista é inerte, se considera incapaz, não exerce suas escolhas por medo de assumir riscos, não ousa criticar nada, prefere ser vítima do que modificadora da situação, por consequência o conformismo se transforma em medo.

Na tese de Durán (2020), no qual trata da migração de venezuelanos a capital do Peru, cita que os venezuelanos possuem uma mente conformista e não procuram superar os obstáculos impostos, aceitando assim a maneira que lhe é imposta e que eles encontraram para viver.

Já para Sen apud Kerstenetzky (2000), os indivíduos que se consideram fracassados e oprimidos a frente das circunstâncias desfavoráveis da vida e suas realizações, acabam por ter que moldar seus desejos as possibilidades apresentadas,

Seja por medo de não conseguir o que deseja ou até mesmo pela falta da esperança que tudo mude/melhore, assim perdendo a coragem de alcançar coisas que outros em situação melhor possa desejar. Na pesquisa de Castro, Oliveira e Custodio (2015), com mulheres estrangeiras em São Paulo, identificou que as bolivianas, público alvo, tomavam uma postura submissa/passiva com relação ao atendimento alegando que tal comportamento era para colaborar com o atendimento e evitar algum tipo de problema com o atendente.

Outro ponto identificado nas falas das entrevistadas se refere a questões de negligências, como pode ser observado na fala a seguir:

“Eu não entendia eles, a única coisa que entendi foi o médico (que falava espanhol) disse que não era para eu gritar que eu não ia pari pela boca e sim pela vagina, só isso que eu entendi. Ninguém tentou me explicar o que estava acontecendo, se tentaram em algum momento eu não entendi, eu so entendi ao doutor, um peruano. Penso que deveria ter pessoas capacitadas que falem o espanhol, para saber lidar com pessoas que não entendem da língua, é meu primeiro bebê em nenhum momento me tranquilizaram, ao todo me sentir sozinha. Meu companheiro so apareceu depois, quando o bebê nasceu, ele estava lá fora e não o deixaram entrar”. (pct9)

Nesse relato, pode-se perceber explicitamente a presença de violência obstétrica por parte do atendente em querer que a mulher não grite por conta das contrações, o não recebimento das informações do que estava se passando, além de impedir que a mulher tivesse ali seu acompanhante.

Segundo Yajahuanca (2015), a violência obstétrica trata-se da apropriação do corpo e processo reprodutivo da mulher por meio de práticas como abuso de fármacos, patologização do parto e sobretudo do atendimento não humanizado o que causa a perda da autonomia da mulher na cena do trabalho de parto. Já para Katz et al. (2020), a violência obstétrica é toda ação/omissão para com a parturiente durante o pré-parto, parto e pós-parto, que cause algum tipo de dor, dano, sofrimento desnecessário, o próprio tratamento desumano, maus-tratos, abuso de medicamentos e patologização do parto sem qualquer consentimento ou respeito a sua autonomia. Ainda se caracteriza para tais atos: o abuso verbal com ou sem gritos, procedimentos sem informação ou consentimento, impedimento à presença de acompanhante de escolha da parturiente, violências psicológicas como: tratamentos agressivos/grosseiros, discriminação, tratamento autoritário e entre outros.

Muitas vezes, ao procurar o serviço de saúde, mulheres se deparam com profissionais mal-humorados, autoritários, frios e mal preparados para lidar com situações adversas do cuidado. Nesse sentido, deve-se considerar o trabalho de parto e parto como únicos, uma vez que esse é constituído de períodos e transições que a cada instante se modificam junto com reações e sentimentos ali aflorados, por isso cabe o profissional ter a sensibilidade de percebe-los (CARRARO, 2008).

Infelizmente é perceptível vários tipos de violência no último depoimento no qual, a própria parturiente relatou em sua fala que a sua autonomia e direito foram quebrados ali, sozinha, sem

acompanhante em um país que não o seu. O fato de ser migrante e ter como atendente uma pessoa que fala o seu idioma não foi como em outros casos acolhedores, pelo contrário, a pessoa que poderia lhe passar segurança e tranquilidade, que falava, compreendia e a fazia entender toda a situação foi justamente a provedora de toda violência e transgressão.

Considerações finais

O trabalho pôde avaliar os sentimentos e dificuldades que a parturiente migrante passou durante seu atendimento no trabalho de parto, em relação a barreira linguística e a comunicação. Verificou-se que a ausência de comunicação correta acarreta prejuízos a sua experiência de trabalho de parto, deixando-as vulneráveis. Pode-se identificar a ferramenta utilizada pelas parturientes para de alguma forma facilitar a comunicação, que é falar mais vagorosamente durante a comunicação. Com o presente estudo percebeu-se que a maioria das mulheres participantes desse estudo relataram algum tipo de prejuízo, dificuldade ou intimidação na cena do trabalho de parto, seja pela não compreensão, pela omissão de informações, violações do direito da gestante e até violência obstétrica. Fatores esses que as levaram a classificar em sua maioria como experiências de trabalho de parto não gratificantes, medianas a ruins. Levando isso em consideração, pode-se perceber que apesar da unidade de saúde ser de referência no estado de Roraima, que é fronteiro, não está preparado para lidar com essa realidade, mesmo com a ocorrência desse tipo de atendimento há muito tempo, mesmo antes da intensificação das migrações.

Sugere-se, então, que os órgãos competentes busquem capacitar a equipe de saúde para esse atendimento diferenciado ao migrante, uma vez que o mesmo se torna a cada dia mais frequente nas unidades de saúde do Estado.

Referências

- Agência da ONU para Refugiados (ACNUR). **Refúgio em números**. 4ª edição, 2019.
- ALMEIDA, L.M.; CALDAS, J. **Cuidados de saúde materno-infantis em imigrantes: Que realidade?** Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía, Vol. I, no 1, jan, 2012. p. 19-36.
- AZEVEDO, Eliane Marchetti Silva. **Os imigrantes e as ressignificações identitárias: ambivalência da brasilidade**. São Paulo: Ponto e Vírgula, 2016.
- BESERRA, Gilmar de Lucena. **Comunicação enfermeiro e parturiente na fase ativa do trabalho de parto: cenário Brasil e Cabo Verde**. Redenção, 2017.
- BRAGA, Elendiulle Oliveira; JESUS, Gerciane Ferreira de e LACERDA, Elisângela Gonçalves. **Perfil do imigrante venezuelano residente em Boa Vista-RR**. Conferencia: X Encontro Nacional sobre Migração, 2017.
- BUENO, Alexandre Marcelo. **Norma linguística, preconceito e imigração no Brasil**. Revista Linguagem & Ensino, v. 21, n. 1, 2018.
- CARRARO, Telma Elisa et al. **O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas**. Florianópolis, 2008.
- CASTRO, Cláudia Medeiros de; OLIVEIRA, Régia Cristina; CUSTÓDIO, Mayara Cristina Silva. **Atenção ao parto de mulheres estrangeiras em uma maternidade pública de São Paulo**. Porto Alegre, 2015.
- CHUBACI, Rosa Yuka Sato e MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. **A comunicação no processo da hospitalização do imigrante japonês**. Revista Latino-Americana, vol.10, n.6, 2002.
- CURY, Augusto. **O código da inteligência**, 2008.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

- FERREIRA, Keyth Costa. **Dificuldades da assistência de enfermagem aos migrantes venezuelanos em um hospital de referência do estado de Roraima**, 2018.
- FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas**. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, 2008.
- GRANADA, Daniel et al. **Discutir Saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana**. Dossiê: migração e saúde, 2017.
- GUERRA, Kátia; VENTURA, Miriam. **Bioética, imigração e assistência à saúde: tensões e convergências sobre o direito humano à saúde no Brasil na integração regional dos países**. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Coletiva, 2017.
- IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua**, 2017.
- KATZ, Leila et al. **Quem tem medo da violência obstétrica?** Revista Brasileira de Saude Materna Infantil, vol.20, no.2 Recife, 2020.
- MARQUES, Andressa Clycia Mello de Souza; LEAL, Marília Daniella Freitas Oliveira. **Migrantes venezuelanos no brasil: cooperação como meio para garantir direitos**. Campina Grande: Realize, 2017.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.
- NOGUEIRA, Francisco Marcos Mendes; VERAS, Antônio Tolrino de Rezende e SOUZA, Carla Monteiro de Souza. **Roraima no contexto das migrações: impressões da (re) configuração espacial entre 1980 a 1991**. XXVI simpósio nacional de história: conhecimento histórico e diálogo social. Natal-RN, 2013.
- OIM-Organização internacional para as migrações. **Perfil dos venezuelanos na américa latina e no caribe revela variações de país para país, 2020**.
- OLIVEIRA, Ana Luiza Rodrigues de; MENDONÇA, Sandra Maria Holanda de e MENDONÇA, Regina Maria Holanda de. **A língua estrangeira como barreira para o cuidado em saúde**. São Paulo: Revista Recien., 2011.
- OLIVEIRA, Antônio Tadeu Ribeiro de. **A Migração Venezuelana no Brasil: crise humanitária, desinformação e os aspectos normativos**. Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas, 2019.
- QUEIROZ, Alessandra Teixeira et al. **A importância da comunicação em enfermagem no cuidado com o cliente**. São Paulo, 2012.
- RAMOS, Ana Paula; BORTAGARAI, Francine Manara. **A comunicação não-verbal na área da saúde**. Rev. CEFAC, 2012.
- RAMOS, Natália. **Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade (s), práticas e políticas em saúde**. Revista Inter-legere, 2012
- Secretaria de Saúde do Estado de Roraima (SESAU). **Impactos da imigração - Número de atendimentos da rede pública de saúde causa preocupação**. Disponível em: <http://www.saude.rr.gov.br/index.php/2017-04-30-22-46-19/noticias-2/10-noticias-dasesau/448/impactos-da-imigracao-numero-de-atendimentos-da-rede-publica-de-saude-causa-preocupacao>. Acessado em: 12 de novembro de 2018.
- SILVA, Paulo Sérgio da; ARRUDA-BARBOSA, Loeste. **Imigração de venezuelanos e os desafios enfrentados por enfermeiros da atenção primária à saúde**. Enfermagem em Foco, v. 11, n. 2, 2020.
- SIMÕES, Gustavo da Frota. **Perfil sociodemográfico e laboral da imigração venezuelana no Brasil**. Curitiba: CRV, 2017.
- TOPA, J. B. **Cuidados de saúde materno-infantis a imigrantes na Região do Grande Porto-** (Teses; 47) ISBN 978-989-689-082-1 CDU 316. dez 2016.
- TOPA, J. B; NEVES, S.; NOGUEIRA, C. **Imigração e saúde: a (in) acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde**. Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.2, p.328-341, 2013.
- TOPA, J.B; NOGUEIRA, C; NEVES, A. S. A. das. **Inclusão/exclusão das mulheres imigrantes nos cuidados de saúde em Portugal: Reflexão à luz do feminismo crítico**. PSico, Porto Alegre, PUCRS, v. 41, n. 3, pp. 366-373, jul/set. 2010.
- WALDMAN, Tatiana Chang. **Movimentos migratórios sob a perspectiva do direito à saúde: imigrantes bolivianas em São Paulo**. Revista de direito sanitário, 2011. YAJAHUANCA, Rosario del socorro Avellaneda. **A experiência de gravidez, parto e pós-parto das imigrantes bolivianas e seus desencontros na cidade de São Paulo-Brasil**. Pós-graduação em saúde pública, Universidade de São Paulo, 2015.

TECENDO O CUIDADO: ACOLHIMENTO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA EM UM HOSPITAL REGIONAL DE PERNAMBUCO

*Janaina Caroline Cavalcanti da Silva
Daniela Romeiro Souto Lima
Camila Marques Beserra*

Introdução

A violência, atualmente caracterizada como um grave problema de saúde pública, vem sendo alvo de intensas discussões nos meios acadêmico e científico. A Organização Mundial de Saúde destaca que ela representa um risco para a realização do processo vital humano, ameaçando a vida, alterando a saúde, produzindo enfermidades e provocando a morte como realidade ou possibilidade próxima (OMS, 2002).

Dentre as violências compreendidas atualmente, a violência contra a mulher é considerada epidemia global de saúde e uma das violações de direitos humanos mais praticadas e menos reconhecida no mundo. Estima-se que aproximadamente uma a cada três mulheres em todo o mundo sofreram violência física e/ou sexual por parte do parceiro ou terceiros durante toda a vida (OPAS, 2017). Trata-se de uma das manifestações da violência de gênero mais cruéis e persistentes, revelando desigualdades entre homens e mulheres na sociedade contemporânea. Diz-se persistente porque a violência contra esses indivíduos atravessa a história, chegando aos tempos atuais (MELO et al., 2016).

O conceito de violência contra a mulher, estabelecido na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, conhecida também como “Convenção de Belém do Pará”, define a violência como: “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” (OEA, 1994, p.2).

O dispositivo legal com mais impacto no combate à violência contra a mulher no Brasil é a Lei 11.340/2006, Lei Maria da Penha. Nela, configura-se a violência doméstica e familiar, como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (BRASIL, 2013, p. 16).

Vale destacar que, dentre os setores da administração pública que recebem as mulheres em situação de violência, o setor de saúde é considerado como a maior porta de entrada destas mulheres. Isso se deve aos agravos ocasionados à saúde da mulher, pois afeta sua integridade corporal, seu estado psíquico e emocional, causando sérias e graves consequências para o seu pleno e integral desenvolvimento, comprometendo-lhe o exercício da cidadania e dos direitos humanos (ILHA et al., 2010).

Dessa maneira, é importante destacar, no enfrentamento à violência contra a mulher dentro dos serviços de saúde, a Lei nº 12.845/2013, que dispõe quanto ao atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, salientando a obrigatoriedade para todos os hospitais integrantes da rede do SUS no oferecimento do atendimento emergencial, integral e multidisciplinar (BRASIL, 2013). Em 2014, a Portaria nº 485 redefine o funcionamento do serviço de atenção às pessoas em situação de violência sexual no âmbito do SUS, reforçando que este poderá ser organizado em todos os estabelecimentos de saúde, conforme as especificidades e atribuições de cada estabelecimento (BRASIL, 2014).

De igual modo, enfatizo que só a partir da Lei 11.340/2006, há a incorporação do termo “mulheres em situação de violência” em substituição à denominação “vítima”, de uso corrente na abordagem jurídica. Essa nomeação foi formulada pelos movimentos feministas e refere-se às situações resultantes das relações desiguais de gênero e das construções sociais (PASINATO, 2015).

Apesar das queixas frequentes de agravos causados pela violência contra a mulher nos serviços de saúde, estes são raramente reconhecidos e abordados como tal. Nos serviços de emergência, a violência contra a mulher é considerada uma das maiores causas de lesão corporal, sobrepondo-se a acidentes de trânsito. Porém, as dimensões que acompanham esse sofrimento marcado no corpo não são consideradas nas condutas médicas e multiprofissionais (PEDROSA et al. 2011).

Um dos fatores que poderão auxiliar na transformação do quadro de violência trata-se da abordagem oferecida a mulher nos serviços de saúde. Ela poderá ser facilitadora de desdobramentos importantes na construção de estratégias de enfrentamento à situação de violência vivida, reduzindo ou eliminando a vulnerabilidade e violência, promovendo a saúde e os direitos da cidadania (ILHA et, al 2010).

Por isso, a referida pesquisa convida a olhar para o cuidado à mulher em situação de violência a partir da seguinte pergunta norteadora: Como é realizado o acolhimento a mulher em situação de violência em um hospital regional? Diante deste cenário, esse estudo propõe-se a contribuir com os modos de cuidado da equipe multiprofissional em saúde através da elaboração de um protocolo de atendimento às mulheres em situação de violência e da promoção de espaços de reflexão onde sejam coletivamente produzidas novas formas de cuidado destinadas a essas usuárias. Além disso, esse estudo contribuirá para o desenvolvimento científico e acadêmico no âmbito da assistência em saúde no hospital regional e na rede de enfrentamento a violência contra as mulheres.

Procedimento Metodológicos

Estudo de abordagem quantitativa e qualitativa, desenvolvido através da metodologia de pesquisa-ação, a qual tem como objetivos principais “a transformação da realidade investigada e a produção do conhecimento” (TANAJURA; BEZERRA, 2015, p. 11).

O local de estudo foi o setor da Emergência Adulto de um Hospital Regional localizado no Agreste de Pernambuco. A realização do estudo compreendeu o período entre outubro de 2020 e fevereiro de 2021.

O público alvo desta pesquisa foi a equipe multiprofissional e de apoio da Emergência Adulto. Compreende a equipe multiprofissional os profissionais das categorias: Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Psicologia, Radiologia e Serviço Social. No que se refere a equipe de apoio, é constituída por: Recepcionistas, Maqueiros, Serviços Gerais e Vigilantes Patrimoniais. Participaram desta pesquisa um total de 60 profissionais.

A amostra foi selecionada por conveniência, considerando a participação dos profissionais disponíveis no momento da pesquisa. Os critérios de exclusão abrangeram profissionais de férias, licença ou afastados no período da pesquisa e os que se recusaram.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pela Comissão Científica da instituição hospitalar, obtendo a Carta de Anuência, e ao Comitê de Ética e Pesquisa da Autarquia Educacional de Belo Jardim, sendo aprovado sob Parecer nº 4.368.706, seguindo a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Os profissionais foram convidados a participarem da pesquisa através de convite virtual, sendo esclarecidos sobre a participação voluntária através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Confidencialidade, podendo estes serem impressos a qualquer tempo caso o participante assim desejasse. Ainda com o objetivo de resguardar suas identidades, as falas foram identificadas através da letra “P” e numeradas de 1 a 12.

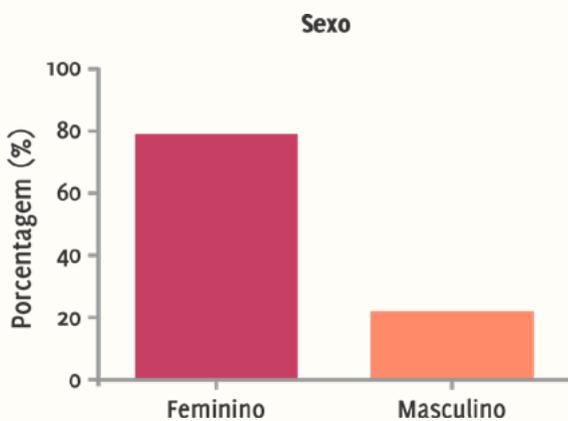
O estudo foi realizado em oito etapas: 1º) apreciação da pesquisa nas instâncias científicas; 2º) Realização de reuniões com as coordenações dos núcleos profissionais e com gestores dos setores envolvidos; 3º) Aplicação de questionário on-line, através do ambiente virtual *Google Forms*®; 4º) Reunião com a Secretaria da Mulher do município; 5º) Análise dos dados coletados. Os dados quantitativos foram analisados por meio de software *GraphPad Prism* versão 9º. Já os dados qualitativos foram analisados a partir da Análise do Conteúdo de Bardin; 6º) Elaboração do “Protocolo de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência”, construído a partir da análise do conteúdo emergente nas referidas etapas; 7º) Apresentação do protocolo à direção da unidade hospitalar e a Gerência de Atenção à Saúde da Mulher do Estado; 8º) Apresentação do protocolo em reunião colegiada com as coordenações e gerências dos núcleos profissionais e preenchimento de um questionário avaliativo.

Compreende-se que a pesquisa contribuiu para construção de uma assistência às mulheres em situação de violência mais humanizada e integral, colaborando para o desenvolvimento científico e acadêmico, além de oferecer aos profissionais de saúde subsídios para uma atuação responsável e em consonância com os princípios das normativas vigentes.

Resultados e Discussão

Os resultados obtidos com a realização da pesquisa serão apresentados e discutidos a seguir. Ao todo 60 profissionais do setor escolhido participaram da coleta de dados, respondendo o questionário on-line através do ambiente virtual Google Forms®.

Gráfico 1. Percentual de participantes por sexo.



Fonte: Elaborado pelos autores

O gráfico 1 descreve o percentual de participantes por sexo, onde obtivemos uma amostra de 78,33% de mulheres e 21,67% de homens. Ressalta-se aqui que os dados quantitativos foram analisados levando em consideração a diferente compreensão da violência de gênero entre homens e mulheres. Essa percepção está associada a constituição subjetiva de homens e mulheres, com base na organização das relações sociais estabelecidas e nas desigualdades de poder entre eles (GUIMARÃES, 2015).

Tabela 1. Número de participantes por cargo na instituição hospitalar.

Cargo	Sexo	
	Feminino	Masculino
Assistente Social	6	0
Enfermeira(o)	10	2
Fisioterapeuta	3	1
Médica(o)	1	3
Maqueira(o)	0	1
Nutricionista	8	0
Psicóloga(o)	1	0
Recepcionista	4	0
Técnica(o) de Enfermagem	14	3
Técnico de Radiologia	0	1
Vigilante Patrimonial	0	2
Total	47	13

Fonte: Elaborado pelos autores

Quanto ao número de participantes por cargo na instituição hospitalar, a tabela 1 evidencia uma quantidade de 47 profissionais do sexo feminino e 13 do sexo masculino, exercendo diferentes cargos na instituição.

Pasinato (2015) argumenta que a fragmentação da organização do trabalho instaura um modelo verticalizado em que cada categoria e cada especialidade criam seu modo de atuar. Porém, compreender a questão da violência é importante para que os serviços de atendimento possam romper com lógicas tradicionais e trabalhar com uma nova concepção que incorpore não apenas as necessidades imediatas das mulheres, o risco eminente ou potencial, mas o histórico dessa violência e todas as dúvidas e incertezas que possam apresentar no percurso que realizem em busca de ajuda.

Gráfico 2. Percentual de participantes que conhecem os tipos de violência praticados contra as mulheres.

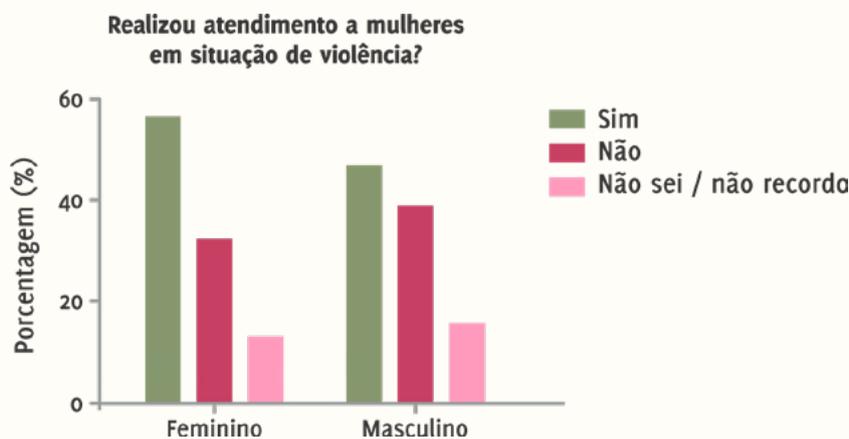


Fonte: Elaborado pelos autores

O gráfico 2 descreve o percentual de participantes que conhecem os tipos de violência praticados contra às mulheres. Observa-se que 93,61% das mulheres afirmam conhecer os tipos de violência, 2,12% afirmam não conhecer, enquanto 4,25% não sabem/não recordam. Quanto aos homens, 92,30% afirmam conhecer os tipos de violência, enquanto 7,69% afirmam não conhecer.

Hasse (2014) ressalta que apesar da maioria dos profissionais compreender o conceito de violência contra a mulher, muitos apresentam dificuldade no reconhecimento da violência como possível causa para os diversos sintomas que atendem diariamente, podendo estar associado ao desconhecimento epidemiológico acerca da violência, que gera uma dificuldade de reflexão sobre o problema. Além disso, emoções causadas pelas situações de violência, muitas vezes vividas pelos próprios profissionais em suas vidas pessoais, são outros fatores que podem dificultar a reflexão.

Gráfico 3. Percentual de participantes que realizaram atendimento a mulheres em situação de violência.



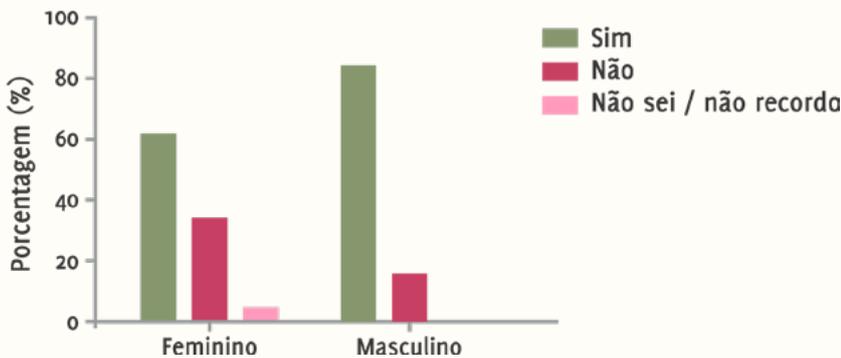
Fonte: Elaborado pelos autores

O gráfico 3 descreve o percentual de participantes que realizaram atendimento a mulheres em situação de violência. Observa-se que 55,31% das mulheres afirmam ter realizado atendimento a mulheres em situação de violência, 31,91% afirmam não ter realizado este tipo de atendimento, enquanto 12,76% não sabem/não recordam. Quanto aos homens, 46,15% afirmam ter atendido mulheres em situação de violência, 31,91% afirmam não ter realizado este tipo de atendimento, enquanto 12,76% não sabem/não recordam.

Pedrosa (2011) afirma que os agravos à saúde, causados pela violência, são queixas frequente nos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, e raramente são reconhecidos e abordados como tal. Nos serviços de emergência, a violência contra a mulher é a maior causa de lesão corporal, sobrepondo-se a acidentes de trânsito; porém, as dimensões que acompanham esse sofrimento marcado no corpo não são consideradas nas condutas multiprofissionais.

Gráfico 4. Percentual de participantes que vivenciaram discussões acerca do tema violência contra a mulheres durante sua formação profissional.

Discussões acerca do tema violência contra a mulher fizeram parte da sua formação profissional?



Fonte: Elaborado pelos autores

Quanto ao percentual de participantes que vivenciaram discussões acerca do tema violência contra a mulher durante a formação profissional, o gráfico 5 destaca que 61,70% das mulheres afirmam ter vivenciado discussões acerca do tema, 24,04% afirmam não ter vivenciado, enquanto 4,25% não sabem/não recordam. Quanto aos homens, 84,61% afirmam ter vivenciado discussões acerca do tema, enquanto 15,38% afirmam não ter vivenciado.

Em relação ao desconhecimento acerca do manejo da situação, Pedrosa (2011) afirma que este se materializa nas instituições formadoras, inicialmente na ausência de discussão curricular e posteriormente na dificuldade de a equipe incluir o tema na investigação e na ausência de um suporte ao profissional. A falta de preparação na formação acadêmica para esse tipo de atendimento se traduz em falta de preparo profissional para a atuação no SUS.

Os resultados qualitativos obtidos com a realização da pesquisa serão apresentados e discutidos a seguir. Com base nas questões discursivas do questionário, construíram-se quatro categorias, fundamentadas na Análise de Conteúdo (BARDIN, 2016): 1. “A compreensão do conceito de violência contra a mulher”; 2. “Dificuldades no atendimento às usuárias em situação de violência”; 3. “Dispositivos da rede para encaminhamento” e 4. “A importância de um protocolo para o acolhimento às usuárias em situação de violência”.

A compreensão do conceito de violência contra a mulher

Objetiva identificar como o conceito de violência contra a mulher é compreendido pelos profissionais da equipe multiprofissional e de apoio. Alguns profissionais demonstraram dificuldade na definição do conceito:

“Muito abrangente a definição, podendo ter várias maneiras de violência” (P.1).

“Violência contra às mulheres não engloba apenas a violência física, mas sim a forma como ela é tratada” (P.2).

A violência contra à mulher é um fenômeno múltiplo e complexo, podendo ser compreendido através de fatores sociais, históricos, culturais e subjetivos. Barus-Michel (2011) destaca como uma característica da violência seu caráter multívoco, por ser este um conceito entendido e designado de formas diversas e representado com diferentes palavras e significados. Entretanto, é muito importante a que a compreensão sobre o fenômeno da violência de gênero contra as mulheres abarque um entendimento crítico. Deste modo, ressaltamos a necessidade de reflexões conceituais mais profundas, levando em consideração também as definições explicitadas nos diferentes dispositivos legais.

A compreensão mais ampla e aprofundada da violência contra à mulher destaca a importância do entendimento das definições legais. Portanto, torna-se essencial refletirmos na violência contra a mulher como uma violação de direitos humanos. Pasinato (2015) ressalta que compreender a questão da violência contra às mulheres é importante para que os profissionais de saúde possam romper com lógicas tradicionais, trabalhando com uma nova concepção que incorpore não apenas as necessidades imediatas das mulheres, o risco eminente ou potencial, mas o histórico dessa violência e todas as dúvidas e incertezas que possam apresentar no percurso que realizem em busca de ajuda.

Dificuldades no atendimento às usuárias em situação de violência

Visa discutir as dificuldades encontradas no atendimento às usuárias em situação de violência, o qual emergiu nos discursos a partir, principalmente, das características da falta de preparo da equipe multiprofissional e a ausência de capacitações na temática:

“Falta de preparação da equipe quanto a acolhida na perspectiva de acolhida adequada e do sigilo. O preconceito e o julgamento perpassam algumas intervenções (...)” (P. 3).

“Preciso de capacitação e treinamento para poder realizar, junto com a equipe multidisciplinar, a abordagem adequada” (P. 4).

Para Meneghel, et al. (2011), os profissionais de saúde formulam um discurso ambivalente em relação às intervenções sobre violência de gênero. Eles reconhecem a importância do acolhimento as mulheres em situação de violência, conhecem a política de enfrentamento à violência contra as mulheres, porém não se sentem capacitados para atender os casos. Por não se sentirem capazes e preparados em prestar atenção integral às mulheres em situação de violência, limitam-se a tratar as lesões físicas e a referi-las ao setor policial. Ressalta-se que a oferta de atendimento humanizado às mulheres que passaram por situações de violência nos serviços de saúde ainda é um desafio em todos os níveis de atenção.

Apesar das diversas discussões sobre esse tema, os profissionais de saúde apontam ainda em seus

discursos que a responsabilização e culpabilização das mulheres no que se refere a violência sofrida:

“Uma grande quantidade de mulheres causam sua própria agressão tentando incriminar o companheiro” (P. 5).

“Às vezes elas não assumem o que está acontecendo, no intuito de proteger o agressor” (P. 6).

Ilha et al. (2010) ressalta que a mulher em situação de violência, ao procurar atendimento em uma unidade de saúde, sente muita vergonha, medo e constrangimento em revelar a origem de suas lesões. Porém, cerca de 35% das mulheres atendidas nas emergências, quando abordadas de maneira adequada pelos profissionais, admitem ter sofrido violência. Nesse contexto, a equipe de saúde pode ter papel importante na visibilização do atendimento dessas mulheres. Ressalta-se que, em muitos casos, esta é uma das únicas oportunidades que elas têm para romper o silêncio que envolve as situações de violência, em especial a perpetrada por parceiro íntimo.

Dispositivos da rede para encaminhamento

Aborda a percepção dos profissionais a respeito dos diversos dispositivos da rede para o qual a mulher em situação de violência poderá ser encaminhada. Esse tema despertou reflexões sobre os diferentes dispositivos e também sobre o desconhecimento da rede:

“Não tenho conhecimento” (P. 7).

“Não sei esta informação” (P. 8).

Picolo (2013) argumenta que o conceito de rede não é de fácil compreensão, demandando por parte de seus atores empenho e compromisso para que ela possa exercer o papel de articuladora e não apenas de agrupamento de pessoas. A rede de atendimento às mulheres em situação de violência leva em conta a rota crítica que a mulher percorre. Para Sagot (2000), esta rota começa a partir da decisão e determinação das mulheres de sair da situação de violência. O caminho percorrido pode ser iniciado a partir de diversas portas-de-entrada, a exemplo da delegacia, serviço da assistência social, emergências, serviços especializados, entre outros. Independentemente de onde ocorra o primeiro atendimento, as instituições da rede devem trabalhar de forma articulada para uma assistência qualificada, integral e que não revitimize a mulher que se encontra em situação de violência.

A importância de um protocolo para o acolhimento às usuárias em situação de violência

Objetiva discutir sobre a importância de um protocolo destinado aos profissionais de saúde acerca do cuidado as mulheres em situação de violência. Alguns discursos indicam a relevância desse tipo de iniciativa.

“Com o protocolo, a equipe saberá por onde caminhar, quais os profissionais que prioritariamente estão envolvidos no atendimento e quais os serviços extra-hospitalares a serem ativados. (P. 9).

“O protocolo é um modelo a seguir, desta forma evitará falhas por falta de conhecimento da equipe técnica” (P. 10).

A partir destas falas dos profissionais de saúde, fica evidente a necessidade de políticas de atendimento específicas para orientar as práticas nos serviços de saúde. Corroborando com os resultados descritos,

Pedrosa e Spink (2011) afirmam que a utilização de um protocolo tem uma importância indiscutível na indicação do fluxo interno hospitalar, tendo demonstrado contribuir para o aprimoramento dos atendimentos.

Representa também um fator que possibilita o fortalecimento da rede de enfrentamento, a formação das equipes técnicas para o atendimento às mulheres em situação de violência. Picolo (2013) chama a atenção para que essas formações sejam direcionadas com enfoque nas questões de gênero, conceitos de violência, formas de enfrentamento e compreensão do fenômeno como questão cultural, socioeconômico e político. Os profissionais apontam em seus discursos a importância destas capacitações:

“Não apenas a utilização do protocolo, mas sua funcionalidade e garantia da funcionalidade quando necessário, visto que a equipe precisa ser capacitada além de realizar o atendimento com comprometimento” (P. 11).

“Para atualizar o conhecimento sobre esse assunto, alinhar a conduta de todos os profissionais e dar a mesma assistência à vítima” (P. 12).

As ações de educação permanente em saúde (EPS) permitem a reestruturação de saberes e práticas a partir da construção de um diálogo entre ensino e serviço que propõe ao profissional a busca por soluções dos problemas reais enfrentados em seu cotidiano. A EPS torna-se importante instrumento na transformação dos sentidos atribuídos à violência contra as mulheres e na consequente superação do paradigma biomédico, qualificando o profissional de saúde a estar apto para contribuir com as mudanças recomendadas pela Política Nacional de Enfrentamento a Violência contra a Mulher (PICOLO, 2013). É nesse cenário que a EPS torna-se uma estratégia para incentivar os profissionais a romperem com lógicas de cuidado engessadas e a reformularem suas práticas, tendo como princípios norteadores uma atenção humanizada, integral e biopsicossocial.

Apresentação do protocolo e processo avaliativo

O protocolo foi apresentado à Secretaria da Mulher do município e a Gerência Estadual da Mulher. As referidas instâncias puderam contribuir através de sugestões ao material apresentado. Além disso, estes encontros possibilitaram a estimulação e articulação entre o serviço hospitalar e os referidos órgãos de políticas públicas para as mulheres, proporcionando uma maior integração entre os serviços.

Em seguida, o protocolo foi apresentado à Direção Geral da unidade hospitalar, a Gerência de Atenção à Saúde da Mulher e a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Este momento proporcionou que as referidas instâncias presentes reconhecessem o déficit de profissionais das categorias Psicologia e Serviço Social compondo a equipe mínima na instituição hospitalar, preconizado na Norma Técnica Atenção Humanizada as Pessoas em Situação de Violência Sexual (2015). Sendo assim, foi pactuado entre as instâncias presentes que fosse realizado a solicitação formal, objetivando a contratação de profissionais das referidas categorias a Secretaria Estadual de Saúde.

Logo após as referidas etapas, 15 profissionais participaram do momento destinado à apresentação do protocolo e avaliação da intervenção. Este momento ocorreu em reunião colegiada com coordenadoras(es) dos núcleos profissionais e com as gestoras(es) dos setores. A Secretaria da Mulher também esteve presente nesta ocasião. Salienta-se ainda que objetivando o favorecimento das discussões, o material foi disponibilizado previamente aos profissionais em formato PDF, para que a leitura pudesse ser feita antecipadamente.

Como sugestões dos profissionais, destaca-se primordialmente a necessidade de capacitações a equipe multiprofissional e de apoio na temática e no protocolo apresentado. Além disso, sugeriu-se também que a utilização do protocolo e a conseqüente discussão sobre a temática seja estendida para outros espaços do hospital, a partir da articulação com os diferentes atores envolvidos neste processo. Propôs-se também a realização de capacitações a categorias profissionais envolvidas imprescindivelmente no atendimento às mulheres em situação de violência, como os profissionais médicos.

Em relação ao processo avaliativo, solicitou-se aos profissionais o preenchimento de questionário contendo quatro questões com alternativas na escala Likert. Os dados encontrados demonstram que a intervenção obteve bom resultado, todavia, faz-se necessário pontuar a responsabilidade da instituição no fomento dessas discussões e na implantação e implementação deste protocolo. Nesse sentido, intervenções como esta podem ser consideradas como pontapé inicial na transformação do processo de trabalho, sendo necessária a continuidade através das ações de Educação Permanente em Saúde.

Considerações Finais

A violência contra a mulher é apontada como um fenômeno persistente, multiforme, de várias tipologias e diversas naturezas. Considerada como a expressão de uma cultura patriarcal e machista, revela desigualdades entre homens e mulheres na sociedade contemporânea. No entanto, a compreensão das marcas deste fenômeno parece ainda estar em construção na sociedade.

Políticas públicas destinadas ao enfrentamento da violência contra a mulher têm culminado em leis, planos e programas, convocando a sociedade para ressignificar contextos históricos, culturalmente construídos, em que perduram desigualdades de gênero, circunscrevendo a perpetuação dessa modalidade de violência. No hospital, regido a partir da lógica biomédica, o problema da violência ainda é entendido como uma questão do corpo individual. No entanto, os serviços de saúde precisam estar preparados para oferecer a mulher em situação de violência um atendimento integral e qualificado.

A oferta de atendimento humanizado, integral e qualificado às mulheres que passaram por situações de violência nos serviços de saúde ainda é um desafio em todos os níveis de atenção. A partir da realização desse estudo, foi possível introduzir a temática da violência contra a mulher aos profissionais que estiveram dispostos a trazer as dificuldades enfrentadas na rotina hospitalar e sua percepção sobre o tema, refletindo também sobre sua prática e repensando-a coletivamente.

Pensando nos objetivos propostos para esse estudo, percebe-se que foi possível proporcionar aos profissionais de saúde subsídios que contribuem com sua atuação, a partir do produto gerado com essa intervenção, como o protocolo. Além disso, foi possível construir espaços de integração entre os diferentes dispositivos da rede de enfrentamento a violência contra a mulher, a partir de reuniões e parcerias firmadas com as instituições. Evidencia-se, no entanto, a importância de construir espaços de reflexão e de Educação Permanente em Saúde voltada para o cuidado da mulher em situação de violência, a partir de capacitações, que se constituem como estratégias na transformação da práxis do cuidado.

Dentre as limitações encontradas, tem-se a resistência de alguns profissionais em participar da intervenção proposta, causada, talvez, pela dinâmica de trabalho de um hospital ou ainda pelo o que o próprio tema desperta em cada um. Apesar disso, a intervenção proporcionou à equipe multiprofissional uma ferramenta que contribuirá com os modos de cuidado ofertado às mulheres, reforçando a relevância da criação de espaços de Educação Permanente em Saúde.

Com este estudo, reitera-se a compreensão de que a rede de enfrentamento a violência contra a mulher precisa ser construída e fortalecida, para que seja acessada em qualquer ponto e tenha seguimento com a participação dos envolvidos na rede de forma articulada, dialogada e comprometida institucionalmente. Ressalta-se, porém, que a efetivação da integralidade no sistema de saúde extrapola o desejo individual. A institucionalização de protocolos, como instrumento dinâmico de planejamento, envolve um comprometimento de diferentes instâncias, como a gestão municipal, as gestões dos serviços, os agentes formadores e os organismos de políticas públicas para mulheres.

Sabe-se que a discussão sobre esse tema não se encerra nas intervenções realizadas, sendo estímulo para que novas percepções e modos de cuidado sejam produzidos. Portanto, sugere-se a insistência na realização de novos estudos, cursos, qualificações e intervenções, a fim de suscitar na(o) profissional de saúde a compreensão de que o cuidado a mulher em situação de violência deve ser humanizado, integral, qualificado e inserido na comunidade.

Referências

- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luis Antero Neto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BARUS-MICHEL, J. (2011). A violência complexa, paradoxal e multívoca. In M. Souza, F. Martins, & J. N. G. Araújo (Eds.), **Dimensões da violência: conhecimento, subjetividade e sofrimento psíquico** (pp. 19-34). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- BRASIL. Lei nº 11.340/2006: **Lei Maria da Penha**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 26 fev. 2021.
- BRASIL. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. **Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12845.htm>. Acesso em: 26 fev. 2021.
- CUNHA, L. M. A. **Modelos Rasch e Escalas de Likert e Thurstone na medição de atitudes**. Orientador: Luisa da Conceição S. Canto e Castro Loura. 2007. 78 f. Dissertação (Mestrado em Probabilidades e Estatística) - Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2007.
- FBSP – FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2019**. São Paulo: FBSP, 2019. Disponível em: https://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Anuario-2019-FINAL_21.10.19.pdf. Acesso em: 27 jan. 2021.
- GONÇALVES, Patrícia Ivanca de Espíndola. **Enfrentamento à violência contra as mulheres no município de Garanhuns/PE: perspectivas da equipe multiprofissional**. Dissertação apresentada ao programa de pós graduação de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018.
- GUIMARAES, Maisa Campos; PEDROZA, Regina Lucia Sucupira. **Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas**. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 27, n. 2, p. 256-266, ago. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822015000200256&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 fev. 2021.
- ILHA, Michele Mazza; LEAL, Sandra Maria Cezar; SOARES, Joannie dos Santos Fachinelli. **Mulheres internadas por agressão em um hospital de pronto socorro: (in) visibilidade da violência**. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 328-334, junho de 2010.
- LIMA, E. D. **Imaginário social sobre a loucura: cultura e práticas de cuidado em saúde mental**. 1. ed. – Curitiba: Appris, 2016.
- MELO, Armando Sérgio Emerenciano de; MAIA FILHO, Osterne Nonato; CHAVES, Hamilton Viana. Lewin e a pesquisa-ação: gênese, aplicação e finalidade. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 153-159, abr. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198402922016000100153&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 26 fev. 2021.

MENEGHEL, Stela Nazareth et al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 743-752, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2011000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 fev. 2021.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). **Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher - Convenção de Belém do Pará, 1994**. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/belem.htm>>. Acesso em: 26 fev. 2021

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de Violência e Saúde. Geneva: OMS, 2002**. Disponível em: <<https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Violência contra as mulheres. Brasília (DF); 2017**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820>. Acesso em: 26 fev. 2021

PASINATO, Wânia. Oito anos de Lei Maria da Penha.: Entre avanços, obstáculos e desafios. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 533-545, agosto. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104026X2015000200533&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 fev. 2021.

PEDROSA, Claudia Mara; SPINK, Mary Jane Paris. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 124-135, Mar. 2011.

PICOLO, Cirlene Aparecida Doreto. **Trabalho em rede como estratégia de enfrentamento à violência contra mulheres: um estudo do município de Maringá**. 2013. 173 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

TANAJURA, L. L. C.; BEZERRA, A. A. C. Pesquisa-Ação sob a Ótica de René Barbier e Michel Thiollent: Aproximações e Especificidades Metodológicas. **Rev. Eletrônica Pesquiseduca**, Santos, v. 07, n. 13, p.10-23, jan.-jun. 2015.

ESTRATÉGIA DE AMADRINHAMENTO DE GESTANTES ADMITIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE PERNAMBUCO: FORTALECENDO O VÍNCULO E O ACOLHIMENTO HUMANIZADO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

*Isabel Helena de Souza Leal Costa
Erotildes Antunes Xavier
Severino Aguinildo de Lima
Ana Carulina do Nascimento Soares
Maria Luzia Pereira Alves Januário
Isabelle Karla da Silva Melo Farias
Emmanuelly Correia de Lemos
Vanessa Gabrielle Diniz Santana*

Introdução

Buscando atuar sobre o contexto excessivamente intervencionista em que se firmou o processo de parturição nas instituições de saúde, à sombra do modelo tecnocrático de assistência, autoridades internacionais manifestaram-se ao final do século XX em apoio a um novo paradigma assistencial para nascimento e parto, baseado em evidências científicas e voltado para a redução de intervenções desnecessárias e garantia dos direitos das mulheres. Este novo paradigma consolidou-se com a publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS) das recomendações contidas no relatório “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento” no ano de 1996 (DAVIS-FLOID; ST. JOHN, 1998; OMS, 1996).

No âmbito nacional e internacional o atual modelo de assistência ao parto traz a luz uma crítica às práticas que intervêm no processo de nascimento sem que haja justificativa com base em evidências científicas (GOMES; MOURA, 2012). Logo, o cuidado que apresenta maior índice de satisfação às parturientes é o recomendado pela OMS e pelo Ministério da Saúde (MS), o qual preza por ações e serviços baseados nas singularidades das parturientes, com o reconhecimento de suas necessidades (DINIZ et al., 2015; SILVA et al., 2013).

No Brasil, o MS, inspirado nas recomendações internacionais, tem se mobilizado para o oferecimento de uma assistência humanizada às parturientes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O lançamento do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no ano de 2000 e da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal em 2005 colocam ênfase na valorização do cuidado centrado na mulher e trazem para os serviços públicos de saúde o conceito de humanização da assistência ao parto (BRASIL, 2000; 2005).

Em 2011, o MS retoma com o propósito de reforçar e reafirmar as recomendações das ‘Boas Práticas’ e lança através da Portaria Consolidada de nº 1.459 - nº 2351 o Programa Rede Cegonha (RC) que tem como objetivo fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança e de organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil (BRASIL, 2011).

Pernambuco, primeiro estado brasileiro a aderir ao RC, planeja, executa e monitora sua assistência materno-infantil a partir das recomendações do Programa. Reforçando o Programa Estadual Mãe Coruja, o Programa Rede Cegonha estadual é colocado como uma prioridade de gestão na saúde desde o ano de seu lançamento, em 2011 (PERNAMBUCO, 2011).

No tocante a assistência hospitalar ao parto, Pernambuco possui instituições públicas aderindo ao modelo humanizado de atenção ao parto, inclusive interioranas, e nesse sentido o objetivo deste texto é relatar a experiência de uma maternidade da rede estadual de saúde, localizada na II Região de Saúde, no percurso de sua adesão ao modelo humanizado de assistência ao parto com ênfase na implementação do “Projeto Madrinha Cegonha do Salsa”, emergente no processo de uma formação-intervenção.

Relato da Experiência

Em janeiro de 2021 gestores do Hospital Regional José Fernandes Salsa (HRJFS), foram convidados pela direção da Secretaria Estadual de Saúde (SES) do estado de Pernambuco para realizarem parceria junto ao projeto proposto em carta acordo com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) em cooperação técnica com a Associação Brasileira da Rede Unida.

O referido projeto intitulado “Construção de capacidade gestora local para qualificação das maternidades do estado de Pernambuco: formação-intervenção em metodologia de análise dos serviços, processos de trabalho, planejamento e dimensionamento da força de trabalho” reforça diretrizes estratégicas da SES/PE na perspectiva de qualificar as maternidades do estado, bem como consolidar a linha de cuidado mãe-bebê como serviços de saúde que adotam boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, conforme políticas previstas no programa da Rede Cegonha.

A maternidade do HRJFS aceitou o desafio e aderiu ao processo de formação-intervenção proposto. O percurso desenvolvido pela formação-intervenção nos módulos II e III objetivou incentivar os trabalhadores a responder um questionário com questões referentes às práticas realizadas pelos mesmos junto ao serviço, visando o mapeamento do escopo de práticas dos trabalhadores, bem como, levantar sua percepção sobre o ambiente/condições de trabalho e sugestões para melhorias e qualificação da maternidade.

O percentual de resposta dos trabalhadores da linha de cuidado mãe-bebê foi de 70%. Nas respostas relativas às perguntas correspondentes à percepção desses trabalhadores quanto a sua atuação/relação com o serviço, foi predominantemente de que os mesmos acreditam no que fazem e sentem-se bem fazendo parte desse serviço (maternidade).

Também expressaram o sentimento de confiança de que há “espaços” para melhorias, sobretudo no sentido de que o serviço deve continuar avançando na perspectiva de consolidar um processo histórico e, em curso, na busca de aprimoramento e consolidação das boas práticas já vivenciadas pela maternidade, mas que podem ser mais abrangentes, com mais trabalhadores envolvidos e engajados, de forma mais institucionalizados e, em consequência, com mais qualidade no atendimento aos usuários.

Há aproximadamente 5 anos, um grupo de trabalhadores e gestores vêm buscando construir uma cultura de boas práticas para o parto e nascimento, no entanto, vivenciam desafios como a resistência de parte dos profissionais a aderirem efetivamente a estas práticas. Tais fatos têm retardado e até mesmo impedido de se concretizar na maternidade uma filosofia consolidada com as “boas práticas”, de forma regular pela maioria dos trabalhadores.

Observa-se no cotidiano do serviço posturas diversas dos trabalhadores, desde aquelas relacionadas a um acolhimento ineficiente das usuárias, até outras mais complexas representadas por condutas consideradas intervenções desnecessárias para o adequado cuidado que se apresenta em determinadas situações e pacientes. Tais situações geram, segundo manifestações dos trabalhadores, insegurança e insatisfações, tanto as usuárias como para os próprios trabalhadores.

Outro ponto identificado como fragilidade e que traz perda para a qualidade do serviço é a baixa efetividade do trabalho em equipe. Parte significativa dos profissionais, em especial das áreas de apoio técnico (serviço social, fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, entre outros), são marginalizados das decisões e definições de processos de trabalho, na maioria das vezes centralizadas nos profissionais de enfermagem e medicina obstetra. Também, vários auxiliares e técnicos de enfermagem relataram não perceber a importância que os mesmos têm, enquanto componentes da força de trabalho da maternidade. Sentem-se “desprestigiados” na divisão social do trabalho, principalmente no partejar e na assistência ao parto.

Refletindo com partícipes ligados ao hospital sobre essa realidade descrita, percebemos que um fator importante na configuração de atores na cena de parto foi a gradual inserção de enfermeiras obstetras na maternidade.

A partir de setembro de 2016 o estado de Pernambuco realizou a convocação de profissionais de saúde, de diversas áreas, com intuito de reforçar o contingente de servidores nas unidades da rede estadual. Nesse chamamento houve a efetivação das enfermeiras obstetras no Hospital Regional José Fernandes Salsa, o que assegurou à atenção materno-infantil a presença de profissionais qualificadas na rede (PERNAMBUCO, 2016).

A partir dos dados levantados durante o projeto, e nas falas dos partícipes e demais trabalhadores, foi possível observar que a inserção dessas profissionais marcou um processo de alteração no perfil dos partos do HRJFS, uma vez que ocorreu um aumento expressivo do número de partos vaginais/naturais no período relativo ao incremento profissional (Gráfico 1), bem como uma maior satisfação das usuárias na experiência de dar à luz.

Gráfico 1. Percentual de nascidos vivos por tipo de parto e ano no Hospital Regional José Fernandes Salsa, 2014-2019.



Fonte: SINASC/SVS/II Geres-Pe, 2020.

A literatura destaca que a inclusão de profissionais da enfermagem obstétrica trata-se de uma reorganização do modelo de atenção, pois a atuação de enfermeiros e enfermeiras na atenção ao parto reduz o uso de práticas prejudiciais e intervenções desnecessárias e, portanto, aumenta o acesso das parturientes a humanização das boas práticas (LEAL et al. 2019).

Logo, nesse serviço o que curiosamente se observou em torno da reorganização da atenção ao parto foi um processo desprezioso de marginalização das profissionais técnicas de enfermagem. Na primeira cena, com a figura do médico obstetra conduzindo a técnica assistencial e número escasso de enfermeiras/enfermeiros no plantão, as técnicas atuavam bem próximas as parturientes coadjuvando a assistência a mulher. Contudo, com a inserção das enfermeiras obstétricas e o aumento gradual do número dessas profissionais nos plantões, foi vivenciado um crescente distanciamento do partear e da assistência em sala de parto pela categoria de técnicos em enfermagem.

Neste norte, o intuito não é apontar erros, mas sim unir esforços para que a força de trabalho que hoje contempla médicos obstetras, técnicas de enfermagem e enfermeiras obstetras, seja potencializada e com isso as parturientes ganhem em cuidado na atenção.

No bojo dessa reflexão, eis que surge, durante a formação-intervenção, a ideia do Projeto: “Madrinha Cegonha do Salsa”, que paralelamente busca valorizar as potencialidades da atuação das profissionais técnicas de enfermagem, ao passo que promove a qualificação da assistência através da potencialização da força de trabalho existente.

O objetivo do projeto é oferecer às pacientes da maternidade do Hospital José Fernandes Salsa o amadrinhamento por uma técnica de enfermagem durante seu trabalho de parto e pós-parto imediato.

Como metodologia se propôs que a identificação ocorra na admissão da mulher e assim se garanta o cumprimento das atribuições da madrinha que são: acolher a paciente e acompanhante se apresentando como sua madrinha e se disponibilizando para responder as suas dúvidas e necessidades; acomodar a paciente no seu leito disponibilizando o enxoval hospitalar; acompanhar as etapas do trabalho de parto; proporcionar a paciente experiências com as práticas alternativas disponíveis no serviço; fazer-se presente no momento do parto e pós-parto imediato.

Para viabilizar a avaliação da estratégia, na alta, as pacientes serão convidadas a escrever uma carta/cartão para sua Madrinha e será disponibilizado um questionário de avaliação de sua experiência de parto. As cartas/cartões serão entregues às Madrinhas e as avaliações serão compartilhadas trimestralmente com a equipe, com premiação das Madrinhas melhor avaliadas.

O projeto foi apresentado ao grupo das técnicas do serviço por meio de reunião de equipe e tendo havido ampla adesão, teve início em 03 de junho de 2021 e encontra-se em fase de implementação.

Nesse primeiro trimestre o impulso tem sido para a efetivação da estratégia. O primeiro mês foi ricamente satisfatório para gestão e as profissionais da categoria, com retornos voluntários por depoimentos no grupo de comunicação virtual e por contato pessoal, onde relataram o sentimento de satisfação em se verem inseridas de maneira tão contributiva na assistência ao parto o que as trouxe o sentimento de ressignificação na prática de sua profissão.

As pacientes por sua vez, relatam se sentir melhor amparadas, sendo destacado no depoimento de muitas técnicas as manifestações de agradecimentos e pedidos para que principalmente no momento do parto, a madrinha vinculada não se afaste delas. Isto revela a potencialidade da estratégia para a efetividade do estabelecimento do vínculo, bem como para o alcance de melhor usufruto da ambiência e das técnicas de alívio da dor disponíveis no serviço, viabilizadas pela presença constante de uma profissional de tamanha experiência que conhece as potencialidades da casa, lado a lado com a parturiente e acompanhante.

No segundo mês da implementação foi possível observar desafios que uma nova ação traz, tendo destaque a redução do número de amadrinhamentos. Contudo, no enfrentamento dos desafios, a formação-intervenção tem sido um recurso crucial de estímulo à manutenção das ações e valorização de seus resultados, de forma que a oportunidade de relatar essa experiência foi animadora para os profissionais envolvidos.

É evidenciada a importância de a gestão estar sempre por perto valorizando e motivando a continuidade da estratégia e, na etapa inicial, realizar avaliações sistemáticas, em intervalos de tempo mais curtos, para que funcionem como impulso da perenidade da adesão.

Conclusão

A adesão do serviço ao modelo de parto humanizado apresentou fatores diversos que contribuem para sua efetivação, destacando-se, nesse quesito, a incorporação de enfermeiras obstetras ao quadro de funcionários da maternidade. A vivência da formação-intervenção foi uma importante janela de oportunidade para a reflexão a cerca dessa inclusão, da mudança de cenário, e dos atuais espaços passíveis de melhorias, emborcando no projeto de amadrinhamento acima descrito.

Uma vez que a formação trouxe à tona o sentimento de marginalização vivenciado pela categoria de técnicas de enfermagem na assistência as gestantes e parturientes, o Projeto Madrinha Cegonha, pensado para a neutralização desse desafio, mostrou-se preliminarmente como um processo potente de reaproximação da categoria e conseqüente potencialização da força de trabalho e qualificação do cuidado materno-infantil.

Contudo, carece-se de um constante esforço de gestão em monitoramento e avaliação para que o projeto se fortaleça, alcance perenidade, e forneça os frutos almejados.

Referências

- BRASIL, M. S. Portaria Consolidada da Rede Cegonha (Portaria Nº 1.459 de 24/06/2011 e Portaria Nº 2351 de 05/10/2011). Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS a Rede Cegonha. . **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 6 Out 2011. Seção 1, n.º 193, pág. 58.
- BRASIL, M. S. Portaria Nº. 1.067, DE 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 06 jul. 2005. Seção 1, nº 128, pág. 25.
- BRASIL, M. S. Portaria/GM nº 569, de 01 de junho de 2000 institui o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 8 Jun 2000. Seção 1, nº 110-E, pág. 4-6.
- DAVIS-FLOID, R; ST. JOHN, G. **From doctor to healer: the Transformative journey**. New Jersey. Ed: Rutgers University Press, 1998, 326 p.
- DINIZ, S. G. et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development** São Paulo, v. 25, n. 3, p: 377-384, 2015.
- GOMES, M. L.; MOURA, M. A. V. Modelo Humanizado de Atenção ao Parto no Brasil: Evidências na Produção Científica. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20 n.2, p: 248-54, 2012.
- LEAL, M. C. et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 7, p: 1-14, 2019.
- PERNAMBUCO, S. E. S. Secretaria Executiva de Atenção à Saúde. **Governador convoca servidores para Saúde. Recife**, 2016. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-atencao-saude/governador-convoca-servidores-para-saude>>. Acesso em: 24 dez. 2019.
- SILVA, R. C. et al. O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes. Texto **Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n.3, p: 629-36, 2013.

A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL PARA ASSISTÊNCIA NOS PRIMEIROS MIL DIAS DE VIDA DO BEBÊ

Sabrina Silva dos Santos

Introdução

Os primeiros *mil dias* de vida do bebê correspondem aos 270 dias da gestação e aos 730 dias correspondente aos dois anos completos de vida do bebê. Nesse período, as mudanças são constantes, bem como a fase do crescimento e do desenvolvimento infantil, pois cada estágio vivenciado pelo infante demarca seu desenvolvimento adequado ou seu atraso (PANTANO, et al., 2018).

A primeira infância é considerada um marco de ouro na vida da pessoa, pois dependendo dos fatores biológicos e ambientais, os quais o bebê for exposto, seu processo de desenvolvimento poderá ser potencialmente significativo ou imerso em fragilidades e vulnerabilidades que afetarão, diretamente, a sua fase adulta (BRASIL, 2012; MONTEIRO, 2013; ROJAS, et al., 2016).

Dessa forma, pensar em mecanismos que viabilizem a melhor forma do desenvolvimento infantil desde em seus os primeiros mil dias de vida é de suma importância para a saúde da criança. Ademais, esse processo não envolve, apenas, o acompanhamento sistemático as consultas de pré-natal e de puericultura para avaliar crescimento e desenvolvimento, mas exige da estrutura familiar e dos profissionais um olhar atento para a primeira infância e suas complexidades, sobretudo a buscar para compreender as formas de estimular o bebê nos seus primeiros mil dias (PANTANO et al., 2018; MONTEIRO, 2013).

Ressalta-se que muitas famílias, principalmente as mães, não são orientadas na gestação/puerpério sobre esse período e de como dispor de estratégias que estimulem seus bebês. Consoante a isso, os profissionais de saúde lidam com essa fase de forma a contemplar as questões biológicas e fisiológicas e, por vezes, devido à demanda de trabalho intensa, processos administrativos do cuidado em saúde, desvalorização e baixo incentivo profissional e, sobretudo, por não se acharem expertises no assunto, deixam de elucidar esse momento durante seu processo de cuidar (ROJAS et al., 2016).

O processo do desenvolvimento infantil, que inicia-se na gestação, tem ao longo dos dois primeiros anos de vida os primeiros e mais importante marcos do desenvolvimento se fazendo necessário uma priorização por parte da família e que se estende a uma rede de apoio intersetorial (ao menos deveria se estender) para alcançar bons resultados nesse período do desenvolvimento do bebê (SILVA et al., 2017; MONTEIRO, 2013; KYLE, 2011).

Em face disso, pensar nos momentos de Educação Permanente em Saúde (EPS) para essa temática é de suma importância tendo em vista as mudanças que a capacitação dos profissionais envolvidos

no cuidado poderá trazer, propiciando um processo de cuidado na primeira infância, que com vista no desenvolvimento integral da criança. Os espaços de trabalhos, além das práticas assistenciais devem ser construídos para ofertar, aos profissionais, mecanismos de formação que reflitam em sua assistência e promovam oportunidades para o desenvolvimento de suas competências e habilidades (MÜLLER et al., 2021; BRASIL, 2009; MERHY, FRANCO, 2003).

A Educação Permanente em Saúde tem como uma de suas bases a aprendizagem significativa, onde os sujeitos envolvidos são expostos a situações problemas que fazem parte do seu dia a dia de trabalho, o que torna mais simples o modo como poderão se identificar com a problemática e, sobretudo, buscar formas de resolução. Ademais, as propostas sugeridas no processo de formação traçam metas que tendem a melhorar a condução e o processo de trabalho dentro e fora da equipe. Nesse sentido, os profissionais necessitam uns dos outros para poderem chegar a um denominador comum e assim serem capazes de estabelecer suas vulnerabilidades e potencialidades. No processo da EPS “as necessidades” de saúde individuais e coletivas são o foco do aperfeiçoamento e, principalmente, nas equipes de Saúde da Família entre a multidisciplinaridade existente onde vivenciam, diariamente, os mais variados processos de saúde-doença além de outras situações de vulnerabilidades sociais e culturais, romper com processos de trabalho já engessados é necessário, sendo isso possível nos espaços de aprendizagem, onde há trocas e compartilhamento de sentimentos, ideias, estratégias e planejamento para uma saúde de qualidade e com base no território. Assim, no contexto das equipes multidisciplinares, a participação dos profissionais em espaços coletivos de aprendizagem é de suma importância para a efetividade, aprimoramento e revitalização dos serviços e, sobretudo, do processo de trabalho tendo em vista as possibilidades de qualificação da atenção em saúde que é capaz de proporcionar (DA SILVEIRA DONADUZZI et al., 2021).

Vale ressaltar que a formação em serviço não está condicionada às equipes de saúde e seus respectivos profissionais uma vez que as equipes multidisciplinares podem e devem ser compostas por diversos pontos de cuidado pertencentes ao território e isso demanda participação ativa, modelo de ensino e aprendizado horizontalizado com olhares que vão desde profissionais da saúde, educadores, líderes comunitários e religiosos, profissionais da assistência social, ONG's e rede especializada, pois nisso há a riqueza do cuidado integral e a possibilidade de uma assistência articulada e pautada na intersetorialidade. No contexto do cuidado à criança, a mesma necessita dessa articulação, a fim de fortalecer sua rede de cuidado e assim ser capaz de orientar mães, pais e familiares, bem como os profissionais que serão participantes do seu cuidado. Em face disso, a EPS possibilita essa capacitação de forma que a explanação do conteúdo abordado tenha essa intenção de atravessar os sujeitos e torna-los participantes de uma rede que compreende e verbaliza a mesma ideia de cuidado, mesmo que em espaços físicos diferentes (DONADUZZI et al., 2021; BETTANIN, RODRIGUES, BACCI, 2020).

Diante do exposto, a EPS é evidenciada como atividade potencial para esse momento, pois além de ofertar o aporte teórico, reflexão, avaliação e atualização do e sobre o processo de trabalho por meio da literatura, fomenta a inserção de práticas humanizadas por meio de tecnologias leves, as quais direcionam o cuidado para o âmbito do diálogo, troca, escuta e partilha entre os profissionais, sujeito e território sugerindo mudanças nos modelos assistenciais (CUNHA, 2020; BRASIL, 2010; BRASIL, 2009; MERHY, FRANCO, 2003).

No contexto da saúde da criança, a EPS é peça chave para direcionar o profissional na abordagem adequada de mães, pais, cuidadores, profissionais de saúde, educadores a fim de que todos sejam promotores do desenvolvimento infantil saudável, principalmente, nos primeiros mil dias de vida do bebê (BRASIL, 2009).

Sendo assim, o objetivo deste texto é relatar as ações de EPS com equipes multidisciplinares no interior do Ceará a partir dos trabalhos desenvolvidos em rodas de conversas com gestantes, capacitações com profissionais da rede intersetorial envolvidos no programa nacional Cresça Feliz, bem como o projeto municipal desenvolvido nesse diálogo do cuidado com a primeira infância, Primeiro Infância Feliz, os quais têm em comum as ações voltadas para a capacitação de profissionais na abordagem de crianças nos primeiros 1000 dias de vida.

Método

Trata-se de um relato de experiência, baseado na vivência da autora no cotidiano profissional durante as capacitações de EPS sobre o desenvolvimento infantil, na vivência do Projeto Infância Feliz- PIF. Ademais, concomitante aos processos de educação no PIF, outros cenários foram se formando à medida que, também, foram possíveis traçar diálogos por meio da implementação do Projeto Cresça Feliz (governo federal) e Grupo de Cuidado com gestantes nas Unidades de Atenção Primária a Saúde- UAPS, os quais foram utilizados para o desenvolvimento do cenário da EPS desenvolvido para a capacitação de profissionais de saúde com ênfase nos primeiros mil dias de vida do bebê, na cidade de Icapuí-Ce.

No decorrer da vida profissional, a atuação na enfermagem viabilizou tornar possíveis experiências como estas, as quais são frutos dos sujeitos existentes nesses territórios que são vivos e permeado de histórias e necessidades de saúde, as quais em sua maioria não estão atreladas, apenas, a condição de saúde-doença dos indivíduos. A maior parte da minha atuação ocorre no cenário praiano de uma comunidade pesqueira na região Nordeste. Um lugar belo e atrativo para os turistas onde habitam os povos do mar. Com paisagens exuberantes que contem muitas histórias, vulnerabilidades e potencialidades.

O cenário onde se desenvolve a experiência conta com oito equipes de Saúde da Família, todas com enfermeiros e médicos de segunda a sexta, bem como um corpo de profissionais multidisciplinar da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará. Além disso, há a oferta dos serviços do Centro de Atenção Psicossocial do tipo I- CAPS e uma rede de apoio formada por serviços intersetoriais, tais como: Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Conselho Tutelar (CT), os quais ocupam espaços importantes para o cuidado intersetorial em saúde em todo o território o que envolve o cuidado da primeira infância.

Durante a experiência profissional e no processo formativo que envolveu a minha Residência em Saúde da Família e Comunidade e especificamente no decorrer do mestrado, no estudo da Taxonomia de Enfermagem, direcionada para o crescimento e desenvolvimento infantil percebi que o cuidar no contexto da saúde da criança é extremamente complexo e não envolve, apenas, a verificação do peso e estatura do bebê.

Como descrito no ditado africano “é preciso uma aldeia para criar uma criança”. Nesse sentido, a criação de uma rede intersetorial de cuidado é fundamental e necessário, pois a “aldeia” passa a existir à medida que mais pessoas/profissionais se sentem parte dessa construção e não como pontos isolados sem conexão (GUIZARD et al., 2021).

A capacitação de uma rede intersetorial e multidisciplinar por meio do processo de EPS podem ser consideradas como ponto de partida para a melhoria do cuidado na primeira infância, principalmente, no período gestacional e os primeiros dois anos subsequentes. É preciso o olhar atento para se traçar novos itinerários que serão fundamentais para o cuidado do binômio mãe-bebê, os quais farão muito significado para o bebê nos seus dois primeiros anos e, conseqüentemente, abrirão possibilidades de cuidados distintas dos modelos tradicionais (BRASIL, 2014).

Os relatos das ações aqui descritas ocorreram com profissionais desses equipamentos, mencionados anteriormente, professores e coordenadores da Educação Infantil da cidade. Ao total, foram capacitados em torno de 40 a 80 profissionais incluindo profissionais da atenção básica, assistência social, secretária de educação e pais. As atividades aconteceram no período de março/2017 a janeiro/2019.

Os encontros ocorreram nos espaços de trabalho dos profissionais. As agendas das capacitações eram previamente disponibilizadas a fim de que todo o processo de planejamento fosse realizado. O método de cada encontro era diversificado e levava em consideração o público-alvo, espaço e tempo. As ações foram realizadas em formatos de: *rodas de conversas, capacitações e atualizações da temática, oficinas de educação em saúde e visitas aos centros de educação infantil para observação das crianças.*

Como público-alvo desses encontros, pais, educadores, profissionais de saúde, gestantes, coordenadores da educação infantil municipal, equipe multidisciplinar do CREAS, CRAS davam sentido aos diálogos propostos durante a Educação Permanente em Saúde. Nos encontros fazíamos uso de datashow para exposição das aulas expositivas, papel, canetas coloridas, brinquedos, caixa de som e bonecas, as quais serviam de modelos em alguns momentos.

Compreendendo as vivências: o Projeto Primeira Infância Feliz (PIF) e a Rede Intersetorial de cuidado na primeira infância.

A Educação Permanente pode ser caracterizada como um processo de aprendizagem o qual se desenvolve próprio ambiente de trabalho com base nas experiências e nas situações vivenciadas pelos profissionais, os quais poderão ressignificar, a partir da EPS, processos tradicionais de trabalho passando a incorporar novos modelos de cuidado a partir do que é ensinado e incorporam ao cotidiano do serviço e na dinâmica de trabalho. Em sua, a importância e o impacto da educação permanente está no fato dela possibilitar aos profissionais um olhar mais sensível sobre o seu *fazer* e, sobretudo, no fato dela possibilitar uma aprendizagem transformadora sobre os problemas já enfrentados nos locais de trabalho, mas que poderão ser transformados por meio de novas práticas e novo olhar a respeito da problematização do cotidiano (SILVA, SANTOS, 2021).

Em face disso, buscando facilitar e torna possível um olhar mais sensível e atendo as questões da primeira infância, o projeto Primeira Infância Feliz- PIF, surge a partir dessa necessidade de atentar

para as questões de saúde mental no contexto infantil, com base na problemática existente, a qual diz respeito aos transtornos mentais ou atrasos do desenvolvimento na primeira infância. A necessidade da construção do projeto PIF surge a partir da experiência no serviço especializado, o Centro de Atenção Psicossocial- CAPS tipo I.

A idealização do projeto tem seu despertar durante as observações na sala de espera do CAPS enquanto pais/cuidadores aguardavam o atendimento de outras categorias profissionais, era notório a grande demanda de crianças na fase da primeira infância que chegavam em busca de atendimento, especificadamente, o atendimento psiquiátrico ou psicológico.

A presença das crianças nos ambulatórios devidos as psicopatologias desde a primeira infância, em sua grande maioria estão relacionadas às dificuldades de aprendizagem sendo poucos os que de fato desenvolvem algum transtorno mental. Esse aumento aponta para a qualificação de profissionais da saúde preparados para lidar com a dificuldade de aprendizagem e os possíveis transtornos mentais, além de ressaltar a importância da educação em saúde, pois muitas crianças já são rotuladas por alguns educadores, antes mesmo de receberem seu diagnóstico em um acompanhamento clínico. É necessário que os educadores, a escola, os profissionais de saúde e toda a rede de assistência apurem o olhar para as questões do desenvolvimento ou atraso deste na primeira infância (GUERREIRO, et al., 2016).

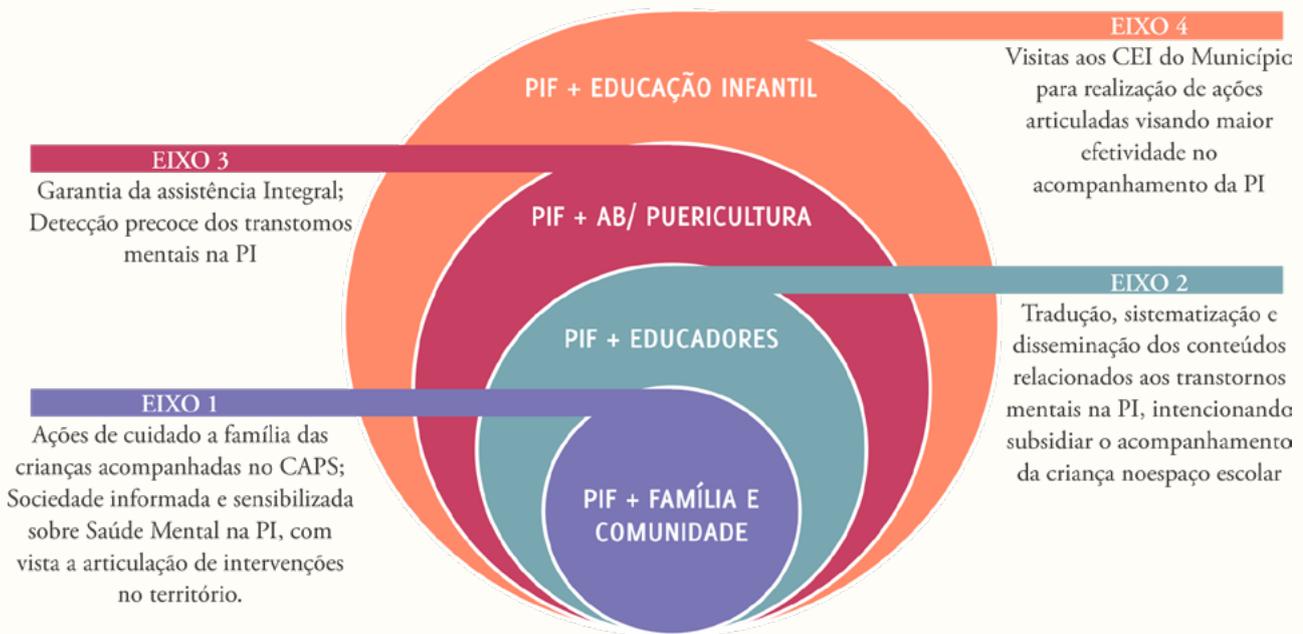
É escorreito afirmar que profissionais no nível da atenção primária em saúde necessitam, diariamente, ser capacitados e motivados para visualizar demandas que poderiam ser sanadas se melhor investigadas durante as consultas de pré-natal e puericultura compreendendo que o atendimento não pode ser limitada a observação e padronização do bebê por seu peso e estatura e as condições fisiológicas da gestação. A consulta de puericultura, por exemplo, deve conter a anamnese aprofundada de como foram os primeiros 270 dias desse bebê, se houve intercorrências durante o peri e pós-parto e de que forma as fragilidades do binômio mãe-bebê foi ou está sendo superada (ROJAS et al., 2016).

Com esse olhar e, analisando com o olhar de quem já esteve na ponta, e naquele momento atuando no serviço especializado, assim foi gerado e meses depois houve o “nascimento” do projeto que denominei de **Primeira Infância Feliz** ou simplesmente “**PIF**” o qual tinha por objetivo desenvolver ações intersetoriais, multi e interdisciplinar direcionadas a detecção precoce do atraso do desenvolvimento na primeira infância.

Ademais, os caminhos que se tentava desenhar objetivava estabelecer estratégias de cuidado para a primeira infância em parceria com os Familiares, CAPS, ESF's, Centros de Educação Infantil e Rede Intersetorial Municipal, realizar educação permanente e matriciamento para os profissionais da saúde e educadores infantis direcionadas para a primeira infância e constituir coletivamente uma rede de suporte as crianças com atrasos no desenvolvimento.

As ações presentes no projeto PIF considera 04 eixos importantes: 1- família e comunidade; 2-educadores (educação infantil 0 a 6 anos); 3- Atenção Básica por meio da puericultura na atenção primária; 4- centros de educação infantil- CEI (FIGURA 1).

FIGURA 1- Propostas de intervenções por eixos do PIF. Icapuí- CE, 2017



Fonte: Construção da autora

O PIF realizava suas ações por meio de três aspectos principais: 1) Atendimento individual com profissionais; 2) EPS com Educadores Infantis; 3) Visitas de Observação e Intervenção nos Centros de Educação Infantil.

Os atendimentos individuais eram direcionados ao CAPS por meio do encaminhamento das equipes de saúde da família ou pelos professores e educadores. O processo de EPS teve início com o corpo de coordenadores do Ensino Infantil do município. No total, 20 profissionais, estiveram presentes na primeira reunião onde houve a apresentação da proposta, objetivos e esclarecimento de dúvidas.

O momento era iniciado com a seguinte pergunta: falamos e ensinamos sobre tudo nas aulas da creche: saúde bucal, alimentação saudável, crescimento, etc e que tal falar sobre saúde mental na primeira infância? As reações, para alegria da equipe, era um misto de alívio com surpresa.

Após a etapa da reunião com os coordenadores e autorização foi elaborada uma agenda mensal para que fosse possível visitar os 10 centros de Educação Infantil do Município. Então, durante a primeira visita todos os funcionários daquele centro participavam da capacitação, a qual elucidava a importância do cuidado e acompanhamento da criança ao longo dos seus 730 dias no intuito de que, precocemente, fosse detectada qualquer alteração no comportamento da criança. A roda de conversa era iniciada por meio da exposição e explicação dos primeiros mil dias de vida do bebê e suas inúmeras complexidades.

Além dos servidores das creches, profissionais das equipes de saúde que prestavam assistência, aquela área onde a creche funcionava eram convidados a estarem nesse momento para estreitar laços e se inserir como parte do cuidado. Esse mesmo método foi utilizado nos 10 centros de educação infantil e o quantitativo de participantes era em torno de 10 a 15 pessoas por Centro de Educação Infantil.

No segundo momento de visita, o foco era a criança, o seu desenvolvimento e seu crescimento. Com uma equipe multidisciplinar de residentes em Saúde da Família, previamente orientados sobre o PIF e o que deveria ser analisado, nos dirigíamos até os centros e passávamos um turno com as crianças desenvolvendo atividades, as quais poderiam determinar o grau de desenvolvimento naquele momento ou seu atraso. Pular amarelinha, sala sensorial, pular corda, cuidar do colega, cantar, repetir ações, etc. eram algumas das atividades desenvolvidas. Ideia era aproveitar a ludicidade, tão presente na creche de forma que, a brincadeira que a professora fazia todos os dias se tornasse uma ferramenta de observação para que ela capturasse novas dimensões do desenvolvimento do seu aluno. Não se tratava de diagnosticar, mas de ampliar os métodos já oferecidos e dar suporte aos casos de crianças em acompanhamento (CAMINHA et al.,2017).

A formação de profissionais quer atuem na atenção primária quer na rede especializada, assim como os educadores do ensino infantil é de suma importância para o alcance do desenvolvimento saudável (MONTEIRO, 2013). O método utilizado para a atuação nos eixos do PIF obedece a particularidades, mas acabam por encontrar-se, pois o diálogo entre pais, educadores e profissionais na saúde deve ser contínuo e passivo de modificações ao passo que são deliberadas as demandas e necessidades de saúde de cada criança. Trata-se de um processo com complexidades, mas que poderá se tornar algo rotineiro quando posto em prática. As devolutivas por parte dos educadores foram muito positivas, pois se revelava em um cuidado para além da sala de aula.

Aos poucos, foi perceptível a mudança no perfil do ambulatório do CAPS e as demandas das UAPS e da escola eram mais assertivas e direcionadas, pois antes de encaminhar a criança, a família, o que estava sendo ensinado e praticado era colocado em prática e evidenciado no cotidiano dos profissionais.

Em decorrência da sua dinâmica complexa e movimento no qual o setor da saúde se reinventa, adequações constantes são necessárias, pois o território é vivo e as demandas são diversas. As tensões presentes na estrutura social, demográfica, política, culturais, epidemiológica e tecnológica, chama para uma constante busca de se pensar e repensar o nosso “fazer” em saúde à medida que esse “fazer” não deve ser solitário, pois o indivíduo é complexo e sua estrutura demanda muito mais do que, apenas, consultas e isso é perceptível nesses cuidados dos mil dias de vida do bebê.

Destarte, as inovações em saúde e nas práticas educativas são indispensáveis e fundamentais para uma assistência qualificada e que caminha junto com as reais necessidades de saúde dos sujeitos, havendo a necessidade de sempre apreender como funciona e de que forma a assistência prestada na saúde, na educação, na família e sociedade se envolve e se incorpora no processo direta ou indiretamente.

Cuidando coletivamente: educação em saúde com gestantes, puérperas e nutrizes

Os grupos de educação em saúde que tinham como protagonistas gestantes, puérperas e nutrizes ocorriam nos espaços de cuidado da saúde da família, em especial nas unidades de saúde de Redonda e Barreiras, duas comunidades praianas da cidade de Icapuí-Ce.

A proposta dos encontros foi construída mediante a necessidade de se pensar nos aspectos do cuidado da Saúde Mental dessas mulheres durante o período de pré e pós-natal. Muitos profissionais procuravam o serviço especializado do CAPS e os atendimentos multidisciplinares ofertados pelo extinto Núcleo de Ampliado de Apoio a Saúde da Família (NASF) do município para solicitar a intervenção de cuidado, por exemplo, de uma gestante com transtornos mentais, puérperas com depressão pós-parto e baby blues.

Com efeito, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSMV), aponta que 3 a 6% das mulheres poderão apresentar algum episódio depressivo durante a gestação, nas primeiras semanas do puerpério, sendo que 50% dos episódios depressivos já são presentes antes do parto o que os classificam como episódios do *periparto* (SANTOS, CALHEIROS, SILVA, 2021).

Essas questões presentes no período dos primeiros 270 dias de vida da criança, na maioria das vezes são suprimidas nas consultas, tendo em vista o foco desse estágio de inclinarem para as queixas fisiológicas da gestante, orientações sobre a amamentação, avaliação do crescimento e desenvolvimento do bebê, mas nada em específico ao cuidado com a saúde mental dessa mulher que antes de ser mãe é uma pessoa com suas inúmeras complexidades, singularidades e que por vezes não se sente a vontade ou não tem abertura para falar sobre sua subjetividade na gestação.

Desse modo, os encontros do grupo “Ligações Maternas” eram agendados com a gerência do posto de saúde; o momento acontecia na própria unidade de saúde, nos dias da consulta de pré-natal, porém nesse dia em específico a consulta era feita nesse espaço coletivo.

O momento era dividido em: 1) Apresentação nominal e idade gestacional ou algo mais que as mulheres quisessem expor; 2) Dinâmica de iniciação; 3) Abertura das falas por meio da pergunta norteadora: “*Como anda a sua saúde mental nesse período que você está vivendo?*”. 4) Meditação, com música suave ao fundo, todas de olhos fechados, conectadas com elas e seus filhos ainda na barriga ou já em seu colo. Vale lembrar que, no convite para participar do momento de educação em saúde, as puérperas e nutrizes eram inclusas por se tratar de um período que continua e perpassa pelos mil dias.

As mulheres eram dispostas em posição de roda, a fim de que todos pudessem se olhar; os profissionais mais frequentes eram as enfermeiras da unidade de saúde, agentes comunitários de saúde e alguns dos residentes multidisciplinares que estiverem na unidade no dia do encontro. As respostas tímidas das mulheres davam o “tom” dos diálogos que começavam a surgir em decorrência da sua condição emocional e fisiológica. Revelavam-se ali sentimentos de mais pura alegria e contentamento até os de desgosto, rejeição e tristeza profunda.

Os encontros duravam em torno de 1h. As dinâmicas iam se transformando em cada encontro e para cada público. A mais recorrente era feita com folhas e imagens diversas sobre o período gestacional, puerpérios e lactação. As imagens eram apresentando, lentamente, e as participantes iam retratando o sentimento que sentiam com cada imagem.

Para os profissionais presentes, a reflexão era de como conduzir e reproduzir, diariamente, esse cuidado no período gestacional e puerperal para que o cuidado seja de fato longitudinal e envolve as diversas dimensões do sujeito. Tem-se na EPS possibilidades de fortalecer os espaços de trabalho, por meio da equipe de forma a potencializar os cuidados já direcionados possibilita um leque de novas possibilidades diante do que já é feito cotidianamente e a partir disso pensar ações e instrumentos (equipamentos, infraestrutura, saberes estruturados e sistematizados) que estejam direcionadas as reais demandas do seu território e das pessoas que nele habita, razão que justificava e afirma a existência do cuidado em saúde (LEITE, VERGÍLIO, SILVA, 2017).

O cotidiano das práticas em saúde torna-se muitas vezes repetitivo e exausto, pois lidar com demandas tão intensas todos os dias e ser capaz de resolvê-las não é sempre algo fácil de lidar. Todavia, esse mesmo cenário é potente para gerar transformações, interações ideias e novos saberes. Assim, pensar em práticas para além das existentes também pode ser motivador e, sobretudo, ferramenta importante para melhoria da assistência o que gera um cuidado, verdadeiramente, baseado no que o paciente

necessita e não somente no que está posto nos protocolos e parecer técnicos e que rotineiramente os profissionais se limitam em repetir. Igualmente, os espaços de encontros nas equipes de saúde da família com as gestantes e profissionais intencionavam assistir e orientar as gestantes, porém visavam, também, demonstra que momentos de pré-natal, por exemplo, poderiam ser feito de forma participativa e abordando temas que estão para além das condições fisiobiológicas e são tão importante quanto estas.

Ora, esses momentos serviam para capacitar profissionais dentro do seu processo de trabalho literalmente, o que dava sentido ao cuidado humanizado e a novas estratégias de cuidado que refletiam na forma como passaram a olhar a saúde mental dessa mulher no período gravídico-puerperal, o que capacitou ainda mais as equipes para liderar com certas situações e estarem atenta aos possíveis sinais de transtornos mentais na gravidez e depois dela. A assistência sofreu modificações e, conseqüentemente, profissionais e mulheres que nesse grupo foram e são assistidas.

EPS com grupos de Visitadores do Programa Cresça Feliz-PCF

Em decorrência das ações do PIF, interligando UAPS, Centros de Educação Infantil- CEI uma rede discreta de cuidado a primeira infância começou a se solidificar no âmbito municipal e, nesse mesmo período, estava em processo de implementação o Programa Criança Feliz (PCF) instituído pelo Decreto nº 8.869, de 05 de outubro de 2016 tomando por base o Marco Legal da Primeira Infância, referente à Lei nº 13.257 tem por objetivo “promover o desenvolvimento integral das crianças na primeira infância, considerando sua família e seu contexto de vida”. Seu método de trabalho para o alcance do objetivo é baseada no modelo de “Cuidados para o Desenvolvimento da Criança (CDC) – UNICEF/OPAS” (BRASIL, 2017b).

O público do PCF são crianças de 0 a 6 anos de idade, faixa etária da primeira infância, gestantes e seus familiares em situações de vulnerabilidade social, pois entende que o espaço que a criança vive está amplamente relacionado com o desenvolvimento de suas competências e habilidade ao longo da sua vida. Vale ressaltar que, a assistência oferecida pelo programa está baseada nas condições de vulnerabilidades dessas crianças e das suas famílias (BRASIL, 2017b).

Assim, como participante do grupo de profissionais que discutia e planejava ações de cuidado intersetorial e multidisciplinar à primeira infância, incluído mães e demais familiares, a ideia de capacitar os profissionais que estariam assumindo a “Visita” e acompanhamento das crianças e suas famílias cadastradas no PCF foi pensando, a fim de possibilitar uma rede de cuidado de forma integral.

Componentes essenciais estão presentes no programa para o alcance dos objetivos, sendo a maior atenção desse relato para: I- visitas domiciliares (VD) periódicas, realizadas por profissional capacitado e a realização de ações de apoio a gestantes, familiares, a fim de promover ações que facilitem o desenvolvimento da criança na primeira infância (BRASIL, 2018a).

Ante o exposto, a participação no processo de implementação do PCF no município e a atuação como promotora no processo formativo das visitadoras do PCF promovidos pelo CRAS foram fundamentais e esclarecedor para tecer as redes de cuidado a primeira infância e a gestante. Assim, com o corpo de visitadores formado por meio da seleção promovida pela Secretaria de Assistência Social do Município, em uma das reuniões foi interrogado de que forma se dariam essas visitas? Qual a preparação, além do conhecimento do PCF, suporte pelos profissionais do CRAS E CREAS, alguns

anos de experiência com crianças esses visitantes teriam? Em vista disso, foi proposto capacitações de educação em saúde para auxiliar essa equipe de visitantes, as quais lidam, diretamente, com as famílias dos bebês nos primeiros mil dias de vida do bebê e depois por toda a sua primeira infância.

As visitas programadas pelos profissionais do PCF destinam-se ao acompanhamento dessas famílias, suas crianças e gestantes, tendo como base o estímulo e fortalecimento do vínculo familiar por meio da ludicidade, brincadeiras. A ideia das capacitações por meio da EPS era fazê-las conhecer e compreender o processo do desenvolvimento infantil nesses primeiros mil dias de vida e de como ele é vital para todo o restante da vida da criança.

No primeiro encontro, a proposta foi de conhecer essas visitantes, saber suas expectativas, saber do seu conhecimento e prática com o público o qual passariam a assistir. Igualmente, retomamos a apresentação de pontos importantes do PCF, principalmente no que se refere ao desempenho dos profissionais e as visitas domiciliares. A partir desse conhecimento prévio foi possível a estruturação para os encontros subsequentes. No segundo encontro, a exposição foi referente ao processo do desenvolvimento infantil da primeira infância, as etapas, as mudanças durante esse ciclo de vida, os cuidados gestacionais e de que forma a visita delas poderiam ser mais um mecanismo de intervenção para essa etapa de vida. Os encontros duravam em média 2h e contavam com um número de 07 participantes. As exposições eram claras e objetivas havendo espaços para perguntas e esclarecimento de dúvidas e simulação de situações do dia a dia.

Em virtude das visitantes também receber capacitação por parte do CRAS e de toda a rede assistencial para os assuntos específicos do programa, os momentos de formação eram pensados como espaço de troca e partilha do conhecimento. Não se tratava, apenas, de uma “educação bancária” onde só se depositam ideias e falas sem para ouvir e enxergar o outro.

Em suma, no decorrer de quatro encontros as visitantes conheceram os cenários que estariam adentrando, as peculiaridades, as forças que poderiam ser somadas, por exemplo, os profissionais das equipes de Saúde da Família, bem como acessaram conhecimentos sobre gestantes e crianças. Por meio do empenho e dedicação de todos os atores envolvidos, principalmente, a equipe da Assistência como um todo, durante a visita da equipe de avaliação e supervisão geral do programa, o município de Icapuí, foi considerado um dos com melhores desempenhos e resultados.

Nesse sentido, a intersetorialidade deve ser entendida como um método de acessar os problemas sociais, de maneira a contemplar os indivíduos e suas dimensões de modo totalitário. De modo que, a EPS deve extrapolar o ambiente dos consultórios e ser exposta dentro das redes que acolhem as pessoas. Quando os profissionais (seja de qualquer setor) compreendem o seu processo de trabalho este tem muito mais chances de ter o fim exitoso ao qual se destina. Isso também condiz com as práticas de cuidados e fortalecimento das redes para que sirvam, de fato, como apoio as pessoas que deles necessitam (BRÁZ, 2020).

Destarte, a integração das ações de EPS junto à rede intersetorial foi de extrema importância para fortalecer o cuidado à saúde da criança e gestantes à medida que equipe de saúde e visitantes dialogavam, em determinadas situações, problemáticas comuns à saúde, mas que coletivamente era entendida como uma demanda a ser fortalecida, observada de forma integral.

Os equipamentos e organizações existentes no território constituem-se em espaços distintos com autonomia para dirigir, articular e apresentar suas intervenções a partir da construção dos modelos de cuidados, originários de sua formação e conhecimento. Mesmo diferentes é sabido que esse

conhecimento gera (ou deveria) alternativo de cuidado que se complementam e se direcionam a processos de saúde-doença singulares. No âmbito do cuidado aos primeiros mil dias de vida são fundamentais a difusão desse conhecimento nos espaços onde essa população circula, atua, busca cuidado e se orienta sobre o seu processo de saúde e qualidade de vida (OGATA et al., 2021).

Assim, a EPS é um processo reflexivo e político. Reflexivo, pois tem a capacidade de fazer com que reflitamos sobre o que e como estamos ofertando nosso cuidado e esse faz sentido para quem dele usufrui não sendo, apenas, minhas concepções e utopias isoladas e impostas; política, pois sua implementação, mesmo após a sua concretização e validação por intermédio da Política Nacional, requer mobilização de todos os envolvidos e certa dinamicidade para lidar com as questões de poder entre os diversos saberes (OGATA et al., 2021).

Conclusão

A EPS é de grande importância no contexto do cuidado, principalmente no que se referem aos primeiros mil dias de vida do bebê, pois ainda se trata de uma temática que necessita ser constantemente disseminada e colocada em pauta diária no campo da qualificação profissional não apenas para os profissionais de saúde, mas para outros setores os quais lidam, direta e cotidianamente com questões relacionadas à primeira infância.

As estratégias dispostas nesse relato expressam como esse mecanismo foi rico para fomentar as ações de cuidado a primeira infância e gestantes. Ademais, a gestão também tem papel fundamental nessa constância e atuação da EPS, pois parte dela o incentivo e o apoio às práticas de formação dos profissionais, devendo dispor de tempo e entendimento quando se tem a disponibilidade de “parar” os cuidados por meio da clínica direta, a fim de dar semelhante importância ao processo de formação dos profissionais. Pressupõe-se que sem essa sensibilidade é improvável a EPS existir.

Das ações descritas, o PIF foi uma das maiores potencialidades existentes no município, sendo a sua atuação de grande contribuição para a sensibilização do olhar profissional às demandas, principalmente, de saúde mental na primeira infância. O PIF trouxe oportunidades para qualificação do cuidado na primeira infância sob uma perspectiva que ainda é pouco explorada entre os profissionais isso em decorrência a complexidade da temática e por muitos não se sentirem qualificados para tal, mas que de alguma forma esse olhar foi modificado no processo de cada encontro, o que era perceptível na fala, nos encaminhamentos ao serviço especializado e na condução com a saúde mental da mãe que era atendida na UAPS ou visitada pelos profissionais do PCF. Vale ressaltar que, as visitas do PIF não ocorreram mais, por inúmeros fatores, dentre eles a rotatividade de profissionais nos serviços de saúde. Em janeiro/2019 não houve mais prosseguimento dos encontros nos Centros Infantis pela equipe multidisciplinar. Todavia, quando se pensa em saúde da criança, educação em saúde para pais, educadores, visitantes do PCF, fico extremamente honrada e feliz em ser lembrada e convidada para esses espaços, pois me conforta saber que não foi mais um “momento” de conversa com alguém da saúde, mas sim uma série de ações e falas que surtiram e surtem efeito até hoje. Essa primeira parte foi alcançada com êxito.

No que se refere ao cuidado com as gestantes e, sobretudo, com o bebê ainda no seu processo de formação, as rodas de conversa e cuidados ofertados no momento das consultas de pré-natal foram eficientes para que as mulheres se vissem de fato acolhida em suas demandas, não apenas, no que diz respeito aos exames de pré-natal, mas também nas suas queixas de saúde mental, estímulo ao vínculo materno e a importância disso para o desenvolvimento infantil do bebê ainda na gestação

e nos seus primeiros mil dias de vida. Os profissionais se viram motivados a pensar em ações que verdadeiramente atendem as necessidades de saúde da gestante e de seus familiares e novas abordagens de cuidado foram reestruturadas a partir daí, o que abre espaços para cada vez mais estarem buscando parcerias com profissionais de outros núcleos, promovendo espaços de cuidado coletivos não apenas em dias pontuais ou datas comemorativas, mas constantemente. Além disso, processos de cuidado ao puerpério também passaram serem reestruturados pensando na melhor forma de continuar com o cuidado com a mãe e seu bebê.

Em decorrência da pandemia da COVID-19, os encontros ficaram suspensos, bem o contanto físico e foi perceptível o quanto isso foi assustador para as famílias e, principalmente para as mães, o que gerou um quebra dos grupos existentes, havendo a necessidade de adaptação ao novo normal que nos limita o contanto e a sociabilidade em respeito aos protocolos clínicos, mas que já podem ser percebidos muitas melhorias e novos encontros com a chegada da vacina. Compreende-se que a capacitação por meio da EPS com os profissionais de saúde da Atenção Básica podem ser potencializadora do cuidado já prestado, pois poderá reesignificar as práticas já existentes e dar novas ferramentas para expandir o cuidado e torna-lo viável e significativo para os usuários, principalmente.

A capacitação com as profissionais, denominadas visitadoras, do PCF foi de extrema relevância para elas naquele momento de iniciação, pois muitas não tinham formação na saúde, não eram mães e nem educadoras infantis. A inserção delas na temática por meio do trabalho que passariam a realizar foi, a priori, assustador, mas possível com a ajuda de profissionais não apenas da rede assistencial, mas também com os das equipes de saúde da família nos territórios onde ela estariam atuando. Até hoje, em toda a seleção para novos visitantes, as selecionadas recebem capacitação sobre o cuidado a primeira infância, sobretudo, o que diz respeito ao processo do desenvolvimento infantil o que demonstra que a rede de cuidado quando entende a sua função de integrar o cuidado e torna-lo intersetorial não opera em forças opostas, mas caminham juntas para o melhor cuidado a ser oferecido. Nas visitas, novas demandas vão surgindo, principalmente no caso de gestantes e seus bebês e elas, as visitadoras, mantém diálogo aberto e rotineiro com Agentes Comunitários de Saúde-ACS, enfermeiros e demais membros da equipe, Isso não está posto no desenho do programa, mas foi apreendido e construído durante as formações.

O binômio ensino-serviço é essencial para os processos que primam pela qualidade da assistência, sendo uma potencia quando pensamos em saúde da criança. Com a inserção da EPS nos espaços das visitadoras foi possível a criação de uma nova etapa de construção que não estava pautada, mas se que fazia necessária visto que a demanda do território exigiria e exige que estejam cientes de muitas demandas de cuidado, as quais serão percebidas ao longo da rotina do serviços e para isso foi necessário torna o olhar de cada uma delas sensíveis as condições de saúde e sociais prevalentes.

Em suma, as experiências de EPS com esses cenários diferentes fisicamente, mas entrelaçados por demandas semelhantes oriundas do território, demonstraram que é possível propor políticas locais que garantem à integração efetiva do cuidado a primeira infância, principalmente, nos primeiros mil dias de vida do bebê, mas é necessário que os profissionais, incluindo o corpo gestor, se sintam responsáveis para que sejam capazes de assumir seu papel de participantes ativos nos processo da EPS e tomem para si o desafio de planejar e supervisionar as ações em conjunto com o serviço, sem que isso seja visto como mais uma tarefa diante de tantas que já se tem, mas sim como parte essencial e fundamental para o seu bom desempenho na assistência que prestam.

Dito isto, a capacitação no âmbito do desenvolvimento infantil desde a gestação é fundamental para a melhoria da qualidade do atendimento já oferecido. Existem muitas peculiaridades nessa etapa, as quais perpassam condições de saúde, família, comunidade, vulnerabilidades e tantos outros que precisam ser visto e compreendidos e a EPS é uma das alternativas válidas, eficaz e potente; sua ausência nos espaços de cuidados poderá resultar em uma assistência deficitária, carente por ser humanizada, qualificada.

Espera-se que esse relato desperte interesse por novos estudos e discussões no cuidado à criança e assim contribua para a qualificação da assistência na Atenção Primária a Saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. 1. ed., Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 1) Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília :

BRASIL. **Decreto nº 8.869, de 5 de outubro de 2016**. Institui o Programa Criança Feliz. Brasília: Presidência da República, 2016a. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8869.htm. Acesso em 28 de jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia para orientar ações intersetoriais na primeira infância**. Brasília, DF, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. **Programa Criança Feliz: Guia para visita domiciliar**. Brasília, DF, 2017b. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Guia%20para%20Visita%20Domiciliar%20-%20Programa%20Crian%20Feliz%20-%202021-06-2017.pdf. Acesso em: 22 de jun. 2021.

BETTANIN, F.S.M; CARVALHO, J.R; BACCI, M.R. Educação permanente em saúde como instrumento da qualidade assistencial. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 7, p. 42986-42992, 2020.

BRÁZ, G.M. **Avaliação da satisfação de famílias vinculadas ao Programa Criança Feliz**. Dissertação (mestrado em Terapia Ocupacional)- Pós- graduação, Universidade Federal de São Carlos-UFSCar, São Carlos. 2020. https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/12733/Disserta%20c3%a7%20a3o_final_GabrielaBraz.pdf?sequence=3&isAllowed=y

CAMINHA, M.F.C; SILVA, S.L; LIMA, M.C; AZEVEDO; P.T.A.C.C, FIGUEIRA, M.C.S; BATISTA, F.M. Vigilância do desenvolvimento infantil: análise da situação brasileira. **Rev Paul Pediatr**, v,1,n.35, 2017;

CUNHA, D. A. **Aprender a interagir: tensões e lições da EPSna atenção domiciliar na Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas**. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Amazonas. Manaus, 2020.

DA SILVEIRA DONADUZZI, D.S; FETTERMANN, FA; COLOMÉ, J.S; BECK, C.L.C. Educação permanente em saúde como dispositivo para transformação das práticas em saúde na atenção básica. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, p. e12010514648-e12010514648, 2021.

GUERREIRO, T. B. F; CAVALCANTE, L. I. C; COSTA, E. F; VALENTE, M. D. R. Psychomotor development screening of children from kindergarten units of Belém, Pará, Brazil. **J Hum Growth Dev**, v.26, n.1, p.181-189, jun, 2016.

KYLE, T. **Enfermagem Pediátrica**. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2011.

LEITE, T.M.C; VERGÍLIO, M.S.T.G; SILVA, E.M. Processo de trabalho do enfermeiro pediatra: uma realidade a ser transformada. **Rev Rene**, v.1, n.18, p.26-34, jan-fev; 2017.

MERHY, E.E; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saude Debate**, v,65, n.27, 2003.

MONTEIRO, F. P. M. **Construção de um diagnóstico de enfermagem na categoria de promoção da saúde para o crescimento/ desenvolvimento: estudos em lactentes**. Tese (doutorado em enfermagem)- Pós- graduação, Universidade Federal do Ceará-UFC, Fortaleza. 2013.

NUNES, F.C.,et al. Uso de narrativas para o aprendizado da tecnologia grupal por profissionais de Centros de Atenção Psicossocial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021.

OGATA, M.N; SILVA, J.A.M; PEDUZZI, M; COSTA, M.V; FORTUNA, C.M; FELICIANO, A.B. Interfaces between permanent education and interprofessional education in health. **Rev Esc Enferm USP**, v,55, 2021.

PANTAO, M. Primeiros 1.000 dias de vida. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v.3, n.72, p.490-94, 2018. Disponível em <https://www.fsp.usp.br/mina/wpcontent/uploads/2018/10/Materia_Capa.pdf>Acesso: 16 de jun, 2021.

ROJAS, A. P. K; SOUZA, D; COMASSETTO, V; VISENTIN, A. Tecnologias disponíveis para acompanhamento do desenvolvimento infantil pelo enfermeiro: revisão integrativa da literatura. **Cad. da Esc. de Saúde**, v.1, n.15, p. 64-80, jan, 2015

RELATO DA EXPERIÊNCIA DE PRODUÇÃO DE VÍDEOS DE INCENTIVO AO PARTO VAGINAL: A RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA PROMOVENDO EDUCAÇÃO EM SAÚDE

*Cleonúcia Batista Leite de Vasconcelos
Célia Maria Borges da Silva Santana
Lílian Silva Sampaio de Barros
Leticia Maria Correia Katz
Régia Maria Batista Leite
Roseane Leite Lopes
Vanessa Alves de Souza*

Introdução

A Covid-19, desde a sua descoberta, traz insegurança e causa medo na população, principalmente no que se refere à mortalidade de mulheres no ciclo gravídico puerperal no Brasil (BIVAR; VALADARES NETO, 2021; LOPES et al., 2021). O país tem o maior número de mulheres que morrem durante a gestação no período pandêmico no mundo, e estudos mais aprofundados estão sendo realizados para se entender o porquê da elevada mortalidade materna no país. Inicialmente, além da reflexão sobre o atendimento às gestantes pelos serviços, os determinantes sociais da saúde dão um prospecto inicial em relação à triste casuística brasileira (SOUZA; AMORIM, 2021).

A possibilidade de contágio pelo Coronavírus tem levado a população, sobretudo as grávidas (RIBEIRO et al., 2021), a procurarem o serviço de saúde tardiamente por ser o local de atendimento da emergência de pessoas contaminadas. Com esse cenário, as gestantes estão receosas de procurar a unidade hospitalar ao identificarem problemas quer sejam ligados a questões clínicas, ou à gestação, como os primeiros sintomas de trabalho de parto, postergando assim a ida à maternidade.

A demora em procurar a maternidade, a princípio, pode evitar a hospitalização precoce e aumentar os internamentos na fase ativa do parto, resultando na elevação de partos normais. Entretanto, o internamento antecipado pode resultar em intervenções desnecessárias e em uma cascata que culmine na cesariana. Postergar na busca por atendimento profissional pode retardar intervenções necessárias e, portanto, ocasionar danos temporários e permanentes à mulher e ao bebê. No caso de mulheres com Covid-19, esse retardo tem consequências ainda mais graves como trabalho de parto prematuro e morte materna e fetal (SILVA et al., 2021).

Faz parte das atividades do Pré-Natal a educação em saúde e a orientação das gestantes e acompanhante através do diálogo sobre as situações nas quais as mulheres precisam procurar a maternidade entre outras diversas orientações (FAGUNDES; OLIVEIRA, 2017).

O cuidado obstétrico dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) é inicialmente realizado na Atenção Primária à Saúde (APS), entrada prioritária preferencial das gestantes na Rede Materna e Infantil, e se possível precocemente, no primeiro trimestre de gestação (BRASIL, 2012).

Ao longo dos anos o Pré-Natal de qualidade se consolidou como o principal cuidado assistencial, estabelecido no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que busca manter a mulher com uma gestação saudável (BRASIL, 2011a; 2012) através dos cuidados elencados na Portaria N° 650/2011 e também a identificação precoce de problemas que levam a mortalidade da mulher e o bebê (BRASIL, 2011b).

Por sua importância na proteção do ciclo gestacional e puerperal, o Pré-Natal quando não é realizado conforme os protocolos estabelecidos no que se refere a número de consultas, profissionais de saúde qualificados, exames laboratoriais e de imagem determinados, educação em saúde e apoio de profissionais especializados a partir de sua demanda da saúde física e mental, representa risco para a vida da mãe e do bebê (BRASIL, 2012).

Além de aspectos técnicos de acompanhamento da gestação, os profissionais do Pré-Natal são responsáveis por proporcionar acolhimento com o sistema de saúde e diálogo com a mulher em relação às suas dúvidas e angústias do período gestacional, do parto e do puerpério, de forma humanizada e qualificada (BRASIL, 2012; FAGUNDES; OLIVEIRA, 2017). Nesse acompanhamento deve ser estimulada a participação do acompanhante, garantindo o que é previsto em lei (BRASIL, 2005) e oportunizado para o atendimento do Pré-Natal do Parceiro (HERMANN, 2016).

No início de 2020, diante da restrição imposta pela Pandemia de Covid-19, o pré-natal foi considerado serviço essencial por envolver o cuidado ao binômio mãe e bebê. Apesar da recomendação para que esse acompanhamento não fosse suspenso, houveram muitas falhas de acesso por dificuldades de adequação das Equipes de Saúde da Família às normas de segurança, adoecimento de profissionais e receio das mulheres em se expor ao risco de contágio se deslocando até às unidades de saúde.

Como alternativa da manutenção da assistência, o monitoramento das gestantes passou a ser feito por ligação telefônica e consulta domiciliar por parte da equipe da Atenção Primária à Saúde (APS). Apenas os serviços de urgência e emergência estavam em pleno funcionamento inclusive para recebimento das gestantes. Paulatinamente a restrição foi reduzida e os serviços de APS voltaram a atender presencialmente com a realização de consultas e exames na própria unidade de saúde.

O Brasil incluiu grávidas de todas as idades gestacionais e puérperas com até duas semanas de pós parto, além de mulheres que tiveram aborto ou perda fetal, como grupo prioritário por apresentarem fatores de risco para complicações de infecção da Covid-19 (BRASIL, 2020) e esse impacto tem sido alvo de diversas pesquisas (SILVA et al., 2021). Entretanto, o enfrentamento da Covid-19 em gestantes ainda representa um desafio para a rede de saúde profissionais (LOPES et al., 2021) e para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Após alguns meses de declarada a pandemia, com a instituição de protocolos e intensiva orientação na mídia e por parte dos gestores de saúde, as gestantes ainda continuavam com receio de procurar o serviço de saúde, sobretudo os de urgência e emergência pois estes também significavam a porta de entrada para pacientes contaminadas com Covid-19.

Pernambuco tem se destacado nacionalmente pela sua organização institucional, através da transparência de suas ações e iniciativa do lançamento de protocolos, informes e nota técnica, e um dos exemplos foi a “Cartilha de recomendações para gestantes e puérperas frente à pandemia da COVID-19”, material educativo voltado para as mulheres no ciclo gravídico e puerperal, com linguagem simples e de fácil compreensão por parte da população geral (PERNAMBUCO, 2020).

Na intenção de utilizar estratégias inovadoras para ampliar o alcance da informação qualificada junto às gestantes durante o período de pandemia, direito constitucional garantido e, pensando na possibilidade de levar informações de fácil linguagem que desmistifiquem e incentivem a realização

do parto vaginal, como um método natural e seguro no processo de nascimento, a partir da fala de profissionais médicos e enfermeiros das maternidades e da experiência das próprias mulheres no período puerperal, foi idealizado projeto “Incentivo ao Parto Vaginal” com a participação de integrantes do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, coordenação, tutores, preceptores e residentes. Foram produzidos vídeos nas quatro maternidades no Agreste e Sertão de Pernambuco, onde o programa atualmente acontece.

Esse manuscrito tem o objetivo de relatar a experiência na elaboração de vídeos pelos residentes do Programa de Enfermagem Obstétrica junto as puérperas, profissionais médicos e enfermeiros das maternidades onde o programa está implantado.

Material e métodos

Trata-se de um relato de experiência, a partir de situação vivida pelos integrantes do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica (PREO) da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco. Implantado em 2016, o PREO tem o objetivo de regionalizar e interiorizar a formação de pós-graduação em enfermagem obstétrica na modalidade de residência, presente em maior número na região metropolitana de Pernambuco e assim, formar e possivelmente fixar profissionais especializados no interior do Estado (PERNAMBUCO, 2019).

O PREO está implantado no Hospital Jesus Nazareno (HJN) no município de Caruaru e no Hospital Regional Dom Moura (HRDM) em Garanhuns, ambos no Agreste pernambucano, além do Hospital Ruy de Barros Correia (HRDM) em Arcoverde e no Hospital Inácio de Sá (HRIS) em Salgueiro, localizados no Sertão (PERNAMBUCO, 2019).

Os vídeos foram produzidos em um trabalho conjunto dos integrantes do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica (PREO) do primeiro e segundo ano, mas protagonizados principalmente pelos profissionais residentes acompanhados pelos profissionais preceptores do programa nos hospitais no ano de 2020 nos meses de agosto e setembro.

Participaram das filmagens todos os profissionais que se dispuseram a contribuir abordando temas. Como critérios de inclusão para as mulheres, foram incluídas as puérperas que tiveram parto vaginal independentemente da idade, raça/cor, idade gestacional no momento do parto, do número de partos anteriores.

Os critérios de exclusão foram aplicados para as mulheres que tiveram parto cesáreo, para aquelas que se recusaram a participar e mulheres que tiveram o parto fora do município onde residem. Elas relataram suas experiências sobre o parto vaginal, as vantagens para a mulher e o bebê, e como estava acontecendo o processo de recuperação.

No que se refere às questões éticas, as mulheres assim como os profissionais de saúde, foram abordados pelo residente e seu preceptor e receberam todas as informações necessárias e contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da Secretaria Estadual de Saúde. Ao assinar o TCLE, a pessoa filmada autorizou a executar a edição e montagem de todos os materiais, arquivá-los em quaisquer meios disponíveis para tanto e divulgar amplamente para os fins de veicular informação em saúde para a população. Uma via do documento assinado foi entregue as mulheres e aos profissionais que participaram da filmagem.

Para elaboração dos vídeos foram feitas orientações relacionadas à técnica, linguagem para compreensão do público geral, sobre a proteção nas filmagens em relação ao Covid-19 e os profissionais residentes utilizaram aparelhos próprios não profissionais.

Desta forma, espera-se que os relatos que foram obtidos através dos vídeos, advindos das mulheres e profissionais assistenciais, possam estimular o parto vaginal, proporcionem a ida para a maternidade em tempo oportuno e esclareça as mulheres sobre a segurança de ir em busca da maternidade, mesmo em situação de pandemia.

O público alvo que se pretende alcançar da ação são as mulheres em geral, as que pretendem engravidar, as que estão grávidas, além de seus acompanhantes e toda a comunidade. A intenção era que o vídeo fosse veiculado nos sites das Secretarias Municipais de Saúde, nas redes sociais do Telessaúde da Secretaria Estadual de Saúde (SES), da Escola de Governo em Saúde Pública (ESPPE) e outros canais disponíveis na internet, além de salas de espera e em grupos de gestantes, possibilitando alcançar inclusive pessoas que não tem acesso à internet.

Relato da experiência

As residências em Área Profissional da Saúde são multiprofissionais e apesar de existirem anterior à data de criação (oficialmente foi promulgada a partir da Lei Nº 11.129 de 2005), são orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais” (BRASIL, 2021).

O Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Secretaria Estadual de Saúde, Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (PREO/ESPPE) iniciou em Pernambuco no ano de 2016 e é financiado pelo Ministério da Saúde (MS) através do Programa Nacional de Apoio à Formação de Especialistas em Áreas Estratégicas (PERNAMBUCO, 2019).

A iniciativa de implantação do PREO/ESPPE surgiu da necessidade de ampliar a formação de profissionais enfermeiros obstetras no interior do Estado, considerando que, à partir da implantação da Rede Cegonha haveria a construção e qualificação de Centros de Parto Normal (BRASIL, 2011a), aumentando a demanda por enfermeiros pós-graduados nessa área de atuação.

As unidades estaduais de saúde elencadas para implantação do programa de residência apresentavam os serviços de saúde, como sala de parto, alojamento conjunto, entre outros, necessários para a formação de enfermeiros obstetras, além claro, de profissionais especialistas para serem os preceptores que acompanhariam os residentes. A articulação com proposta de implantação do PREO foi dialogada e efetiva com as diretorias e coordenações dentro da SES, das Gerências Regionais de Saúde e gestores municipais locais e os diretores das unidades hospitalares.

O PREO vem sendo desenvolvido nas quatro unidades, buscando aproximar as mulheres assistidas da assistência ao parto de forma humanizada, exercitando a escuta qualificada das necessidades das parturientes, baseados em evidências científicas como a promoção dos métodos não farmacológicos de alívio da dor.

Ao longo do desenvolvimento das atividades do programa os residentes promovem seminários, estudos de caso, palestras educativas, orientação das gestantes, acompanhantes e profissionais de saúde que trabalham nas unidades (PERNAMBUCO, 2019).

Em virtude da presença horizontal dos residentes nas maternidades com carga horária equivalente a 60 horas semanais, proporcionando intensa e próxima convivência com os profissionais de saúde das maternidades e puerperas, além da oportunidade de aprendizagem, optou-se que estes seriam os responsáveis pela gravação dos vídeos. A coordenação da Residência contou com o apoio e colaboração técnica da Gerência de Atenção à Saúde da Mulher (GEASM) na construção do plano do projeto e posteriormente, com o Setor de Comunicação da SES/PE na análise e aprovação dos vídeos.

Após a etapa de planejamento, foi iniciado o diálogo com os residentes por videoconferências, a partir de um pré-projeto contendo informações relevantes sobre a proposta, como objetivos e metodologia a ser aplicada, onde a ideia básica foi sugerida e os futuros executores do projeto opinaram sobre mudanças e posteriormente fariam acontecer.

Para iniciar a conversa com as mulheres e profissionais, um roteiro básico foi desenvolvido (Quadro 1), o qual apresentava as questões norteadoras que direcionando as ideias e o diálogo dos residentes e os entrevistados:

Questões chaves direcionadoras para abordagem junto aos profissionais de enfermagem e médicos: Sinais de trabalho de parton e com quais sinais a mulher deve procurar a maternidade (sinais de alerta).

Questão chave direcionadora na abordagem junto às mulheres: Experiência do parto vaginal e Benefícios identificados.

As etapas cumpridas estão sistematizadas no quadro abaixo com o responsável pela execução:

Quadro 1: Quadro de etapas, ações e responsáveis pelo desenvolvimento dos vídeos de incentivo ao parto vaginal. Pernambuco, 2021.

Etapa	Ação	Responsável
1	Apresentar para as residentes a proposta	Coordenação do PREO
2	Definir os temas abordados nos vídeos a partir de perguntas norteadoras para mulheres e profissional	Todos envolvidos
3	Convidar mulheres e abordar com as seguintes perguntas (Exemplos de perguntas): Como foi ter o parto perto de onde você mora? (Como foi ter bebê perto de sua casa?) <i>Que vantagens o parto vaginal teve para você e o bebê?</i> (Qual a vantagem do parto normal para você e para o bebê?) Você recomenda o parto vaginal para outras mulheres? (Você recomenda o parto normal para outras mulheres?) Comparando com parto cesáreo vivenciado por você ou por alguém próximo a você, como você vê a experiência e a recuperação do parto vaginal? (Entre o parto normal e o parto cesáreo, qual a melhor experiência – para você ou para sua.... [mãe, filha, irmã, etc]?) (Entre o parto normal e o parto cesáreo, qual a melhor experiência na recuperação?).	Residentes e Preceptores
4	Convidar médicos e enfermeiros preceptores. Exemplo de pergunta para médicos: Quais as sugestões para as mulheres obterem satisfação com o parto vaginal? (O que vocês sugerem para a satisfação no parto normal?) Como profissional, quais vantagens você enumera para o parto vaginal? (Quais as vantagens do parto normal?) Exemplo de pergunta para enfermeiros: Como a humanização do parto contribui para o aumento do parto vaginal? Como você correlaciona a fase do trabalho de parto no momento da admissão com o tipo de parto?	Residentes
5	Elaboração de vídeo com as mulheres e profissionais.	Residentes e preceptores
6	Encaminhamento dos vídeos para análise.	Coordenação do PREO
7	Avaliação e edição da imprensa da SES	Imprensa SES
8	Revisão dos pares	Todos envolvidos
9	Divulgação	Todos envolvidos

Fonte: Elaborado pelas autoras

Todas as filmagens foram realizadas mediante a explicação da finalidade dos vídeos e da assinatura de um termo consentimento e divulgação da imagem para a imprensa da SES. Vale destacar que todos os participantes, mulheres, preceptores e residentes tiveram a opção de participar. Para esses últimos, em número de 19 atualmente no programa, parte deles estão nas filmagens porque sentiram-se à vontade para aparecer nos vídeos, a outra parte, preferiu trabalhar nos bastidores e na produção das filmagens.

Vale destacar que a articulação com a Governança das unidades foi formalizada por meio de ofício para todas as unidades de saúde onde as filmagens seriam realizadas e não houve questões burocráticas internas a seguir, ou dúvidas por parte dos gestores, certamente pelo projeto enviado junto ao documento dirimir minimamente as dúvidas dos mesmos.

Para efetivar as filmagens, a equipe da imprensa escreveu orientações mínimas para a produção de imagens no que se refere ao posicionamento do celular que deveria ficar na posição horizontal, a possibilidade de estar em um tripé para evitar a instabilidade da imagem durante o ato e por fim, ser realizada em um lugar iluminado. Em se tratando da captação do áudio a preferência é que o microfone ficasse próximo à boca da pessoa entrevistada e o local da conversa fosse de certa forma reservado, evitando ruídos.

Considerando que os residentes estão lotados em unidades diferentes, com características específicas, a sugestão foi que cada grupo produzisse seus vídeos com o profissional médico, enfermeiro e com a puérpera, totalizando 12 pequenas filmagens de cerca de 120 segundos (2) minutos cada um. Apenas esses detalhes para uma boa elaboração dos vídeos foram dados e o processo de produção criativa livre partiu dos residentes com o apoio dos participantes. Sendo esse projeto executado no período de pandemia da Covid-19 toda equipe e partícipes utilizaram proteção individual como máscaras e o distanciamento social quando pelos profissionais e mulheres.

A produção das filmagens ocorreu no mês de outubro de 2020, no mês de novembro os residentes encaminharam os vídeos produzidos em todas as unidades assim como os Termos de Autorização de Uso da Imagem assinados pelos participantes.

O setor de imprensa da SES procedeu com a edição dos vídeos por unidade hospitalar e também contemplando a fala do profissional médico, enfermeiro e a puérpera. Totalizaram 4 (quatro) vídeos curtos com cerca de 3 minutos cada um, sendo gravado um vídeo introdutório de apresentação pela GEASM.

Após a edição e avaliação das conexões trazidas, a coordenação da residência verificou o nome de todas as pessoas para que esse dado fosse acrescentado nas gravações, inclusive ratificando a apresentação verbal das pessoas, isso deu uma melhor compreensão das pessoas que assistem aos vídeos.

Outra questão que foi inserida após essa etapa se tratou de frases de impacto faladas pelos participantes. As informações ora trazidas pelas pessoas nas filmagens foram de extrema relevância, então destacar pontos importantes, sobretudo os motivos que deram origem a essa ideia, como os benefícios do parto vaginal, serviram de impulsionadores no decorrer do material gravado.

O lançamento e a divulgação dos vídeos aconteceu em agosto de 2021. O lapso de tempo se deu em virtude das edições, contudo diante da continuidade da pandemia os mesmos continuam necessários. Os endereços eletrônicos estão em ordem de apresentação:

Apresentação dos vídeos pela Gerência de Atenção à Saúde da Mulher:

 https://www.youtube.com/watch?v=9A_ByWSQO04;

Episódio 2 – Hospital Regional Ruy de Barros Correia, Arcoverde:

 <https://www.youtube.com/watch?v=27CHHioQut8>;

Episódio 3 - Hospital Jesus Nazareno, Caruaru:

 <https://www.youtube.com/watch?v=dA8-h7TuM0A>;

Episódio 4 - Hospital Regional Dom Moura, Garanhuns:

 <https://www.youtube.com/watch?v=91vXcgHOTIY>;

Episódio 5 - Hospital Regional Inácio de Sá, Salgueiro:

 <https://www.youtube.com/watch?v=wXs8pyVocwc>.

Os vídeos educativos levam às mulheres informações que contribuem para sua escolha consciente de via de parto, com ênfase na informação dos benefícios do parto vaginal para o binômio mãe-feto, esclarecendo quais os sinais de alerta que as gestantes devem procurar a maternidade no tempo oportuno, sobretudo na pandemia de Covid-19, evitando complicações para a mulher o recém-nascido.

Já para os profissionais de saúde, a utilização dos mesmos pode ser usada como relato de experiência entre mulheres da sala de espera do pré-natal e nos grupos de gestantes (RIOS; VIEIRA, 2007; FAGUNDES; OLIVEIRA, 2017) como recursos para educação em saúde, sobretudo os encontros virtuais, como recurso de Telessaúde, (SILVA, 2021) que vêm ocorrendo em Pernambuco, organizados e transmitidos pelo Programa Mãe Coruja Pernambucana. A disponibilização dos vídeos na APS, são um potencial a ser explorado e ofertado para mulheres nas consultas de pré-natal (WANDERLEY, 2021), nos grupos de gestantes e nas salas de espera, quer seja na atenção primária quer seja nos hospitais, mostrando um potencial veículo de educação em saúde para a população.

Mesmo com todos os protocolos, iniciativas de universidades, entidades profissionais, da Organização Mundial e Pan-americana de Saúde, Ministério da Saúde e Estados, vale destacar que o manejo das gestantes frente à pandemia do Covid-19 vem sendo um desafio para o sistema público de saúde.

Conclusão

Com essa experiência os residentes de enfermagem e profissionais preceptores puderam exercitar seu papel de educadores na saúde, revisitar conceitos sobre humanização do parto, benefícios do parto vaginal para a mulher e para o bebê. Como resultado positivo pode-se destacar a produção realizada pelos residentes do PREO e o protagonismo na elaboração dos vídeos e a divulgação de um material voltado para as mulheres de qualquer região de Pernambuco.

O maior desafio foi a etapa de edição dos vídeos uma vez que os profissionais que editaram não foram os participantes da produção gerando por vezes conexões na junção das imagens que ficava confuso, mas com persistência e sem o tempo que é um limitador, o aprimoramento foi feito até chegar em um ponto que resultou numa produção semelhante à pensada no início do projeto.

Seria importante a abordagem de outros temas além do incentivo ao parto normal no qual as mulheres pudessem ouvir a experiência das outras mulheres que vivenciaram o pré-parto, parto e pós-parto, como por exemplo a experiência do período do trabalho de parto na unidade hospitalar.

A pandemia do Covid-19 tem sido controlada a cada dia, muitas informações chegam para as gestantes e seus acompanhantes sobre o Coronavírus relacionado à gravidez a exemplo dos altos indicadores de mortalidade materna no Brasil ou da segurança das vacinas. O fluxo de informações é intenso e por vezes chegando ao excesso ou as falsas notícias, as tão atuais “Fake News”, portanto, a elaboração de vídeos por profissionais das unidades e/ou instituições sérias vem reforçar as informações de relevância para o usuário do SUS.

A expectativa do projeto é de que os vídeos sejam potentes veículos de educação em saúde, levando às mulheres informações relevantes, despertando a curiosidade, esclarecendo dúvidas e contribuindo para a escolha consciente das mulheres pelo parto vaginal. Além desses aspectos, os vídeos também esclarecem quais sinais de alerta que as gestantes devem procurar a maternidade em tempo oportuno, sobretudo na pandemia de Covid-19.

Referências

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei Nº 11.108, de 7 de Abril de 2005. **Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 27 de jul. 2021.

BIVAR, Gabriela Caracilo Carvalho; VALADARES NETO, Olavo Santa Cruz. Aspectos Imunobiológicos da Infecção por Covid na gestação e saúde da mulher: uma revisão. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 11, 2021. Disponível em: <https://editoraime.com.br/revistas/index.php/rem/s/article/view/951>. Acesso em: 4 ago. 2021.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha (2011a). Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html. Acesso em: 29 jul. 2021.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria Nº 650, de 5 de outubro de 2011.** Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha, que são os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da rede, assim como para o repasse dos recursos, o monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha (2011b). Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html. Acesso em: 29 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 29 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida.** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf, Acesso em: 04 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Protocolo de manejo clínico do Coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde.** Versão 6. Ministério da Saúde: Brasília, 2020. 35 p. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/03/20200330_ProtocoloManejo_ver06_Final.pdf. Acesso em: 01 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 48 p.: il. Disponível em: https://registra-rh.sau.gov.br/images/arquivos/Cartilha_PNFRS.pdf. Acesso em: 28 jul. 2021.

FAGUNDES, Daniely Quintão; OLIVEIRA, Adauto Emmerich. **Educação em saúde no pré-natal a partir do referencial teórico de paulo freire**. Trabalho, Educação e Saúde [online]. 2017, v. 15, n. 1, pp. 223-243. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00047>. Acesso em: 01 ago. 2021.

HERMANN, Angelita; et al. Guia do **Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 55 p.: il. Bibliografia: f. 52. 2016. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf. Acesso em: 01 ago. 2021

LOPES, Larissa Martins; et al. Gestante frente à covid-19: desafios e reflexões. **Bionorte**, v. 10, n. S1, 21 jun. 2021. Disponível em: <http://revistas.funorte.edu.br/revistas/index.php/bionorte/article/view/216>. Acesso em: 29 jul. 2021.

SOUZA, Alex Sandro Rolland; AMORIM, Melania Maria Ramos. Maternal mortality by COVID-19 in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [online]**. 2021, v. 21, n. Suppl 1, pp. 253-256. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-9304202100S100014>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

PERNAMBUCO. Escola de Saúde Pública de Pernambuco. **Programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica**. Pernambuco: Secretaria Estadual de Saúde, 2019. 24 p. Disponível em: https://ead.saude.pe.gov.br/pluginfile.php/15863/mod_resource/content/4/Carilha%20da%20Resid%C3%Aancia%20Uniprofissional%20em%20Enfermagem%20Obst%C3%A9trica.pdf. Acesso em: 03 ago. 2021.

PERNAMBUCO. Secretaria Executiva de Atenção à Saúde. Diretoria de Políticas Estratégicas. Gerência de Atenção à Saúde da Mulher. **Cartilha de recomendações para gestantes e puérperas frente à pandemia da COVID-19**. Pernambuco: Secretaria Estadual de Saúde, 2020. 20 p. Disponível em: <https://www.pecontracoronavirus.pe.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/cartilha-de-recomendacoes-para-gestantes-e-puerperas-frente-a-pandemia-da-covid-19-1.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2021.

RIOS, Claudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2):477-486, 2007. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2007.v12n2/477-486/pt/#ModalArticles>. Acesso em: 01 ago. 2021.

SILVA, Larissa Távore; et al. Gestação e pandemia da COVID-19: Impactos no binômio materno-fetal. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 7, p. e23510716416, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16416>. Acesso em: 2 ago. 2021.

WANDERLEY, Dayanne Barbosa; et al. Importância da educação em saúde durante a assistência pré-natal: uma revisão de literatura. **Revista COOPEX**, 2021 - coopex.unifip.edu.br. Disponível em: <https://coopex.unifip.edu.br/index.php/coopex/article/view/5/8>. Acesso em: Acesso em: 01 ago. 2021.

MÍDIAS SOCIAIS COMO ESTRATÉGIA EDUCATIVA PARA A SAÚDE DAS MULHERES NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: UMA FERRAMENTA NECESSÁRIA NO CONTEXTO PANDÊMICO DA COVID-19

Juliana Romano de Lima
Eunice de Fátima Soares da Cunha
Gabriela Silva Esteves de Holanda
Lília Costa Nascimento
Luciana Conceição Ferreira da Silva
Marcela Cláudia de Paula Oliveira

A pandemia da Covid-19 e seus impactos na saúde das gestantes e puérperas

Em 30 de janeiro de 2020, o mundo testemunhou a Organização Mundial de Saúde (OMS) emitir seu mais alto nível de alerta, inferindo por meio da declaração que o surto pela Covid-19 se tratava de uma emergência de saúde pública de importância internacional (PAHO, 2020). Desde então, acompanhamos a evolução dos casos da doença em todos os continentes do globo, os quais apresentam distintos cenários sanitários.

A Covid-19 é uma doença provocada pelo vírus SARS-CoV-2, nomeado de *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*, cuja apresentação clínica é variável, podendo apresentar sintomatologias leves à síndrome respiratória aguda grave (BRASIL, 2020). Desde que o vírus foi identificado no final do ano de 2019 até julho de 2021, mais de sete variantes do vírus foram notificadas, sendo que quatro (alfa, beta, gama e delta) são classificadas como variantes de preocupação (Variants of Concern - VOCs), ou seja, com potencial risco para a saúde pública global (CDC, 2021; WALENSKY; WALKE; FAUCI, 2021; WHO, 2021a).

A transmissão e contágio se dá principalmente por meio do contato direto entre indivíduos, através das gotículas e aerossóis, produzidos pelo espirro, tosse ou fala, que entram em contato com a mucosa da boca, nariz ou olhos de indivíduos próximos. O contágio por contato indireto é outra forma importante de transmissão e acontece quando um indivíduo tem contato com superfícies contaminadas e conduz a mão aos olhos, nariz ou boca. Adicionalmente, a elevada infectividade da Covid-19 funciona também como fator para a rápida disseminação do vírus (JIANG et al., 2020; BRASIL, 2021).

No cenário internacional, o Brasil já ocupa o terceiro lugar no *ranking* com cerca de 19 milhões de casos notificados, sendo o país com o segundo maior número de mortes pela doença, ficando atrás apenas dos Estados Unidos da América (JOHNS HOPKINS UNIVERSITY, 2021). Esse contexto piora ao avaliar os indicadores da doença (morbidade e mortalidade) entre gestantes e puérperas (BRASIL, 2021).

Segundo dados do Observatório Covid-19 (FioCruz) e do Observatório Obstétrico Brasileiro Covid-19 (OOBr Covid-19), desde o início da pandemia mais de 1400 gestantes e puérperas já morreram em decorrência das complicações da Covid-19, colocando o Brasil no *ranking* mundial de país com maior número de mortes maternas. A letalidade, cerca de 7,2%, representa uma verdadeira catástrofe sanitária (BRASIL, 2021).

Em conjunto com as evidências sobre as infecções causadas pelos vírus SARS-CoV, influenza H1N1 e MERS-CoV, responsáveis por sintomas como febre, tosse e dispneia nas gestantes (CHATTU & YAYA, 2020, RASMUSSEN et al., 2008; 2012; RODRÍGUEZ-BLANCO et al., 2020), os conhecimentos adquiridos a partir dos casos da Covid-19 sugerem que gestantes são particularmente suscetíveis a desfechos ruins, tais como pré-eclâmpsia/eclâmpsia, infecções graves, admissão em unidades de terapia intensiva, parto prematuro e óbito (BRASIL, 2021; VILLAR et al., 2021).

Diante desse triste cenário, a redução da mortalidade materna por Covid-19 no Brasil é urgente (BRASIL, 2021). Assim, torna-se indispensável o investimento, organização e qualificação dos serviços de saúde, visando ampliação da testagem e detecção precoce dos casos, além do desenvolvimento e implementação de ações de prevenção da Covid-19 voltadas a este grupo, a exemplo das vacinas. Cabe salientar que estratégias de educação em saúde com enfoque no distanciamento físico e social, no uso de máscaras e na lavagem das mãos têm contribuído para redução dos casos (GÜNER; HASANOĞLU; AKTAŞ, 2020; WHO, 2021a).

Educação em saúde: uma aliada no combate à Covid-19

Desde o início da pandemia da Covid-19, o cuidado à saúde das gestantes e puérperas se tornou uma preocupação constante, principalmente diante do cenário já existente no país, caracterizado por grandes lacunas no acesso e qualidade dos serviços de saúde oferecidos às mulheres, especialmente no que tange ao planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério (GALVÃO; ALMEIDA; SANTOS; BOUSQUAT, 2019). Esse cenário foi agravado pelos desdobramentos da crise sanitária, provocando graves problemas na oferta de serviços essenciais, como as consultas de pré-natal que foram suspensas em vários locais do país (SOUZA; AMORIM, 2021).

O crescimento da doença impôs a adoção de diversas medidas de controle e prevenção de novos casos pelas autoridades sanitárias locais de diferentes esferas administrativas (governos federal, estaduais e municipais) no Brasil e no mundo. No entanto, a medida mais difundida pelas autoridades foi a adesão ao isolamento social, acarretando o fechamento de escolas e universidades, do comércio não essencial, de áreas públicas de lazer (BEZERRA; SILVA; SOARES; SILVA, 2020) e de alguns serviços de saúde considerados não emergenciais (SOUZA; AMORIM, 2021).

Com o isolamento social, a utilização da internet pela população cresceu significativamente, atingindo níveis recordes. De acordo com dados da operadora líder mundial de Internet *Exchanges DE-CIX*, desde a fundação da empresa há 26 anos, o período de 2020 registrou o maior aumento no pico de tráfego em um único ano, cerca de 27% (FELDMANN et al., 2021). Essas mudanças contribuíram para que as mídias sociais através da internet logo se tornassem locais privilegiados de comunicação durante a pandemia.

A capilarização da informação através das mídias sociais, tornou possível o desenvolvimento de estratégias de educação em saúde com foco no engajamento e conscientização populacional frente às medidas de enfrentamento da Covid-19. Os serviços de saúde, por sua vez, reorganizaram suas rotinas de atendimento favorecendo espaços de escuta, diálogos e cuidados à saúde de toda a comunidade (PASADINO et al., 2020, MELO et al., 2020, ROCHA et al., 2020).

Algumas estratégias apontadas na literatura versam sobre a colaboração das instituições de ensino no desenvolvimento de ações educativas voltadas à abordagem dos aspectos da doença, tais como reconhecimento de sinais e sintomas, fluxograma de atendimento aos pacientes com Covid-19, cuidado à saúde e medidas de prevenção através da criação de espaços virtuais em mídias sociais tais como *Instagram*[®], *Facebook*[®] e *YouTube*[®] (CARVALHO et al., 2020, MELO et al., 2020, NERY et al., 2020, PASADINO et al., 2020, ROCHA et al., 2020).

No entanto, paralelamente a este cenário, o Brasil tem enfrentado, com o avanço da pandemia da Covid-19, uma onda de disseminação de informações falsas (fake news) sobre a doença e suas formas de combate, como a própria vacina, comprometendo a adesão da população às recomendações de prevenção da infecção. A propagação dessas informações, divergentes com as emitidas por órgãos oficiais, ocorrem principalmente pelo meio digital e mostra-se como um grande desafio a ser superado, revelando a importância das práticas educativas em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (PALÁCIO; TAKENAMI, 2020).

Apesar disso, o acesso à internet é tido como primordial e têm historicamente trazido efeitos significativos para a saúde materna e infantil (JAVANMARDI et al., 2018, AHMAD et al., 2019). Durante a pandemia da Covid-19, essas ferramentas vêm ajudando substancialmente para a diminuição da exposição das mulheres às unidades de saúde e servem como aliadas no processo de conscientização e prevenção da Covid-19 (CARVALHO et al., 2020, NERY et al., 2020, MOREIRA et al., 2020; DE LIMA et al., 2021).

Sendo assim, verifica-se que as ações educativas em saúde, implementadas através das mídias sociais, provaram ser uma forte aliada para o cuidado integral das gestantes e puérperas no contexto da pandemia da Covid-19 (KAMAU et al., 2019), permitindo a essas mulheres acessar informações seguras, auxiliando-as na tomada de decisões e colaborando para melhorias na assistência à saúde.

Destaca-se o aumento na realização de “lives” (transmissão ao vivo de áudio e vídeo pela internet) conduzidas por profissionais de saúde de diferentes partes do mundo, se mostrando uma excelente estratégia educativa para o cuidado às mulheres em seu ciclo gravídico-puerperal (CARVALHO et al., 2020, MELO et al., 2020, NERY et al., 2020, PASADINO et al., 2020, ROCHA et al., 2020).

No estudo de Moreira, Nascimento e Marques (2020) a mídia social *Instagram*[®] foi escolhida para veicular informações sobre transmissão, diagnóstico, prognóstico e tratamento da Covid-19 para gestantes. As transmissões dos vídeos em tempo real, propiciaram aos participantes a interação com o facilitador permitindo assim a construção de diálogos em um novo contexto (pandemia) para a gestação (MOREIRA et al., 2020).

Um aplicativo de mensagens instantâneas foi utilizado como ferramenta de educação em saúde. Uma unidade de saúde da família criou “grupos virtuais” na plataforma com a inclusão de gestantes adscritas no território para facilitar a troca de informações e conscientização das usuárias acerca da importância do acompanhamento pré-natal e cuidados especiais frente à pandemia da Covid-19. Foram abordados tópicos sobre planejamento do parto, apoio familiar e aleitamento materno além de medidas de prevenção da doença (NERY et al., 2020).

Outras experiências demonstraram a produção e divulgação de materiais digitais em forma de folders, pôsteres e vídeos curtos como ferramentas de apoio e conscientização das gestantes e puérperas (FERNANDES et al., 2020; PASADINO et al., 2020). Fernandes et al. (2020) criaram um Protocolo Operacional Padrão (POP) sobre aleitamento materno, abordando o passo-a-passo dos

cuidados necessários nas etapas de extração, armazenamento e processamento do leite materno de forma segura e em consonância com as mais recentes evidências científicas no contexto pandêmico (FERNANDES et al., 2020).

Um estudo realizado na Etiópia que avaliou o nível de conhecimento de gestantes sobre as medidas de prevenção da Covid-19 verificou que as fontes de informações principais foram os meios de comunicação de massa (televisão, rádio) e digitais (mídias sociais) e os profissionais de saúde (AYELE et al., 2021). No entanto, embora o acesso à informação e conhecimento adequado sobre a Covid-19 sejam primordiais na adoção de medidas seguras para prevenção da doença (BRASIL, 2020; CDC, 2021; WHO, 2021b), as desiguais condições sociais entre as mulheres têm ocasionado limitações importantes, moldando o comportamento da doença conforme os determinantes e condicionantes sociais de saúde em todo o mundo (KUMBENI et al., 2021; NWAFOR et al., 2020).

Na Nigéria, um estudo apontou que, entre as gestantes avaliadas, o nível de prática das medidas preventivas de Covid-19 se manteve baixo, principalmente nas áreas rurais onde o acesso aos recursos, como serviços de saúde e internet, é limitado (NWAFOR et al., 2020). Adicionalmente, outras pesquisas demonstraram que multiparidade, nível de escolaridade, situação ocupacional, residência rural e acompanhamento pré-natal estiveram significativamente associados com o nível de conhecimento e a adesão de práticas de prevenção da Covid-19 pelas mulheres (AYELE et al., 2021; KUMBENI et al., 2021).

Kumbeni e cols. (2021) verificaram que ter pelo menos o ensino fundamental, residir em área urbana e receber educação sobre Covid-19 em uma unidade de saúde foram associados positivamente ao conhecimento satisfatório da Covid-19 (KUMBENI et al., 2021). Embora, essas diferentes situações não possam ser generalizadas, em virtude das limitações dos estudos, as dificuldades no acesso à educação e conseqüentemente às informações seguras sobre a Covid-19 podem ser atribuídas às condições sociais da população, demonstrando que mulheres vivendo em regiões com recursos limitados estão mais expostas à contaminação pelo vírus (KUMBENI et al., 2021).

Os desdobramentos da pandemia da Covid-19 escancararam as profundas desigualdades sociais em saúde, demonstrando que a educação e a saúde, embora seja “direito de todos”, nem sempre esteve ao alcance daqueles que mais necessitam. Em contraposição, verifica-se que os grupos privilegiados dispõem de recursos, informações e capacidades que favorecem o enfrentamento da doença à medida que avança o conhecimento e a capacidade de lidar com ela (FIGUEIREDO SANTOS, 2018; 2020).

É importante destacar, portanto, que as mudanças na rotina diária, as condições básicas de vida que favorecem a higienização, o apoio familiar e social, o acesso aos serviços de saúde e informações, a percepção e a avaliação de risco de adoecimento e morte não variam somente entre indivíduos, pois são socialmente formadas e condicionadas no âmbito dos grupos (FIGUEIREDO SANTOS, 2018; 2020).

Sendo assim, torna-se importante compreender as múltiplas facetas que envolve a educação e o cuidado em saúde, entre as quais os fatores históricos, culturais e sociais fazem parte e podem influenciar consideravelmente na exposição às doenças e agravos (PALÁCIO; TAKENAMI, 2020). É necessário, portanto, conhecer a realidade do sujeito e suas experiências, valorizando seus saberes e permitindo um espaço de reflexão. Nesse sentido, Paulo Freire em sua obra *Pedagogia do Oprimido* já discursava: “Ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo” (FREIRE, 2014, p.23).

Considerações finais

A pandemia da Covid-19 acarretou importantes mudanças no comportamento humano, impactando nas relações de trabalho-produção-consumo, nos hábitos de higiene, na saúde mental em virtude do isolamento social, entre outras. Os governos e os profissionais de saúde precisaram se adequar e implementar novas estratégias de cuidado à saúde e essas transformações contribuíram para a ascensão das ferramentas educativas digitais através do uso das mídias sociais, as quais vêm auxiliando no enfrentamento ao vírus por meio da oferta à população de informações seguras (JAVANMARDI et al., 2018, AHMAD et al., 2019; MOREIRA et al., 2020; NERY et al., 2020, PASADINO et al., 2020, ROCHA et al., 2020).

Nesse contexto, é importante citar o papel da comunicação social que, segundo Matos (1999), objetiva a transmissão de informações relevantes aos cidadãos e busca propiciar a participação ativa das coletividades sobre interesses públicos, contribuindo para a educação e a cidadania. A comunicação social é, portanto, determinante para que, através das mídias sociais, os governos e a sociedade civil enfrentem as problemáticas advindas da Covid-19. As mídias sociais representam um *locus* para as discussões no âmbito coletivo, fortalecendo a comunicação de caráter dialógico e participativo (MATOS, 1999; JAVANMARDI et al., 2018, AHMAD et al., 2019; KAMAU et al., 2019).

Nessa direção, um aspecto fundamental para a redução dos casos de Covid-19 entre as mulheres no ciclo gravídico-puerperal, bem como em toda população, é a universalização do acesso à educação que requer, além de outros esforços, a garantia de direitos fundamentais. A educação tem sido um caminho para emancipação de diversos segmentos da sociedade em movimentos de luta e sempre será uma ferramenta de combate às injustiças sociais, inclusive no campo da saúde (FIGUEIREDO SANTOS, 2018; 2020; PALÁCIO; TAKENAMI, 2020).

Ademais, torna-se indispensável incluir e apoiar mulheres na promoção de sua saúde durante o ciclo gravídico-puerperal, de modo a ofertar o cuidado integral, e para tanto são necessários investimentos. Além disso, é primordial a criação de espaços de discussão e diálogos, favorecendo o debate sobre os antigos e novos desafios impostos às nossas mulheres, de modo a refletir sobre a importância das ações educativas no contexto de pandemia da Covid-19, identificando assim novas estratégias educativas para o combate ao vírus.

Referências

- AHMAD, Raheelah et al. How the health-seeking behaviour of pregnant women affects neonatal outcomes: findings of system dynamics modelling in Pakistan. **BMJ global health**, v. 4, n. 2, p. e001242, 2019.
- AYELE, Alemu Degu et al. Knowledge and practice to prevent COVID-19 and its associated factors among pregnant women in Debre Tabor Town Northwest Ethiopia, a community-based cross-sectional study. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 21, n. 1, p. 1-12, 2021.
- BEZERRA, Anselmo César Vasconcelos; SILVA, Carlos Eduardo Menezes da; SOARES, Fernando Ramalho Gameleira; SILVA, José Alexandre Menezes da. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 2411-2421, jun. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10792020>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Atenção às Gestantes no Contexto da Infecção COVID 19 causada pelo Novo Coronavírus (SARSCoV-2)**. – Brasília: MS, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Boletim Observatório Covid-19: Semana 20 e 21**. Julho, 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/observatorio-covid-19>

- CARVALHO, Lucas Mendes et al. e-COVID Xingu: Mídias Sociais e Informação no Combate à Covid-19 em Altamira, Pará. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, 2020.
- CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **SARS-CoV-2 Variant Classifications and Definitions**. National Center for Immunization and Respiratory Diseases (NCIRD), Division of Viral Diseases. Updated July 6, 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/variant-info.html>
- CHATTU, V. K.; YAYA, S. Emerging infectious diseases and outbreaks: implications for women's reproductive health and rights in resource-poor settings. 2020.
- DE LIMA, Juliana Romano et al. Estratégias de educação em saúde às gestantes e puérperas no enfrentamento à pandemia de COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, p. e36610313501-e36610313501, 2021.
- FELDMANN, Anja et al. Implications of the COVID-19 Pandemic on the Internet Traffic. In: **Broadband Coverage in Germany; 15th ITG-Symposium**. VDE, 2021. p. 1-5.
- FERNANDES, Elaine et al. AMAMENTAÇÃO X COVID-19. **Revista Extensão & Sociedade**, v. 12, n. 1, 2020.
- FIGUEIREDO SANTOS, José A. Classe social, território e desigualdade de saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 2, p.556-572, 2018. DOI: 10.1590/s0104-12902018170889.
- FIGUEIREDO SANTOS, José A. Covid-19, causas fundamentais, classe social e território. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020, e00280112. DOI:10.1590/1981-7746-sol00280
- GALVÃO, Jôse Ribas; ALMEIDA, Patty Fidelis de; SANTOS, Adriano Maia dos; BOUSQUAT, Aylene. Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 35, n. 12, p. 1-2, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-31100004119>.
- GÜNER, Rahmet; HASANOĞLU, İmran; AKTAŞ, Firdevs. COVID-19: prevention and control measures in community. **Turkish Journal Of Medical Sciences**, [S.L.], v. 50, n. -1, p. 571-577, 21 abr. 2020. The Scientific and Technological Research Council of Turkey. <http://dx.doi.org/10.3906/sag-2004-146>.
- JAVANMARDI, Marzieh et al. Internet usage among pregnant women for seeking health information: a review article. **Iranian journal of nursing and midwifery research**, v. 23, n. 2, p. 79, 2018.
- JIANG, Fang; DENG, Liehua; ZHANG, Liangqing; CAI, Yin; CHEUNG, Chi Wai; XIA, Zhengyuan. Review of the Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). **Journal Of General Internal Medicine**, v. 35, n. 5, p. 1545-1549, 4 mar. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-020-05762-w>.
- JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. **COVID-19 Map**. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. 2021. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- KAMAU, Mary et al. Effect of community based health education on knowledge and attitude towards iron and folic acid supplementation among pregnant women in Kiambu County, Kenya: A quasi experimental study. **PLoS One**, v. 14, n. 11, p. e0224361, 2019.
- KUMBENI, Maxwell Tii et al. Knowledge and preventive practices towards COVID-19 among pregnant women seeking antenatal services in Northern Ghana. **Plos one**, v. 16, n. 6, p. e0253446, 2021.
- MATOS, H. **Comunicação pública, democracia e cidadania: o caso do legislativo**. Líbero, Faculdade Cásper Líbero, n.3-4, p.32-37, 1999.
- MELO, A. T. A. et al. Assistência nutricional materno-infantil no cenário da covid-19: relato de experiência na elaboração de materiais educativos. **Revista Extensão & Sociedade**, p. 213-22, 2020.
- MOREIRA, Michelle Araújo; DOS SANTOS NASCIMENTO, Priscilla; MARQUES, Patrícia Figueiredo. Coronavírus e gestação no espaço virtual: um processo de ensino-aprendizagem através da enfermagem. **Revista Extensão & Sociedade**, v. 12, n. 1, 2020.
- NERY, Júlia et al. Grupo de gestantes virtual. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 12, n. 3, 2020.
- NWAFOR, Johnbosco I. et al. Pregnant women's knowledge and practice of preventive measures against COVID-19 in a low-resource African setting. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 150, n. 1, p. 121-123, 2020.

PAHO. Pan American Health Organization. **Folha informativa Covid-19 (doença causada pelo novo coronavírus)**, 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875#dat-as-notificacoes.

PALÁCIO, Maria Augusta Vasconcelos; TAKENAMI, Iukary. Em tempos de pandemia pela COVID-19: o desafio para a educação em saúde. **Vigilância Sanitária em Debate**, [S.L.], v. 8, n. 2, p. 10-15, 29 maio 2020. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência y Tecnología*. <http://dx.doi.org/10.22239/2317-269x.01530>.

PASADINO, Francine; DEMARCO, Kathleen; LAMPERT, Elizabeth. Connecting with families through Virtual perinatal education during the covid-19 pandemic. **MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing**, v. 45, n. 6, p. 364-370, 2020.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Editora Paz e Terra, 2014.

RASMUSSEN, Sonja A.; JAMIESON, Denise J.; BRESEE, Joseph S. Pandemic influenza and pregnant women. **Emerging infectious diseases**, v. 14, n. 1, p. 95, 2008.

RASMUSSEN, Sonja A.; JAMIESON, Denise J.; UYEKI, Timothy M. Effects of influenza on pregnant women and infants. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 207, n. 3, p. S3-S8, 2012.

ROCHA, Cristiane Rodrigues et al. A utilização das redes sociais como estratégia para continuidade da extensão universitária em tempos de pandemia. **RAÍZES E RUMOS**, v. 8, n. 1, p. 261-269, 2020.

RODRÍGUEZ-BLANCO, Noelia et al. Revisión exploratoria sobre series de casos de coronavirus (SARS-CoV, MERS-CoV y SARS-CoV-2) y sus resultados obstétricos y neonatales. **Revista Española de Quimioterapia**, v. 33, n. 5, p. 313, 2020.

SOUZA, Alex Sandro Rolland; AMORIM, Melania Maria Ramos. Maternal mortality by COVID-19 in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 253-256, fev. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9304202100s100014>.

VILLAR, José et al. Maternal and neonatal morbidity and mortality among pregnant women with and without COVID-19 infection: the INTERCOVID multinational cohort study. **JAMA pediatrics**, 2021.

WALENSKY, Rochelle P.; WALKER, Henry T.; FAUCI, Anthony S. SARS-CoV-2 Variants of Concern in the United States—Challenges and Opportunities. *Jama*, [S.L.], v. 325, n. 11, p. 1037, 16 mar. 2021. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2021.2294>.

WHO. World Health Organization. **Tracking SARS-CoV-2 variants**. [internet]. Geneva: World Health Organization, 2021a. Disponível em: <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>

VIVÊNCIAS DE CRIANÇAS ASMÁTICAS CONTADAS A PARTIR DE DESENHO-ESTÓRIA ATENDIDAS EM AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL-ESCOLA

Jackeline Maria Tavares Diniz

Karla Hellen Dias Soares

Tamyris Arcoverde Santos

Décio Medeiros Peixoto

Ana Virginia Rodrigues Verissimo

Luciane Soares de Lima Wanderley

Estela Maria Leite Meirelles Monteiro

Introdução

A asma é uma doença respiratória heterogênea caracterizada por inflamação crônica das vias aéreas, comum na infância, que causa repercussões físicas, psicológicas, sociais, econômicas e culturais, constituindo-se como um problema de saúde pública (GINA, 2018; CHONG-NETO et al., 2018). A dimensão e complexidade das dificuldades vivenciadas pela criança com crise de asma e sua família estão intimamente relacionadas à característica repetitiva da doença, tipificada por episódios recorrentes de sibilos, dispneia, opressão torácica retroesternal e tosse, que variam com o tempo e na intensidade.

Estudos destacam que as repercussões da asma pediátrica são elevadas, independentemente da gravidade da doença. Essa morbidade pode impactar negativamente no crescimento e desenvolvimento infantil, na qualidade de vida da criança e da família, bem como comprometer os aspectos da vida diária, o aumento do índice de absenteísmo escolar, o IMC, o sedentarismo e a atopia. Nesta fase da vida, a doença ainda pode suscetibilizar experiências de dor, sofrimento, angústia e tristeza. Destarte, a falta de controle da asma pode alterar as atividades diárias e sociais das crianças e da família, como a restrição em brincar na rua com os amigos e não participar de festas e encontros familiares, além de impossibilitar a vivência de experiências culturais (RONCADA et al., 2020).

O Brasil está entre os países com a mais alta prevalência de asma no mundo e o maior impacto em crianças e adolescentes. A asma é responsável por aproximadamente 350 mil internações no Sistema Único de Saúde (SUS). Com isso, o país ocupa a oitava posição na incidência mundial de asma, sendo que essa afecção constitui a terceira causa de internações entre crianças e adultos jovens (GINA, 2018). Apesar dos avanços quanto ao conhecimento sobre a asma infantil e das novas tecnologias medicamentosas, o nível de controle da doença continua baixo, com morbidade elevada, independentemente do país estudado (PIZZICHINI et al., 2020).

Para alcançar o êxito do controle da asma, é essencial a oferta de uma terapêutica que agrega tratamento farmacológico, educação em saúde e controle ambiental. A escolha da estratégia de tratamento deve ser individualizada, ao considerar a gravidade da doença, características e preferências do paciente e

o acesso ao tratamento (GINA, 2018; PIZZICHINI et al., 2020). Todavia, a aplicação dessas metas terapêuticas torna-se complexa quando a doença envolve uma criança, pois essa faixa etária tem formas de comunicação e interpretação particularizadas (WATSON et al., 2009).

A criança asmática cresce vivenciando sintomas, sentimentos e situações complexas, que podem provocar sofrimento, ansiedade, raiva e hostilidade (RONCADA et al., 2020). Dar voz às experiências vividas por este ser pueril pode contribuir para a compreensão da dimensão que a doença ocupa em suas vidas, além de instrumentalizar o enfermeiro e demais membros da equipe de saúde no desenvolvimento de estratégias adequadas ao tratamento, educação e controle ambiental, sendo fundamental que a enfermagem reconheça essas demandas e as incorporem a sua assistência (WATSON et al., 2009).

A partir do entendimento que a criança asmática precisa ser ouvida, requerendo o emprego de recursos e técnicas que propiciem suas expressões, é possível elencar o desenho como uma ferramenta de comunicação lúdica e eficaz (TRINCA, 2003), que pode ser agregada à consulta dos profissionais de saúde (GINA, 2018). Dessarte, este estudo apresentou como objetivo conhecer as vivências de crianças asmáticas sobre as crises por meio de desenho-estória.

Método

Pesquisa descritiva e qualitativa, utilizando como técnica de coleta o desenho-estória, no ambulatório de alergologia infantil de um hospital público de ensino da cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. A coleta de dados ocorreu entre junho e agosto de 2013, diante de um incremento no número de consultas de crianças com descontrole da asma. A amostra foi do tipo intencional, tendo como critérios de inclusão crianças portadoras de asma em idade escolar entre sete e 11 anos, acompanhadas dos responsáveis. Foram excluídas crianças em fase aguda da crise de asma e que apresentavam outras doenças graves associadas. O número de participantes foi determinado pelo critério de saturação teórica (YIN, 2016).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob parecer CAAE nº 12670413.3.0000.5208, em consonância com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Os pesquisadores utilizaram uma abordagem lúdica, como o desenho-estória, para auxiliar na descontração e verbalização das crianças. Para tornar o ambiente mais acolhedor e minimizar a possibilidade de constrangimento ou qualquer entrave para as crianças participarem da pesquisa, foram colocadas mesas e cadeiras infantis, tapete plástico e caixas coloridas contendo os materiais necessários para a atividade lúdica.

A coleta de dados utilizou uma adaptação da técnica do desenho-estória (D-E) com tema. Essa técnica constitui-se na reunião de processos expressivos-motores (o desenho), processos aperceptivos-dinâmicos (verbalizações temáticas) e associações dirigidas do tipo inquerito. Para compreender o desenho infantil e aquilo que seu autor diz por meio de traços e cores lançados em uma folha de papel, é necessário escutar o que o próprio autor fala sobre sua produção (TRINCA, 2003; GOMES; AMADOR; COLLET, 2012; GOLDNER; EDELSTEIN; HABSHUSH, 2015).

A equipe de pesquisa foi composta por quatro membros. A pesquisadora principal realizou a apreensão dos dados com as crianças, e contou com o suporte de outros membros para assegurar a dupla gravação de voz; registrou as imagens dos desenhos produzidos pelas crianças e a organização

do ambiente de coleta e acomodação dos pais ou responsáveis pela criança. Ocorreu uma preparação dos pesquisadores para o momento da coleta, com orientações sobre os objetivos do estudo e técnicas de coleta, seguido de simulação prática no próprio cenário.

Antes de iniciar a coleta de dados, a pesquisadora apresentou-se à criança, convidando-a a sentar à sua frente, disponibilizando lápis grafites coloridos, papéis em branco e vários estilos de desenhos para ela selecionar o que mais lhe interessasse a colorir. Após esse momento, iniciou-se a coleta de dados.

Diante da disponibilização do material necessário, foi realizada a seguinte solicitação à criança: Faça um desenho que represente o dia que você está em crise de asma. Aguardou-se a conclusão do desenho, o tempo necessário, sem pressioná-la. Após a conclusão, a pesquisadora solicitou: Você, agora, olhando o desenho, pode criar uma história (TRINCA, 2003; GOMES; AMADOR; COLLET, 2012), dizendo o que acontece no dia que você está em crise de asma. Em seguida, a pesquisadora procedeu uma fase de inquérito ao solicitar esclarecimentos necessários à compreensão e à interpretação da história contada pela criança. À medida que alguma questão era explorada, outras foram formuladas, para aprofundar mais as informações, tais como: Pode me explicar melhor? Como assim? O que significa essa imagem? Isso é um nebulizador? Quem é essa pessoa que está com você no desenho? Fale sobre ela. Que local é esse? Porque você fica nele? Isso é um brinquedo, você gosta dele? Brinca com ele?

Foi realizada uma entrevista por dia, com transcrição textual após cada entrevista. Em sequência, os conteúdos significativos advindos da interpretação do teor que emergiu das falas das crianças foram apreciados a partir da análise de conteúdo, respeitando as etapas que se seguem: transcrição, leitura cética, codificação, análise do discurso (GILL, 2013). As fases iniciais da codificação realizaram-se de maneira abrangente, de modo que todas as instâncias limítrofes puderam ser incluídas. Nesta fase, foi realizada a codificação dupla, que convergiu para delimitação final das seguintes categorias: A criança identifica sinais e sintomas da crise de asma; a criança identifica os aspectos emocionais e sociais vivenciados durante a crise de asma; e a família na percepção da criança durante a crise de asma. A composição das categorias agregam o reconhecimento pela criança dos aspectos biopsicossociais que envolvem a vivência no período do adoecimento, como também os cuidados necessários desempenhados pelos familiares.

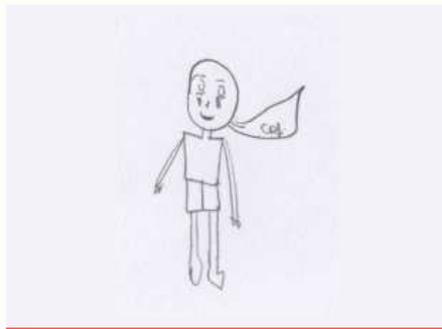
Resultados

Este estudo intentou conhecer a vida de crianças asmáticas diante das crises, valorizando a linguagem natural das crianças a partir do significado atribuído ao desenho, auxiliando na elaboração de falas e expressões.

Participaram da pesquisa 11 crianças, sendo nove meninos e duas meninas. Nove residentes na Região Metropolitana do Recife e duas no interior do estado de Pernambuco. Cinco estudavam em escola pública e seis, em escola particular. Todos estavam cursando o ano escolar compatível com sua idade. Quanto ao acompanhante na consulta, dez eram conduzidos pela mãe e um pelo pai.

A interpretação das falas das 11 crianças possibilitou a construção de três categorias temáticas, são elas: 1- A criança identifica sinais e sintomas da crise de asma; 2- A criança identifica os aspectos emocionais e sociais vivenciados durante a crise de asma e 3- A família na percepção da criança durante a crise de asma. Os desenhos infantis, elaborados pelas crianças, subsidiaram a verbalização das mesmas em relação às suas vivências em crises de asma (Quadro 1).

Quadro 1 - Desenhos elaborados pelas crianças



Criança 1



Criança 2



Criança 3



Criança 4



Criança 5



Criança 6



Criança 7



Criança 8



Criança 9



Criança 7



Criança 8

Fonte: elaborado pelos autores

Categoria Temática 1 – A criança identifica sinais e sintomas da crise de asma

Agregou as estórias que retratavam as próprias crianças durante a crise de asma. Destacou-se que estas apresentavam sinais e sintomas da doença, citando a ocorrência de aperto no tórax, dor e falta de ar. A estória contada pelas crianças sobre o seu desenho corrobora com os sinais e sintomas apresentados durante as crises agudas da doença:

“Essa sou eu com uma respiração com dificuldade, puxando o ar com força e profundo [...] no desenho eu estou cansado [...] Ficar cansado dói o peito [ela sorri envergonhada] [...] sou eu e está faltando ar [...] fico com falta de ar”. (Criança 1 – M 10 anos).

“O cansaço incomoda, sim, [balançando a cabeça] [...] eu fico mole, tosse [...] eu desenhei o dia que eu estava muito doente e com falta de ar”. (Criança 2 – F 11 anos).

“[...]No desenho eu estou cansado [...] de um tempo para cá parou um pouco. Quando eu era pequeno cansava mais. Eu comecei a cansar com 5 ou 6 anos”. (Criança 3 – M 10 anos).

“Essa sou eu com uma respiração com dificuldade, puxando o ar com força e profundo. [Ela sorri envergonhada] [...]sou eu e está faltando ar. [...] É porque quando eu estou cansada eu fico com falta de ar”. (Criança 5 – F 9 anos).

Categoria Temática 2 – A criança identifica os aspectos emocionais e sociais vivenciados durante a crise de asma

A apreciação geral das imagens das crianças 4, 5 corroborando com a estória narrada, retrata as alterações que ocorrem em seu cotidiano durante a crise de asma, como a restrição de suas atividades, a recomendação para permanecer em repouso no ambiente domiciliar, muitas vezes restrito na cama, com também a necessidade de realizar nebulizações horárias. Foram destacadas as repercussões emocionais, decorrentes das experiências vivenciadas com o descontrole da asma, como os sentimentos de tristeza e angústia (criança 6), o desejo reprimido de realizar brincadeiras comuns na infância e ansiedade por não poder participar de diversões que tanto aprecia, como jogar bola (criança 8). Devido à gravidade de suas crises, uma criança destacou o desenho de um carro, relacionando ao seu deslocamento, quando é socorrido em crise de asma, para ser levado a um serviço de pronto atendimento (criança 9). Chama atenção os desenhos das crianças 2, 3, 6 e 7 da imagem da boca rebaixada apresentando uma expressão de tristeza.

É possível, ainda, evidenciar o sofrimento vivido durante as crises de asma, como é destacado abaixo:

“Sou eu triste, com a boca triste e as lágrimas nos olhos [...] [face de desconfiada] Sou eu, mas sou eu triste”. [...] [pausa pelo nervosismo e choro] ... o cansaço é ruim”. (Criança 2 – F 11 anos).

“[...] Não posso sair de casa [...] estou triste, doente e deitado [...]quando estou em crise fico deitado e assistindo TV (em casa)”. (Criança 4- M 11 anos).

“Faço tudo no quarto [...] porque é ruim quando estou cansado. Não posso sair de casa, não posso fazer nada [...] estou triste, doente e fico deitado [...] é porque quando estou muito cansado não vou nem comer na sala”. (Criança 5 – F 9 anos).

“[...]a primeira vez que eu tive foi no meu aniversário, parece que foi de 8 anos, minha mãe disse que eu fiquei muito animado, assim, eufórico, ia ter a festa aí eu

tive cansaço, aí eu tive que ir para emergência [...]. Eu fiquei ansioso aí eu tive isso”. (Criança 6 - M 11 anos).

“[...]Tá triste né. Tá triste porque ficar cansado é ruim”. (Criança 7 - M 7 anos).

A criança diz: “desenhei uma bola [ele sorri]. A genitora interrompe: há tanta coisa pra ele fazer e ele faz a bola. A criança continua: É uma bola [risos] eu gosto muito de bola, por isso desenhei ela no dia da crise [...] porque nunca posso jogar”. (Criança 8 – M 9 anos).

“Eu gosto muito de carro [...] desenhei porque não posso brincar [...] esse carro é para representar quando eu estou cansando. Porque eu gosto muito de carro. Eu fiz ele para representar o dia que eu estou com asma”. (Criança 9 – M 11 anos).

[silêncio; face de desconfiada, e de forma séria responde] “Sou eu, mas sou eu triste [...] sou eu triste, com a boca triste e as lágrimas nos olhos”. (Criança 10 – M 7 anos).

Categoria Temática 3 – A família na percepção da criança durante a crise de asma

Os desenhos-histórias que surgiram nessa categoria evidenciam personagens que acompanham a criança durante a crise de asma, seus familiares. Elas identificaram o irmão e a mãe, como os familiares que estavam mais próximos deles, principalmente quando estão em crise de asma, apoiando-os, como descrito nos fragmentos das falas abaixo:

“Eu fiz porque aconteceu comigo, eu estava assistindo um jogo de futebol com o meu pai e de repente comecei a ter crise de asma [nesse momento de cabeça baixa] [...] e fui para o hospital”. (Criança 1 – M 10 anos).

“Meu pai tá comigo aqui, ele sempre está comigo no médico”. (Criança 2 – F 11 anos).

“Eu e minha mãe tem o cansaço [...]ela também tem falta de ar como eu [...]e cuida de mim quando estou em casa doente”. (Criança 4 – M 11 anos).

“Este sou eu e meu irmão, ele fica muito comigo quando estou na crise”. (Criança 10 – M 7 anos).

“Eu estou deitado e essa de laranja é minha mãe [...] e minha mãe leva tudo para mim [...] minha mãe faz tudo para mim”. (Criança 11 – M 9 anos).

Discussão

A criança asmática tem uma doença inflamatória crônica, que não tem cura e que pode ser controlada com manejo adequado e participação de programas de educação em saúde (AL-MOAMARY et al., 2019). Surge um questionamento sobre a capacidade da criança asmática interagir durante a consulta com profissionais de saúde e participar da descrição de suas dificuldades.

A participação ativa das crianças em programas de educação em saúde para asmáticos compreende-se positiva, de modo que as intervenções em educação adaptadas ao estágio de desenvolvimento da criança permitem aprimorar habilidades, atitudes e comportamentos eficazes para gerenciar sua saúde. Assim, os autores concluíram que os profissionais de saúde devem educar as crianças com doenças crônicas, aplicando abordagens de ensino adequadas às suas idades (SAXBY et al., 2019).

Ao compreender que existem particularidades específicas da infância, o enfermeiro deve utilizar ferramentas de comunicação e educação adequadas à idade, como o desenho, a fala e os jogos, com o objetivo de obter melhores resultados em sua assistência. A literatura descreve experiências utilizando estratégias lúdicas para facilitar a comunicação com crianças portadoras de doenças crônicas (GOMES; AMADOR; COLLET, 2012; GOLDNER; EDELSTEIN; HABSHUSH, 2015). O uso do desenho-estória possibilitou a descrição dos sinais e sintomas da asma pelas crianças (GABRIELS et al., 2000) e a compreensão da experiência existencial do câncer infantil sob cuidados paliativos (FRANÇA et al., 2018).

Assim, ao ancorar a coleta de dados no desenho-estória, foi possível aproximar as crianças ao seu universo lúdico e, com isso, facilitar sua interação com a pesquisadora. Essa coleta de dados também contribuiu para a exposição do olhar da criança asmática sobre sua vivência. Ao permitir sua expressão e comunicação, integramos a criança ao processo do cuidar, valorizando e tecendo uma aproximação com o seu mundo.

A comunicação é um fenômeno indissociável na assistência de enfermagem à criança. Exercê-la de forma efetiva favorece a participação da própria criança em seu cuidado. Os enfermeiros que cuidam de crianças devem criar estratégias educativas e lúdicas que contemplem as diversas patologias e idades. Além disso, necessitam considerar as preferências das crianças, pois, assim, poderão planejar intervenções voltadas às necessidades individuais (CANÇADO et al., 2019; WATSON et al., 2009).

A Categoria Temática 1 pôde identificar que as crianças reconhecem sua doença quando emergiu no desenho-estória os sinais e sintomas vivenciados por elas durante a crise de asma. Esta é uma doença crônica que pode ser caracterizada por sinais e sintomas respiratórios marcantes para seu portador, pois durante a crise, existe a percepção incômoda e angustiante de dor no peito e falta de ar (SAXBY et al., 2019).

Estudos avaliaram a percepção de crianças, adolescentes e pais sobre a presença de dispneia, com objetivo de diagnosticar a crise e sua gravidade. Ambas as pesquisas concluíram que existe a percepção por parte da criança dos sinais, porém não estavam compatíveis com os resultados de testes, como o pico de fluxo máximo expiratório (PFE) (VAN DEN BEMT et al., 2010). Quanto à percepção das alterações físicas na avaliação da qualidade de vida, identificou que as crianças percebem dispnéia, “chiado” e tosse como sintomas da doença. Ainda quando a criança tinha experimentado uma exacerbação aguda, este episódio foi impactante em sua vida (SEARLE et al., 2017).

Perceber que tem uma doença é diferente de reconhecer a gravidade dela. Nesse contexto, verifica-se que esses estudos buscaram fidelidade dos relatos dos achados físicos com escalas de avaliação ou testes. Todavia, os desenhos-estórias permitiram que as crianças sejam reconhecidas como um ser único, descrevendo sensações físicas ruins e angustiantes. Sob o olhar das crianças deste estudo, foi possível reconhecer algumas características da crise de asma, ao ouvir o paciente, em um ambiente humanizado.

A identificação de sinais e sintomas na fala das crianças corrobora com estudos que evidenciam experiências de portadores de doenças crônicas na infância (CAMPBELL et al., 2010). A vivência com crises recorrentes, as situações de hospitalização e as mudanças no seu cotidiano, agregados ao processo reflexivo da educação, podem concorrer para compreensão sobre a própria doença, dando significados positivos e negativos à saúde (GABARRA; CREPALDI, 2017).

A vivência das crianças asmáticas foi destacada pela exacerbação dos sinais respiratórios e limitações em suas atividades rotineiras, além de desencadear alterações emocionais. Emerge, nesse sentido, a necessidade de escutar a criança, possibilitando minimizar as inquietações e angústias geradas, que limitam-as de assumirem uma atitude tranquila diante da crise, junto com seus familiares.

No cuidado à criança, a opinião destas merece ser valorizada. Deve-se buscar meios de comunicação esclarecedores, bem como escutar a criança e reconhecer suas particularidades por faixa de desenvolvimento, permitindo a efetivação dos princípios de saúde (TRINCA, 2003). Dar voz à criança asmática na elaboração do planejamento das ações de promoção de sua saúde pode ser considerado uma estratégia importante no processo de educação em saúde. Dialogar com a criança e familiares sobre a asma pode contribuir para a melhora dos aspectos clínicos da doença (EINARSDOTTIR; DOCKETT; PERRY, 2009).

A Categoria Temática 2 permitiu a observação das crianças quanto aos aspectos emocionais e sociais vivenciados por elas durante a crise de asma. Nesse cenário, emergiu as restrições do cotidiano, como sua permanência no domicílio; a experiência de sofrimento relacionada à doença e impossibilidade de brincar, representada por brinquedos prediletos.

Ao corroborar a descrição das alterações sobre o cotidiano e as restrições vivenciadas pelas crianças desta pesquisa, vê-se que há concordância com os estudos, que identificam o elevado impacto da asma pediátrica independentemente da gravidade da doença, comprometendo aspectos da vida diária, aumentando os níveis de recorrência da doença, visitas a emergências, aumento do índice de absenteísmo escolar, interferência no cotidiano social com outras crianças e familiares e associação ao sofrimento (RONCADA et al., 2020; WILD et al., 2017).

Aspectos emocionais foram descritos na fala das crianças entrevistadas. Ao comparar essa vivência com outros estudos, verificamos que as restrições causadas pela asma na infância podem gerar estresse, ansiedade, sentimento de isolamento e tristeza. As disfunções orgânicas causadas pela asma interferem no cotidiano de seus portadores, causando perdas escolares, impedimento em participar de brincadeiras e convívio com outras crianças, restrições físicas e emocionais. A exposição frequente a situações de descontrole da asma pode afetar a qualidade de vida da criança asmática quando comparada a uma criança saudável (WATSON et al., 2009; VAN DEN BEMT et al., 2010).

O isolamento, a solidão e a presença de equipamentos hospitalares em casa para o manejo das crises são mediadores do estresse para as crianças asmáticas. Os fatores emocionais e psicossociais devem receber maior atenção por parte dos familiares e profissionais de saúde, pois, em pesquisa transversal realizada com 50 crianças e adolescentes asmáticos em serviço ambulatorial no Rio de Janeiro detectou o estresse em 38% dos participantes da pesquisa (CHIPS et al., 2018).

O descontrole da asma impõe limitações no cotidiano da criança pela impossibilidade de participar de atividades comuns na infância, como a prática de esportes e o brincar com os amigos, podendo ter um impacto negativo sobre sua qualidade de vida e sobre o desenvolvimento da competência social e emocional (RONCADA et al., 2020; WILD et al., 2017).

As estratégias de atenção à saúde para criança asmática devem vislumbrar a qualidade de vida da criança e de sua família. Numa visão holística do cuidado, a enfermagem deve orientar-se pelas necessidades humanas básicas que englobam não só o controle dos sintomas, mas também o equilíbrio sobre os aspectos emocionais e sociais. Ouvir o que ela tem a dizer sobre seus medos, dúvidas e ansiedade poderá ajudar na condução de cada situação. A criança precisa ser observada como criança e esse entendimento deve considerar que ela está em desenvolvimento.

Em estudo sobre as opiniões de crianças, pais e profissionais de saúde, para obter uma visão sobre manejo da asma infantil, foi enfatizado ser fundamental dar voz às crianças, para conscientizá-las sobre a doença, buscar o bem-estar e facilitar a educação em saúde (CAMPBELL et al., 2010).

A Categoria Temática 3 desvela a importância da família na visão das crianças asmáticas quando estas destacam no desenho a proximidade da mãe e do irmão, auxiliando no seu cuidado ou até mesmo fazendo-lhe companhia para minimizar um pouco a sensação de solidão, no momento em que estão com crise de asma.

Um estudo com crianças evidenciou a importância do suporte familiar ou do cuidador para auxiliar no manejo da asma. Emerge a necessidade de reconhecer, com segurança, se o aumento do nível de sintomas é devido à asma, e quais os fatores que podem impactar negativamente na resposta à terapia, antes de intensificar a terapia medicamentosa (CHENEY; LEE ASHCRAFT, 2007).

Corroborando com o apoio familiar, mesmo sem dispor dos conhecimentos e condições propícias para assegurar o manejo da doença, os pais ou cuidadores assumem uma atuação de proteção e prontidão frente aos cuidados da criança com asma. No discurso de crianças asmáticas, percebeu-se que a rotina familiar foi alterada: os cuidados para evitar fatores desencadeantes foram orientados pela mãe. Ainda descrevem um ambiente familiar não adequado ao controle ambiental, além da presença de fumantes e proibições rigorosas na rotina diária (WILD et al., 2017).

Em situações de doenças crônicas é comum o envolvimento da família na gestão do cuidado. Para a criança asmática, a família tem papel relevante ao propiciar um ambiente positivo para o controle da doença, com influência na qualidade de vida de ambos (RONCADA et al., 2020). Acompanham e cuidam durante a crise de asma no domicílio e sofrem junto com a criança, especialmente as mães (CHIPPS et al., 2018).

A Enfermagem deve considerar a família como aliada ao cuidado, pois poderá assegurar a participação e envolvimento de todos no planejamento das ações de cuidado com a criança asmática, pois quando um membro da família modifica seu comportamento, os demais reagem, revendo suas próprias atitudes e os laços familiares, reformulando as relações (BELLIN et al., 2017).

Ao envolver a família em sua representação da crise de asma, a criança estudada desvela que ela e sua família precisam de assistência. A doença crônica amplia-se para seus familiares à medida que envolve tempo, expectativas, sentimentos, cuidados e mudanças por parte daqueles que prestam os cuidados (CHEN et al., 2017). As crianças estudadas foram capazes de dialogar com a pesquisadora a partir do desenho-estória, apresentando suas vivências com a crise de asma. Escutar as crianças a partir desse método auxiliou a sua interação com o profissional, ao constituir um ambiente dialógico com crianças asmáticas.

Conclusões

A organização do cenário de pesquisa, adaptando-o ao lúdico infantil; o uso do desenho-estória e a entrevista, com registro das falas, permitiram maior fidedignidade na apreensão dos dados por ampliar as estratégias de comunicação com a criança. Pesquisar junto com crianças asmáticas permitiu conhecer suas vivências e seu cotidiano. Não é o objetivo da pesquisa qualitativa tornar generalizados seus resultados. Todavia, pode-se reconhecer na escuta da criança que elas vivenciam a asma sem um suporte adequado para o manejo da doença, agregando fragilidades emocionais, além do quadro clínico desencadeado com as crises.

Desvelou-se, nesse estudo, que as crianças identificaram o quadro clínico vivenciado nas crises de asma, repercutindo em alterações no cotidiano e restrições em atividades e brincadeiras que exigem esforço físico. A exacerbação dos sinais e sintomas evidenciados pelo descontrole da asma concorre para sentimentos de sofrimento e tristeza vivenciados pelas crianças. A mãe, o pai e irmãos foram referenciados pelas crianças com asma, como familiares presentes em seus cuidados, quando estão em crise.

O conhecimento verificado propõe a necessidade de instrumentalização permanente pela educação em saúde junto à criança asmática e aos cuidadores. Cabe considerar também as condições ambientais e o seu enfrentamento como possíveis entraves para assegurar uma terapêutica que não seja restrita ao tratamento farmacológico e que concorra para o manejo adequado da doença, favorecendo o desenvolvimento integral da criança. Concluiu-se que o uso da técnica do “desenho-estória”, como uma atividade projetiva, auxilia na assistência de enfermagem à criança com asma; ao instrumentalizar estratégias lúdicas de educação em saúde, que possibilitem uma reorientação da prática assistencial e/ou ambulatorial para o controle da asma.

Referências

- AL-MOAMARY, M. S. et al. The Saudi Initiative for Asthma - 2019 Update: Guidelines for the diagnosis and management of asthma in adults and children. **Ann Thorac Med**, v. 14, n. 1, p. 3-48, 2019.
- BELLIN, M. H. et al. Characterization of Stress in Low-Income, Inner-City Mothers of Children with Poorly Controlled Asthma. **J Urban Health**, v. 94, n. 6, p. 814-823, 2017.
- CAMPBELL, C. et al. Exploring children's stigmatisation of AIDS-affected children in Zimbabwe through drawings and stories. **Soc sci med.**, v. 71, n. 5, p. 975-985, 2010.
- CANÇADO, J. E. D. et al. Respira project: Humanistic and economic burden of asthma in **Brazil**. **J Asthma**, v. 56, n. 3, p. 244-251, 2019.
- CHENEY, G.; LEE ASHCRAFT, K. Considering “The Professional” in Communication Studies: Implications for Theory and Research Within and Beyond the Boundaries of Organizational Communication. **Communication Theory**, v. 17, n. 2, p. 146-175, 2007.
- CHEN, E. et al. Parents' childhood socioeconomic circumstances are associated with their children's asthma outcomes. **J Allergy Clin Immunol**, v. 140, n. 3, p. 828-835, 2017.
- CHONG-NETO, H. J. C. et al. Diretrizes da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e Sociedade Brasileira de Pediatria para sibilância e asma no pré-escolar. **Arq Asma Alerg Imunol**, v. 2, n. 2, p. 163-208, 2018.
- CHIPPS, B. E. et al. The Pediatric Asthma Yardstick: Practical recommendations for a sustained step3 up in asthma therapy for children with inadequately controlled asthma. **Ann Allergy Asthma Immunol**, v. 120, n. 6, p. 559-579, 2018.

- EINARSDOTTIR, J.; DOCKETT, S.; PERRY, B. Making meaning: children's perspectives expressed through drawings. **Early Child Dev Care**, v. 179, n. 2, p. 217-232, 2009.
- FRANÇA, J. R. F. S. et al. Existential experience of children with cancer under palliative care. **Rev Bras Enferm**, v. 71(Suppl.3), p. 1320-1327, 2018.
- GABARRA, L. M.; CREPALDI, M. A. A comunicação médico-paciente pediátrico-família na perspectiva da criança. **Psicologia Argumento**, v. 29, n. 65, 2017.
- GABRIELS, R. L. et al. Children's Illness Drawings and Asthma Symptom Awareness. **J Asthma**, v. 37, n. 7, p. 565-574, 2000.
- GILL, R. Análise de discurso. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Rio de Janeiro: Vozes, 2013. p.224-270.
- GINA. **Global strategy for asthma management and prevention**. 2018. Disponível em: www.ginasthma.org/download/832/
- GOLDNER, L.; EDELSTEIN, M.; HABSHUSH, Y. A glance at children's family drawings: Associations with children's and parents hope and attributional style. **The Arts in Psychotherapy**, v. 43, p. 7-15, 2015.
- GOMES, I. P.; AMADOR, D. D.; COLLET, N. The presence of family members in the pediatric chemotherapy room. **Rev Bras Enferm**, v. 65, n. 5, p. 803-808, 2012.
- PIAGET, J. **Seis estudos de psicologia**. 24.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.
- PITCHON, R. R. et al. Mortalidade por asma em crianças e adolescentes no Brasil ao longo de 20 anos. **Jornal de Pediatria**, v. 96, n. 4, p. 432-438, 2020.
- PIZZICHINI, M. M. M. et al. Recomendações para o manejo da asma da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia-2020. **J Bras Pneumol**, v. 46, n. 1, e20190307, 2020.
- RONCADA, C. et al. Asma pediátrica: impacto da doença em crianças em acompanhamento ambulatorial no sul do Brasil. **Rev Paul Pediatr**, v. 38, e2018398, 2020.
- SAXBY, N. et al. What are the components of effective chronic condition self-management education interventions for children with asthma, cystic fibrosis, and diabetes? A systematic review. **Patient Educ Couns**, v. 102, n. 4, p. 607-622, 2019.
- SEARLE, A. et al. Children's, parents' and health professionals' views on the management of childhood asthma: a qualitative study. **NPJ Prim Care Respir Med**, v. 27, n. 1, p. 1-6, 2017.
- TRINCA, W. **Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo da percepção temática**. 3.ed. São Paulo: EPU, 2003.
- VAN DEN BEMT, L. et al. How does asthma influence the daily life of children? Results of focus group interviews. **Health Qual Life Outcomes**, v. 8, n. 1, p. 5, 2010.
- YIN, R. K. **Qualitative research from start to finish**. Porto Alegre: Penso, 2016.
- WATSON W. T. A. et al. Small-group, interactive education and the effect on asthma control by children and their families. **CMAJ**, v. 181, n. 5, p. 257-263, 2009.
- WILD, C. F. et al. Cuidado domiciliar na criança com asma. **Rev. baiana enferm**, v. 31, n. 2, 2017.

GINCANA ROSA: ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

*Maria Tatiane Alves da Silva
Marcos Henrique Oliveira Sousa
Elaine Rufino Barbosa da Silva*

Introdução

As neoplasias estão relacionadas como uma das principais causas de morte em todo o mundo. Hoje, dentre as doenças crônicas não transmissíveis, os óbitos por câncer são o segundo grupo de doenças mais prevalentes. No sexo feminino, as neoplasias da mama são pontuadas como a mais incidente em escala global, estando responsável por 24,2% do total de casos no ano de 2018, com aproximadamente 2,1 milhão de casos novos neste período. No *ranking* total, ocupa a quinta posição de causa de morte por câncer em geral e a primeira causa de óbito por câncer quando considerado apenas o sexo feminino (DAGENAIS et al., 2020).

Epidemiologicamente, o Brasil também segue uma tendência global quanto ao comportamento do câncer de mama na população feminina. Entre 2010 e 2018, foram registrados 133.050 óbitos por este tipo de câncer entre as mulheres com idade superior a 30 anos. Foi observado ainda, neste mesmo período, um aumento significativo das taxas de mortalidade por esta neoplasia entre as mulheres, em quase todas as regiões do país, com incidência de aproximadamente 66.280 novos casos no ano de 2020 (BRASIL, 2020). Neste sentido, destaca-se a importância do diagnóstico e tratamento na fase inicial da doença, onde as chances de cura do câncer de mama podem chegar até 95% (SILVA, 2018).

A redução de risco e o diagnóstico precoce da doença seguem sendo os principais fatores para redução da mortalidade deste tipo de câncer. Dados do Instituto Nacional de Câncer apontam que 30% dos casos de câncer de mama podem ser evitados com adoção de hábitos saudáveis, tais como: práticas regulares de atividades físicas; consumo de alimentos saudáveis; manutenção do peso corporal conforme padrões estabelecidos pelas instituições de saúde; evitar consumo de bebidas alcoólicas; amamentar e; evitar o uso de hormônios sintéticos, como anticoncepcionais e terapias de reposição hormonal (BRASIL, 2021).

Para proporcionar visibilidade da temática, promover as práticas saudáveis supracitadas e possibilitar maior acesso aos serviços de diagnóstico e tratamento, foi criado no início da década de 1990 o movimento internacional de conscientização para o controle do câncer de mama, denominado Outubro Rosa (BRASIL, 2021). Sobretudo neste período do ano, os holofotes da saúde se voltam para as atividades que visam a conscientização da população feminina, quanto a seu protagonismo durante o processo de autocuidado a respeito desta neoplasia.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é caracterizada como o conjunto de ações, tanto em níveis individuais, quanto em níveis familiares e coletivos, que englobam atividades de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Nesse contexto, a APS conta com equipes multiprofissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), com o objetivo de ampliar o acesso e a resolutividade deste nível de atenção, sendo a educação em saúde um dos principais instrumentos para o processo de trabalho (BRASIL, 2017).

As atividades de educação em saúde buscam a construção compartilhada do conhecimento por meio da troca de saberes, visando fortalecer a autonomia e empoderamento da população (OLIVEIRA et al., 2018). Neste cenário, a APS é o seguimento do Sistema Único de Saúde (SUS) que protagoniza as ações de educação em saúde, na tentativa de proporcionar mudanças nos hábitos de vida da população e torná-la corresponsável pelos seus processos de autocuidado. Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi relatar o desenvolvimento de uma atividade educação em saúde, denominada Gincana Rosa, voltada para a prevenção do câncer de mama.

Metodologia

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência acerca da realização da atividade de educação em saúde denominada Gincana Rosa, na perspectiva de residentes do Programa Multiprofissional de Interiorização de Atenção à Saúde, vinculados ao Centro Acadêmico de Vitória, da Universidade Federal de Pernambuco. Fruto de um processo vivo e dinâmico, o relato se caracteriza por ser um método que permite reconstruir e repensar práticas realizadas, agora, de outro lugar, visando a identificação de suas fragilidades e potencialidades, permitindo assim a transformação desta experiência a fim de qualificá-la (CARNUT et al., 2020).

Cenário

A experiência foi realizada no município de Vitória de Santo Antão, localizado na região da Zona da Mata do estado de Pernambuco. Com estimativa populacional de aproximadamente 140.000 habitantes para o ano de 2020, ocupa a 9ª posição entre os municípios mais populosos do estado (BRASIL, 2021b). O município conta com 36 Unidades Básicas de Saúde, o que a garante uma cobertura da APS e da ESF de 89,64% e 79,56%, respectivamente (BRASIL, 2021a). Além das equipes mínimas, estas unidades contam ainda com o apoio clínico-sanitário-pedagógico de cinco equipes do NASF-AB, alocadas nos mais diversos territórios, além de residentes em saúde do programa anteriormente mencionado.

Para a experiência, foi elencada apenas uma ESF, sendo localizada na zona urbana do município. O território adscrito da ESF apresentava uma população estimada em 4.419 habitantes no ano de 2020, sendo dividido em seis microáreas. A ESF, além de ser apoiada por uma equipe de referência do NASF-AB, conta com uma equipe mínima, composta por médico, enfermeira, cirurgião-dentista, técnico de enfermagem, auxiliar de saúde bucal e agentes comunitários de saúde. A escolha do território foi motivada pela existência de grupos formados especificamente por mulheres, as quais foram o público alvo para a experiência.

Período

A Gincana Rosa foi desenvolvida em quatro encontros semanais no mês de outubro do ano de 2019, como uma alusão à campanha nacional do outubro Rosa.

Sujeitos envolvidos

Compuseram o grupo condutor da experiência: quatro profissionais do NASF-AB (dois profissionais de educação física, um nutricionista e um fisioterapeuta); dois residentes que atuavam na mesma equipe do NASF-AB (um profissional de educação física e um sanitarista); três profissionais da ESF (uma enfermeira e dois agentes comunitários de saúde); e 14 usuárias assistidas por estas equipes de saúde.

A experiência

A experiência teve como finalidade promover a troca de informações referentes a importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer de mama para a população feminina, buscando mudanças nos hábitos, atitudes e cuidados com a saúde das mulheres. Estas mulheres faziam parte do grupo de educação física chamado “Boa Saúde”, vinculado a ESF e ao NASF-AB de um dos territórios do município. O grupo foi criado no ano de 2008, tendo como objetivo promover a qualidade de vida para a população assistida por meio de práticas regulares de atividades físicas e processos de educação em saúde, a partir da realização de encontros semanais.

Para o desenvolvimento da Gincana Rosa foi realizada inicialmente uma reunião de planejamento entre os profissionais envolvidos, sendo definida a periodicidade das atividades que seriam realizadas e o papel a ser desempenhando por cada profissional. Após o planejamento, foi decidido que a atividade ocorreria durante todo o mês de outubro, sendo realizada uma ou duas atividades educativas a cada encontro. E, posteriormente, a temática trabalhada na atividade seria aberta para a discussão com todo o grupo.

Como estruturação final, após discussão coletiva, foram estabelecidas quatro etapas para a Gincana Rosa: 1) Quebra-cabeça sobre os sinais e sintomas do câncer de mama e jogo da memória sobre prevenção do câncer de mama; 2) Jogo sensorial sobre alimentação saudável e câncer de mama; 3) Jogo de tabuleiro de mitos e verdades sobre o câncer de mama e; 4) Torta na cara sobre o câncer de mama.

Resultados e discussão

A Gincana Rosa, desenvolvida por meio de atividades lúdicas, se caracterizou como uma estratégia para a ampliação dos conhecimentos prévios sobre o câncer de mama entre a população, sendo um instrumento para despertar e motivar as usuárias na adoção de cuidados em saúde. As atividades lúdicas vêm sendo desenvolvidas por serviços e profissionais de saúde, buscando um estímulo para o processo de construção compartilhada do conhecimento. Além disso, os jogos e brinquedos são identificados como instrumentos importantes para a facilitação da aprendizagem, ofertando um desenvolvimento social e cultural para os envolvidos (FADEL; ALVES; FILLUS, 2015).

Paulo Freire, filósofo e patrono da educação brasileira, foi importante para a construção do referencial teórico e prático da educação em saúde no país. A educação em saúde problematizadora, discutida pelo filósofo, possibilita reflexões sobre o processo de trabalho, indicando novas estratégias para se construir o cuidado em saúde. Além disso, a educação em saúde estimula os sujeitos a serem ativos no seu próprio processo de saúde-doença, ressignificando as experiências por meio das trocas de vivências, interesses e motivação dos sujeitos envolvidos (SILVEIRA et al., 2018).

No início da Gincana Rosa, foi realizada uma roda de conversa com o grupo para discutir a campanha do Outubro Rosa e a proposta da Gincana Rosa. Posteriormente, as usuárias do grupo foram divididas em duas equipes, formadas por sete participantes em cada. As atividades foram desenvolvidas semanalmente, onde cada jogo teria uma pontuação e, ao final, a equipe com a maior pontuação seria considerada a vencedora. A gincana foi desenvolvida a partir das seguintes etapas:

1º Etapa: Quebra-cabeça sobre os sinais e sintomas do câncer de mama e jogo da memória sobre prevenção do câncer de mama

Na primeira etapa da Gincana Rosa foi desenvolvido um quebra-cabeça sobre os sinais e sintomas do câncer de mama. O quebra-cabeça era formado por nove peças, cada uma com aproximadamente 30 centímetros, com as seguintes informações: mudança no tamanho e/ou formato da mama; saída de líquido pela mama de origem desconhecida; vermelhidão ou coceira ao redor da mama; ferida na pele; nódulo palpável na mama ou na região da axila; veia crescente e facilmente observada; mudança na textura da pele; mudança de posição ou formato da mama; dor constante na mama ou na região da axila. Foi entregue um quebra-cabeça a cada equipe, com as peças dispostas de forma aleatória, onde a equipe que concluisse a montagem em menor tempo ganharia a pontuação.

O quebra-cabeça se caracteriza como um jogo lúdico que proporciona um novo formato de aprendizagem, sendo uma maneira divertida para discutir a neoplasia. Por meio da atividade foi possível que as usuárias identificassem os primeiros sinais e sintomas do câncer de mama, sendo fundamental para o diagnóstico precoce, caracterizado como estratégia chave para o tratamento em tempo oportuno (OLIVEIRA; SOARES, 2020). No entanto, segundo Migowski et al., (2018), além da conscientização da população sobre os sinais de alerta, faz-se necessária a organização de um serviço de rastreamento para a realização do exame mamográfico.

Durante a primeira etapa também foi desenvolvido um jogo de memória, com a finalidade de discutir sobre a prevenção do câncer de mama. O jogo era formado por 10 pares de peças, contando com peças que discutiam a importância da: atividade física; alimentação saudável; redução das bebidas alcoólicas; realização do autoexame e da mamografia; necessidade de procurar os serviços de saúde do SUS. Ao final, pontuava a equipe que acertasse a maior quantidade de peças. Esta atividade foi importante para a discussão sobre a adoção de hábitos que contribuam com a prevenção da neoplasia.

Para que a população feminina sinta-se mais segura sobre a adoção de medidas de prevenção do câncer de mama, faz-se necessária a troca de informações sobre a doença. No entanto, a comunicação entre o profissional de saúde e usuário ainda é apontada como uma fragilidade na Rede de Atenção à Saúde, onde muitas vezes é utilizada uma linguagem técnica por parte dos profissionais, não sendo uma ação efetiva. Dessa forma, destaca-se também a importância da educação permanente com os profissionais de saúde para a orientação da população na prevenção e no enfrentamento do câncer de mama (LOURENÇO et al., 2021).

2º Etapa: Jogo sensorial sobre alimentação saudável e câncer de mama

Na segunda etapa foi desenvolvido um jogo sensorial sobre a relação da alimentação saudável e do câncer de mama, com o objetivo de apresentar alimentos que podem contribuir na prevenção da neoplasia. Neste jogo, foi escolhida uma representante de cada equipe que ficaria com os olhos vendados e iria experimentando determinadas frutas e/ou verduras, tentando acertar qual o nome do alimento, pontuando a equipe que acertasse a maior quantidade. Posteriormente, o grande grupo discutiu a importância da alimentação saudável para o controle do câncer de mama.

Diversos autores apontam o impacto de uma alimentação adequada e saudável sobre o câncer de mama, sendo responsável pela redução de fatores de risco para o desenvolvimento da neoplasia. A redução dos alimentos processados e a priorização de alimentos *in natura*, atrelado a um estilo de vida saudável, podem contribuir para um melhor prognóstico para as mulheres diagnosticadas com o câncer de mama. Além da alimentação, a prática de atividade física e a redução de bebidas alcoólicas contribuem no processo de prevenção da doença (PEREIRA et al., 2020).

3º Etapa: Jogo de tabuleiro com mitos e verdades sobre o câncer de mama

Na terceira etapa, o instrumento utilizado foi um jogo de tabuleiro com mitos e verdades sobre o câncer de mama e constituído por um percurso formado por 30 casas. Para jogar, uma representante de cada equipe rolava o dado e, dependendo da casa onde se encontrava, respondia uma pergunta referente a um mito ou uma verdade sobre o câncer de mama. Foram usadas perguntas, como: “Próteses de silicone podem causar câncer?”; “Atividade física contribui na prevenção do câncer?”; “Quem menstrua cedo tem mais chances de desenvolver o câncer?”; e “O câncer pode ser causado através de um trauma (pancada) na mama?”. Se acertasse a pergunta, a integrante avançaria determinadas casas e, se errasse, voltava algumas casas. A integrante da equipe que chegasse primeiro ao final do percurso seria a vencedora do jogo, ganhando a pontuação para a sua equipe.

Esta atividade foi importante para desmitificar determinados estigmas sobre o câncer de mama, sendo um momento para responder as dúvidas das usuárias sobre o assunto. O grupo das neoplasias é carregado por uma série de estigmas e crenças, principalmente em relação ao tratamento, os quais interferem no processo de cuidado em saúde da população (TONETI et al., 2019). A chance de cura do câncer de mama é uma em cada três casos, quando diagnosticado de forma precoce. No entanto, devido ao receio e a falta de informações, o diagnóstico só é realizado de forma tardia, indicando a importância de desmitificar a doença e desenvolver ações educativas para a população, além de uma atualização contínua sobre a doença para os profissionais de saúde (ALVES et al., 2020).

4º Etapa: Torta na cara sobre o câncer de mama

Na última etapa da Gincana Rosa foi realizada o jogo de torta na cara, com perguntas referentes aos fatores de risco, sinais e sintomas, formas de prevenção e mitos sobre o câncer de mama. Todas as perguntas foram construídas a partir dos questionamentos e as informações discutidas durante todo o mês de outubro. Ao final, pontuava a equipe que acertasse a maior quantidade de perguntas. Para encerrar a Gincana Rosa, foi realizada uma avaliação com o grupo sobre a experiência, com o objetivo de identificar as potencialidades e fragilidades. As usuárias indicaram a importância dos encontros para a construção do conhecimento e para a integração do grupo, além de indicarem que a ideia do formato de gincana poderia ser utilizada para debater outras temáticas.

De acordo com Oliveira et al. (2018), as atividades educativas se caracterizam como uma metodologia ativa, por meio do fortalecimento da autonomia dos sujeitos, fundamental para a promoção de estilos de vida saudáveis. A integração entre os saberes e práticas, através do diálogo, favorece a interação e a formação de vínculo entre todos os sujeitos. Além disso, processos de educação em saúde possibilitam uma ruptura na relação vertical entre os profissionais de saúde e os usuários, permitindo assim a construção de um espaço para a troca de vivências e aprendizado mútuo.

Considerações finais

A Gincana Rosa se caracterizou como uma estratégia de educação em saúde, visando a promoção de cuidados em saúde para a prevenção do câncer de mama, além de estimular um diálogo educativo-participativo entre os sujeitos envolvidos na experiência. No entanto, é importante salientar que as atividades de educação em saúde são os primeiros passos para o enfrentamento do câncer de mama. O fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde nos demais níveis de assistência e das políticas públicas voltadas para o cuidado da população feminina é essencial para a redução da morbimortalidade da neoplasia no Brasil.

Por meio da experiência, as usuárias conseguiram questionar, refletir e desconstruir questões referentes ao câncer de mama presentes no cotidiano. A utilização da gincana como um instrumento de educação em saúde possibilitou uma maior integração e socialização entre os sujeitos, sendo uma metodologia fundamental para o fortalecimento da autonomia das mulheres no seu próprio cuidado em saúde. A construção de espaços para o diálogo entre o saber popular e o saber científico transforma a realidade da população, onde o processo da fala e da escuta contribui para o empoderamento social dos sujeitos envolvidos com a atividade.

Além do fortalecimento da interação entre as usuárias envolvidas na experiência, a Gincana Rosa possibilitou ainda a integração entre os profissionais de saúde da Atenção Básica, onde a construção compartilhada contribuiu para a troca de saberes, aprimorando o processo de trabalho na perspectiva da interprofissionalidade. Neste sentido, a experiência foi considerada como um processo de educação em saúde efetivo para a construção compartilhada sobre os conhecimentos referentes ao câncer de mama, para o fortalecimento da autonomia da população feminina e para o aprimoramento das atividades desenvolvidas por meio da APS.

Referências

ALVES, G. K. O. et al. Educação em saúde e prevenção do câncer de mama no município de Itaúna, Minas Gerais. **Nursing (São Paulo)**, v. 23, n. 267, p. 4442–4451, 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE | Cidades@ | Pernambuco | Vitória de Santo Antão | Panorama**. 2021b. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/vitoria-de-santo-antao/panorama>>. Acesso em: 3 de ago de 2021.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tipos de câncer | INCA - Instituto Nacional de Câncer**. 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>. Acesso em: 5 de ago 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **E-Gestor AB. Histórico de cobertura**. 2021a. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>>. Acesso em: 3 de ago de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 5 de ago de 2021.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico nº 45: mortalidade por câncer de mama no Brasil 2010-2018**. v. 51, n.45, 2020.
- BRASIL. **Outubro Rosa | INCA - Instituto Nacional de Câncer**. 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/assuntos/outubro-rosa>. Acesso em: 5 de ago de 2021.
- CARNUT, L. et al. Sistematização de experiências como método para elaborar a crítica política. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 8, n. 16, p. 01, 2020.
- DAGENAIS, G. R. et al. Variations in common diseases, hospital admissions, and deaths in middle-aged adults in 21 countries from five continents (PURE): a prospective cohort study. **The Lancet**, v. 395, n. 10226, p. 785–794, 2020.
- FADEL, C.; ALVES, F.; FILLUS, T. Gincana intelectual: instrumento de ação extensionista para educação em saúde. **Revista Em Extensão**, v. 14, n. 1, p. 106–115, 2015.
- LOURENÇO, C. et al. Entendendo o câncer de mama: educação em saúde. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 6, 2021.
- MIGOWSKI, A. *al.* Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. e00074817, 2018
- OLIVEIRA, F. A. *al.* Atividades de educação em saúde realizadas com grupo de idosas para promoção do autocuidado em saúde. **Extensio: Revista Eletrônica de Extensão**, v. 15, n. 28, p. 137–150, 2018.
- OLIVEIRA, S. B.; SOARES, D. A. Acesso ao cuidado do câncer de mama em um município baiano: perspectiva de usuárias, trabalhadores e gestores. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 124, p. 169–181, 2020.
- PEREIRA, W. B. B. *al.* Os impactos da alimentação na prevenção do câncer de mama: uma revisão da literatura. **Revista Perspectiva**, v. 44, n. 165, p. 61–72, 2020.
- SILVA, I. S. Políticas de controle do câncer de mama no Brasil: quais são os próximos passos? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. e00097018, 2018.
- SILVEIRA, E. A. A. da et al. Uma experiência de educação em saúde entre acadêmicos de enfermagem e adolescentes do projeto PESCAR. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.7:e1931, 2017.
- TONETI, B. F. et al. O significado de uma terapia integrativa de relaxamento guiado para mulheres com câncer de mama*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019.

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO MANEJO DA DOR EM UNIDADE NEONATAL NO EXTREMO NORTE BRASILEIRO

*Brunna Caroline Brígia dos Santos
Cintia Freitas Casimiro*

Introdução

Os recém-nascidos (RNs) internados em Unidade de Terapia Intensiva são submetidos a uma série de procedimentos geradores de dor durante o processo de recuperação, exemplificados por uma média de 130 a 234 manipulações ao RN prematuro, no período de 24 horas (SANTOS et al., 2012).

A dor, considerada o quinto sinal vital, foi definida pela primeira vez em 1979, pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano real ou potencial de tecidos ou descrita em termos de tal dano” (SOUSA, 2002; KOPF; PATEL, 2010).

Em tempos remotos acreditava-se que os neonatos eram desprovidos de dor pela ausência de mielinização, e esse fato era utilizado como indicador de imaturidade do sistema nervoso central. No entanto, sabe-se atualmente, que a experimentação da dor pelo RN, não apenas é possível, como traz consigo repercussões em âmbito cardiovascular, respiratório, imunológico, hormonal e comportamental. São, ainda, evidenciadas consequências a longo prazo como alterações na capacidade futura de sustentar atenção, afetando sua interação e processamento da informação, alterações emocionais, no desenvolvimento, aprendizado e memória, e anormalidades no sono e vigília, bem como problemas psiquiátricos, como ansiedade, depressão e esquizofrenia (VERONEZ; CORREA, 2010; GUINSBURG, 2000; BRASIL, 2013; SOUSA et al., 2006).

Sabendo da lacuna existente entre conhecimentos teóricos e atuação prática dos profissionais no que se relaciona a manejo da dor neonatal (CAPELLINI et al., 2014), na perspectiva de melhorias na qualidade dos serviços de saúde ao RN e buscando contemplar uma assistência humanizada, o presente artigo objetivou analisar a atuação da equipe de enfermagem no manejo da dor do neonato hospitalizado, na instituição que atende esse público-alvo no estado de Roraima.

Métodos

O estudo tem como trajetória metodológica uma pesquisa do tipo descritiva, que tem como objetivo a descrição de características de algum fenômeno ou população em particular (GIL, 2008), com abordagem qualitativa, cujo método preocupa-se com a análise e interpretação de questões mais profundas, levando em consideração a complexidade do comportamento humano (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Os participantes deste estudo foram enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, lotados na unidade neonatal do hospital de referência materno-infantil do estado de Roraima. Os critérios de inclusão para participação nesta pesquisa foram: profissionais de enfermagem atuantes na unidade estabelecida e que tivessem experiência de no mínimo um ano na assistência neonatal. Quanto ao critério de exclusão, tem-se os profissionais de enfermagem que encontravam-se de férias, licenças ou afastamentos por qualquer outro motivo, no período da coleta de dados.

A amostra da pesquisa foi efetivada através do método de saturação teórica de dados, que indica o momento em que o pesquisador constata a exaustão das informações, no qual acrescentar dados e informações não seria capaz de alterar a compreensão ou resultados daquilo que se quer estudar (THIRY-CHERQUES, 2009).

O instrumento utilizado na coleta de dados, que ocorreu no intervalo entre os meses de Março e Maio de 2018, foi uma entrevista semiestruturada, na qual foram abordadas questões pertinentes ao conhecimento da equipe de enfermagem no que concerne ao manejo da dor neonatal, bem como dados pessoais e profissionais, de modo que permitisse caracterizar o profissional entrevistado. Para a captação dos depoimentos foi utilizado um gravador, assim como um diário de campo, que permitiu maior fidedignidade das informações coletadas.

Para a concretização da análise de dados foi utilizada a análise temática do conteúdo, que consiste em desvendar núcleos de sentido que integram a comunicação, analisando a presença e frequência com que são mencionados, enfatizando um significado para o objeto de estudo (MINAYO, 2010).

A pesquisa esteve de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, o qual fez-se necessário a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foi assegurado o anonimato dos participantes, sendo representado, no estudo, pelas letras E (enfermeiro), TE (técnico de enfermagem), AE (Auxiliar de Enfermagem) seguidos de um número arábico, na ordem de inclusão na pesquisa (E1, TE1, AE1...).

O projeto em questão foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima e aprovado com o número de parecer 2.675.872.

Resultados e discussão

Participaram do estudo um total de 19 profissionais de enfermagem, no qual a maioria era do sexo feminino (n=18; 94,73%) e idade acima de 35 ano (n=11; 57,89%). Entre os participantes, havia enfermeiros (n=7, 36,84%), técnicos de enfermagem (n=11, 57,89%) e auxiliar de enfermagem (n=1;5,26%), desses, a maioria tinha mais de 10 anos de conclusão de curso e atuação na área de neonatologia. Destaca-se que a maioria relata não ter passado por capacitação sobre dor neonatal (n=12; 63,15%).

A partir da análise dos dados obtidos na entrevista, emergiram duas categorias: “conhecimento sobre a dor neonatal” e “condutas dos profissionais perante a dor neonatal”.

Conhecimento sobre a dor neonatal

Houve destaque para o choro como sinal específico e explícito de indicação do evento doloroso:

É quando a criança tá chorando muito, a gente observa que ele tá meio vermelhinho, choroso, então a gente percebe que ele tá muito agitado também, a gente percebe que ele tá sentindo dor (TE).

[...] tem várias maneiras como ele (neonato) chora e uma das várias maneiras de identificar é o choro intenso, quando ele realmente está com dor, ele se movimenta muito e ele chora intensamente, sem parar (TE6).

De fato, estudos brasileiros, como o realizado em São Paulo em 2015, mostram o choro como principal parâmetro na avaliação da dor em um neonato, tanto para os profissionais de saúde, como também para os familiares, no entanto, a presença deste em crianças pré-verbais torna-se inespecífica quando avaliado isoladamente, tendo em vista que este é, ainda, seu principal instrumento primitivo de comunicação (SANTOS et al., 2015; ELIAS et al., 2016).

Outros sinais expressos também foram citados nas entrevistas, em que os discursos revelaram repertório restrito acerca da vastidão de assuntos concernentes a dor neonatal, limitando desta forma, as evidências científicas necessárias para dar continuidade ao cuidado:

Então, o tempo que eu estou aqui como experiência, ela (a dor) traz alguns incômodos para o bebê, como taquicardia, taquipneia, o bebê fica muito inquieto, entendeu? ele fica muito inquieto (E1).

São um dos sinais vitais que a gente observa no recém-nascido, [...] ele emite alguns sinais como, por exemplo, faciais, né, de dor, a expressão na região frontal, quando ele franze a testinha, o choro e outros sinais que a gente pode observar (TE10).

Estes sinais citados são alguns dos componentes que integram as escalas de dor, instrumentos cientificamente validados que padronizam variáveis que auxiliam na detecção da dor, podendo ser uni ou multidimensionais (BRASIL, 2013), dessa forma, torna-se importante o conhecimento detalhado das dimensões que serão avaliadas, bem como a sua operacionalização, para que se alcance o real objetivo do instrumento, a detecção eficaz da dor neonatal. A escala Neonatal Infant Pain Scale (NIPS), foi citada nas entrevistas, demonstrando ser, dentre todas as escalas, a eleita para a rotina de avaliações no setor, muito embora não exista uma escala ideal para todos os tipos de estímulo doloroso, idade gestacional, contextos de dor (MELO et al., 2014), esta tem sido a mais utilizada, bem como demonstra os discursos:

A escala de NIPS, que a gente tem ela aqui nessa prancheta, que a gente usa [...], aí a gente vem e verifica, a expressão facial, se tá relaxada, contraída, vê se o choro tá ausente, se tem resmungo ou tá vigoroso, aí de acordo a respiração se tá relaxada, diferente do basal, os braços se estão relaxados, fletidos, as pernas relaxadas ou fletidas, e o estado de consciência, se tá dormindo calmo ou desconfortável (E5).

A gente faz a escala de NIPS aqui pra reconhecer se o RN ta sentindo dor, no caso se ele ta choroso, se ele ta com flexão e extensão, se ele ta inquieto, são esses sinais que a gente usa (E5).

Avaliando a escassez de menções das escalas existentes, infere-se a ausência da implementação e registro dos escores de dor na rotina da assistência hospitalar ao recém-nascido. Com base nisso, existe a necessidade de uma relação mais estreita entre conhecimento teórico e experiência diária para que os profissionais de saúde contemplem um cuidado integral e obtenham uma atuação eficaz frente a dor em recém-nascidos (GADELHA, 2013).

A fala a seguir demonstra, ainda, que apesar do profissional saber da existência de escalas de dor, não há o compromisso ou sensibilização sobre a importância da sua utilização na rotina assistencial:

Tem uma escala aqui, a NIPS, a gente quase não atua, ela escreve NIPS 1, NIPS 2, NIPS 3, a (fulana) é top mas a gente identifica através do choro, da irritação (E2).

Nota-se a desvalorização das escalas de dor conforme ocorreu no estudo de Oliveira et al. (2020), onde era frequente a avaliação da dor do recém-nascido de forma subjetiva, mediante a observação de alterações na face, frequência respiratória e cardíaca, temperatura e pressão arterial, além da presença de choro e movimentos corporais.

Os discursos colhidos, revelaram ainda, desinformação, dúvidas e certo desinteresse acerca do universo que é a dor do neonato, evidenciados por pausas e entonações reticentes dos entrevistados:

O que eu o sei? não sei muita coisa não (TE2).

Na verdade nunca parei para pensar em relação a isso não. A dor neonatal, mana não sei nem te responder (TE8).

Tem vezes que eles choram, choram, choram, acho que é pelo, deixa eu ver, não sei nem como te explicar (TE8).

Sabendo disso, entende-se que o conhecimento da fisiologia e de sinais da dor neonatal ou a ausência deste, é considerado uma barreira ao adequado e precoce tratamento da dor em neonatos internados em unidades neonatais (ARAÚJO, 2013).

Há, ainda, profissionais que exibem, através das falas, um empirismo baseado na experiência do cuidado neonatal, sem no entanto, ter recebido qualquer capacitação sobre a temática:

Sei muito pouco, assim, a experiência que eu tenho é com a prática, né, que a gente vivencia no dia a dia de trabalho, mas assim, na parte teórica eu não sei muito, mas o que eu vejo na prática, o que eu posso reconhecer como dor é isso, é o que eu vejo na minha prática. Seria, eu não sei nem ti.. porque é muito subjetivo (AE1).

Então, o tempo que eu estou aqui como experiência, ela (a dor) traz alguns incômodos para o bebê como taquicardia, taquipneia, o bebê fica muito inquieto, entendeu? ele fica muito inquieto (E1).

Apesar de o conhecimento obtido através das práticas rotineiras da assistência ser valorizado, defende-se a importância da capacitação e atualização profissional constante (CAPELLINI et al., 2014; GADÊLHA, 2013).

Para complementar os discursos supracitados, o presente estudo também demonstrou que somente 7 pessoas (36,84%) participaram de alguma capacitação sobre dor neonatal. Isto revela um dado preocupante, uma vez que a ausência do arcabouço teórico acerca do tema influencia a qualidade da detecção e consequentemente da resolução da dor neonatal.

Condutas dos profissionais perante a dor neonatal

Uma das soluções mais mencionadas nas entrevistas foi a sucção não-nutritiva (SNN), cuja técnica possui um efeito calmante. Um benefício desta técnica é a estabilização do RN por vias fisiológicas espontânea (HARDY, 2011). Os profissionais fizeram as seguintes citações acerca deste método:

Bom, no caso da punção a gente sempre tenta fazer a sucção não-nutritiva e na coleta de exames também, a sucção (E1).

Então, a gente procura tentar acalmar a criança ou fazer o estímulo de sucção que acalma bastante o bebê, entendeu? (TE9).

Infere-se, através dos discursos, a percepção do que é a prevenção, tida como o primeiro princípio no que se relaciona a dor neonatal, pois fornece alívio mais efetivo se comparada ao tratamento da dor propriamente dita (BRASIL, 2013). Fortalecendo os argumentos dos entrevistados, um estudo que associou a instalação do CPAP nasal à sucção não-nutritiva produziu respostas comportamentais e fisiológicas compatíveis com o estado de conforto e harmonia. Uma segunda pesquisa demonstra que a realização desta técnica iniciada três minutos antes do procedimento doloroso tem se mostrado eficaz no alívio da dor (BRASIL, 2013; ANTUNES; NASCIMENTO, 2013; PILLAI RIDDELL et al., 2011).

Em contrapartida, um dos discursos coletados revelou uma controvérsia acerca do valor das condutas preventivas na assistência neonatal:

O que a gente faz para prevenir? na verdade, tipo assim, o procedimento que a gente faz mais doloroso seria a punção, né? E para prevenir a dor mesmo acredito que não é feito nada não, para prevenir a dor não (TE2).

Outra conduta não-farmacológica abordada nas entrevistas foi a administração da glicose para amenizar a sensação de dor em RNs. Esta substância não tem o mecanismo de ação totalmente compreendido, entretanto sabe-se que ocorre a liberação endógena de opioides após administração oral da solução, minimizando o tempo de choro, a mímica facial sugestiva de dor e as manifestações fisiológicas (ANSELONI et al., 2005).

[...] então a gente coloca duas a três gotinhas (de glicose) meia hora antes, pode ser minutos antes, tem que ser minutos antes para que ele fique mais tranquilo antes de procedimentos dolorosos e invasivos como punção ou uma coleta de gasometria (TE10).

Você pode ofertar também glicose a 25% pra criança, pra diminuir essa dor (E6).

O Ministério da Saúde lista as intervenções não-farmacológicas para alívio da dor, que incluem as soluções adocicadas, preferencialmente sacarose a 24%, no entanto, a glicose a 25% também pode ser utilizada na dose de 0,5 a 2 ml, 1 a 2 minutos antes da manipulação da criança (BRASIL, 2018).

Portanto, percebe-se insegurança quanto ao tempo correto de resposta eficaz da substância, como também uma discordância na questão de dosagem recomendada da substância, para que assim, seja eficaz na cessação da dor.

Dentre vários estudos que comprovam a eficácia da utilização dessas substâncias para combater a dor neonatal, uma revisão sistemática demonstrou que a sacarose é eficaz em procedimentos de leve a moderada intensidade, assim como a punção de calcâneo e venosa. Entretanto, ressaltou que em procedimentos dolorosos de intensidades maiores, existe a necessidade de associar a glicose com outro método não-farmacológico de alívio da dor (STEVENS et al., 2013). Esta informação está incutida no repertório de cuidados dos profissionais de enfermagem da presente pesquisa, conforme explica estes discursos:

De vez em quando eu faço né, coloco um pouquinho de glicose enluvado no meu dedo, eu digo a glicose, e coloco no meu dedo e ponho na criança, porque tem estudos que a glicose faz diminuir a dor na criança (E5).

Aí gente faz uma chupetinha de luva né, eu pelo menos faço muito isso [...], coloco um pouquinho de glicose, uma gotinha de glicose na luva e coloco na boca do bebê, aí fica segurando, ele fica sugando e a gente pega o acesso. Muitas vezes, a maioria das vezes eles não choram, entendeu? ou se estiver com colega, ela calça a luva e coloca o dedinho na boca para acalmar (TE8).

Segundo Hardy (2011), a implementação das duas técnicas em conjunto tem um efeito sinérgico, reduzindo o tempo de choro e a resposta do RN a dor. 24. Harrison, Yamada e Stevens (2010) propõem a administração de 2 ml de sacarose 24% e 1 ml de glicose 25% via oral na porção anterior da língua, com SNN por até dez doses ao dia antes de procedimentos dolorosos. Entende-se que esta administração deve acontecer nos dois minutos que antecedem a realização das manipulações, ou ainda, que deve iniciar um a dois minutos antes de iniciar a SNN (MORAES, 2017; BRASIL, 2018).

Outro manejo interessante trata-se de uma ação que traz benefícios tanto para mãe quanto para a criança, o ato de amamentar juntamente ao contato pele a pele, que envolve uma série de momentos que estimulam tanto o vínculo entre ambos, como também promove um melhor controle térmico, minimiza o tempo de internação, oferta maior segurança aos pais para o momento da alta hospitalar, melhora o desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivos, além de amenizar o estresse e a dor no RN (BRASIL, 2011).

Se a mãe tiver presente e o bebê já tá em seio materno, a gente põe ele, geralmente, no seio materno, né, coloca no colo da mãe, tenta fazer com que ele se sinta confortável, de modo que aquilo seja solucionado (E3).

Então, quando a gente identifica que o RN está com dor [...] algumas vezes a gente providencia o contato pele a pele, deixa no colo da mãe, pra diminuir esse estresse (E7).

Outra conduta importante, que foi observada nos discursos dos profissionais entrevistados, foi a execução dos cuidados em dupla, recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), cuja finalidade é facilitar as técnicas de consolo, tal como sucção não-nutritiva e a oferta de soluções adocicadas como forma de prevenção e tratamento da dor:

Pra punção venosa e coleta, tenta sempre tá com outro colega para fazer essas técnicas, como eu falei, da glicose e de colocar a mãozinha na boca (TE4).

Na coleta de sangue, de exames, procuro coletar com mais um profissional para acalantar a criança (E4).

Ao analisar estes discursos percebe-se uma conduta positiva sendo respeitada no serviço neonatal. Esta questão nos incita a importância do trabalho em equipe.

Outra importante estratégia contra a dor neonatal citadas pelos profissionais são os medicamentos:

Primeira coisa que a gente vai verificar é todo ele, verifica o acesso, se tá pérvio, se tá tudo bem com acesso, fralda, troca a posição dele, e aí verifica temperatura, batimento, essas coisas todas, sinais vitais, se tá tudo ali dentro do padrão, então quer dizer que tem que entrar com as medidas farmacológicas (TE5).

Procurar entender o motivo da dor, medicação, né, e avaliar o que pode ser o motivo da dor da criança, pode ser um sensor, então fazer mudança de decúbito, esses cuidados da enfermagem, primeiro fazer, depois ver questão de medicação (E4).

Observa-se a inespecificidade presente no que se relaciona as medicações utilizadas, reconhecendo, no entanto, o papel da analgesia farmacológica como importante desfecho para a dor em neonatos, caso as medidas não farmacológicas não surtam efeito ou não estejam indicadas.

Acerca dos analgésicos, os opioides são considerados os mais eficazes contra a dor e os medicamentos desta classe mais comumente utilizados no período neonatal são morfina, fentanil, tramadol e metadona (BRASIL, 2011).

A gente comunica a enfermeira e aí geralmente ela mesmo fala para dar dipirona ou ibuprofeno, entendeu? ou então comunica a médica também, que também passa. As vezes passa Dipirona, é, a maioria das vezes passa dipirona pra dor e geralmente resolve (TE1).

A gente sempre comunica o médico, né, que o bebê tá assim, para prescrever uma analgesia, geralmente dipirona, tramal muito difícil, mas geralmente dipirona, paracetamol é prescrito para o alívio da dor (E1).

Um dos medicamentos mencionados pelos entrevistados foi o ibuprofeno, um anti-inflamatório não-esteróide que tem sido indicado nas literaturas para auxiliar no fechamento do canal arterial da criança, quando ela for acometida de tal situação, não sendo portanto, recomendada a utilização de rotina em situações de dor neonatal (JOHNSTON et al., 2017).

O discurso que segue revelou uma tentativa empírica e pouco convencional de amenizar ou prevenir a dor neonatal antes dos procedimentos dolorosos, utilizando-se de métodos farmacológicos:

⤿ E antes, não é prescrito, mas a gente sempre tenta colocar uma ou duas gotinhas de dipirona (na boca do neonato) [...] (TE4).

O profissional de enfermagem somente pode administrar medicamentos guiados pela prescrição do médico, uma vez que ele é o profissional habilitado para realizar esta função na terapia intensiva, levando em consideração a situação crítica dos pacientes atendidos.

Conclusão

Após análise dos discursos colhidos, pôde-se inferir que os profissionais de enfermagem, em sua maioria, possuem um repertório limitado acerca do evento doloroso. Embora tenham mencionado sinais e sintomas importantes de detecção da dor, estes se mostraram superficiais para dar continuidade ao cuidado neonatal crítico. Além disso, importante ressaltar, também, a existência de insegurança e desinformação dos profissionais sobre o assunto, que, embora tenham uma bagagem prática concernente ao manejo da dor em recém-nascidos, faz-se necessário uma atualização e aprofundamento do tema, visto que 68,42% dos profissionais participantes desta pesquisa são formados há mais de 10 anos e 63,15% destes referiram não ter recebido qualquer capacitação acerca da temática, e portanto não tem preparo específico para avaliação e tratamento da dor, considerando as peculiaridades inerentes ao período neonatal.

Outra questão importante é a ausência de sistematização do manejo da dor, no que diz respeito a protocolos assistenciais que contenham as escalas de dor, de forma que padronizem o tratamento desta, com a finalidade de eliminar qualquer dúvida sobre os procedimentos de minimização da dor.

Sugere-se constante reciclagem dos profissionais de enfermagem da unidade neonatal quanto aos conhecimentos teóricos e quanto a aplicação das escalas de dor, instituindo protocolos de avaliação da dor neonatal para nortear o atendimento, incentivando e valorizando a busca por conhecimento e educação continuada. Além disso, recomenda-se estratégias de sensibilização perante a equipe, tal como rodas de conversas, dinâmicas, oficinas, de modo a envolver a atuação dos profissionais perante a dor, sendo isto realizado periodicamente.

Referências

ANSELONI, V.C.; REN, K.; DUBNER, R.; ENNIS, M. A **brainstem substrate for analgesia elicited by intraoral sucrose**. *Neuroscience*. v. 133, n.1, p. 231-243, 2005.

ANTUNES, J.C.P.; NASCIMENTO, M.A.L. A sucção não nutritiva do recém-nascido prematuro como uma tecnologia de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* [Internet], v. 66, n. 5, p. 647, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/04.pdf>. Acesso em: 07 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Método Canguru: diretrizes do cuidado** [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2018. [acesso em 07 out. 2018]. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_diretrizes_cuidado.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde, Intervenções comuns, icterícia e infecções** [Internet]; 2. Brasília

- (Brasil): Ministério da Saúde, 2011. [acesso em: 07 out. 2018]. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v2.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde, cuidado com o recém-nascido pré-termo** [Internet]. 2ª ed. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2012. [acesso em: 07 out. 2018]. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v4.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico** [Internet]. 2ª ed., 1. reimpr. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2013 [acesso em: 07 out. 2018] Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf
- CAPELLINI, V.K.; DARE, M.F.; CASTRAL, T.C.; CHRISTOFFEL, M.M.; LEITE, A.M.; SCOCHI, C.G.S. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v.16, n.2, p.361-369, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.23611>. Acesso em: 07 out. 2018.
- ELIAS, L.S.D.T.; CAJIGAS, C.; TIMÓTEO, B.S.; BARBISAN, G.G.; CAVALETI, J.B.; ALVES, T.M. **Avaliação da dor na unidade neonatal sob a perspectiva da equipe de enfermagem em um hospital no noroeste paulista. Cuidarte Enfermagem. [Internet]**. v.10, n.2, p.156-161, 2016. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2016v2/156-161.pdf>. Acesso em: 07 out. 2018.
- GADÊLHA, V.S. **A dor no recém-nascido sob a ótica dos enfermeiros [Monografia na Internet]**. [Brasília]: Universidade de Brasília; 2013 [acesso em: 7 out. 2018]. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/6123/1/2013_VanessadaSilvaGadelha.pdf
- GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 th ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GUINSBURG, R. Dor no recém-nascido: importância do estudo da dor no recém-nascido. In: Rugolo LMS. **Manual de neonatologia**. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p.63-9.
- HARDY, W. Facilitating Pain Management. **Adv Neonatal Care**. v.11, n.4, p. 279-281, 2011.
- HARRISON, D.; YAMADA, J.; STEVENS, B. Strategies for the prevention and management of neonatal and infant pain. Current Pain and Headache Reports. **Curr Pain Headache Rep**. v. 14, n.2, p. 113-123, 2010.
- JOHNSTON, C.; CAMPBELL-YEO, M.; DISHER, T.; BENOIT, B.; FERNANDES, A.; STREINER, D.; INGLIS, D.; ZEE, R. Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. **Cochrane Database Syst Rev**. v. 16, n.2, 2017.
- KOPE, A.; PATEL, N.B. **Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos. Associação internacional para o estudo da dor (IASP)**®. [Internet] 2010 [acesso em: 07 OUT 2018]. Disponível em: https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Portuguese.pdf
- MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- MELO, G.M.; LÉLIS, A.L.P.A.; MOURA, A.F.; CARDOSO, M.V.L.M.L.; SILVA, V.M. Escalas de avaliação de dor em recém-nascidos: revisão integrativa. **Rev. paul. pediatr. [Internet]**, v.32, n.4, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-05822014000400395&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 07 out. 2018.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MORAES, E.L.L. **Protocolo multiprofissional para manejo da dor e do estresse em recém-nascidos: uma pesquisa-ação** [Dissertação na Internet]. [Curitiba]: Universidade Federal do Paraná; 2017 [acesso em: 07 out. 2018]. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/53384/R%20-%20D%20-%20ETIENE%20LETICIA%20LEONE%20DE%20MORAES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- PILLAI RIDDELL, R.R.; RACINE, N.M.; TURCOTTE, K.; UMAN, L.S.; HORTON, R.E.; DIN OSMUN, L.; AHOLA, K.S.; HILLGROVE, S.J.; STEVENS, B.; GERWITZ-STERN, A. Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain. **Cochrane Database Syst Rev**. v.5, n.10, 2011.
- SANTOS, L.M.; PEREIRA, M.P.; SANTOS, L.F.; SANTANA, R.C. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Bras Enferm. [Internet]**. V.65, n.1, p.27-33, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100004. Acesso em: 07 out. 2018.

SANTOS, M.C.C.; GOMES, M.F.P.; CAPELLINI, V.K.; CARVALHO, V.C.S. Avaliação materna da dor em recém-nascidos prematuros. **Rev Rene**. [Internet]. v.16, n.6, p. 842-847, 2015. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14769/1/2015_art_mccsantos.pdf. Acesso em: 07 out. 2018.

SOUSA, B.B.B.; SANTOS, M.H.; SOUSA, F.G.M.; GONÇALVES, A.P.F.; PAIVA, S.S. Avaliação da dor como instrumento para o cuidar de recém-nascidos pré-termo. **Texto Contexto Enferm**. [Internet]. v.15, n. esp, p. 88-96, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea10.pdf>. Acesso em 07 out. 2018.

SOUSA, F.A.E.F. Dor: o quinto sinal vital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. [Internet]. v.10, n.3, p.446-447, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000300020. Acesso em: 07 out. 2018.

STEVENS, B.; YAMADA, J.; LEE, G.Y.; OHLSSON, A. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. **Cochrane Database Syst Rev**. v. 31, n.1, 2013.

THIRY-CHERQUES, R.H. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Af-Rev PMKT**[Internet]. v.4, n.8, p. 20-27, 2009. Disponível em: http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Edicoes/Revista_PMKT_003_02.pdf. Acesso em: 07 out. 2018.

VERONEZ, M.; CORREA, D.A.M. A dor e o recém-nascido de risco: percepção dos profissionais de enfermagem. **Cogitare Enferm**. [Internet], v.15, n.2, p.263-270, 2010. Disponível em: <https://www.revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/17859/11652>. Acesso em 07 out. 2018.

COINFEÇÃO HIV E SÍFILIS NA GESTAÇÃO: ESTUDO DE CASO SOBRE O ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL DA EQUIPE SAE/PAULISTA

*Laís de Souza Monteiro
Milena Ribeiro de Moura Lobo
Anne Karoline Vasconcelos
Grace Kelly da Silva Lima*

Introdução

As infecções sexualmente transmissíveis (IST), são consideradas um problema de saúde pública e estão entre as doenças transmissíveis mais comuns, afetando a saúde e a vida das pessoas em todo o mundo. Elas têm impacto direto sobre a saúde reprodutiva e infantil, acarretando infertilidade e complicações na gravidez e no parto, além de causar morte fetal e agravos à saúde da criança (BRASIL, 2020a).

A incidência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) continua a aumentar em nosso país, mesmo com o avanço da Terapia antirretroviral (TARV) e a diminuição da mortalidade. Ao mesmo tempo, os casos de sífilis em gestantes com possibilidade de culminar em sífilis congênita também vem aumentando, mesmo já se tendo o conhecimento de tratamento eficaz e facilmente realizado (BRASIL, 2007)

Segundo o boletim epidemiológico HIV/AIDS (BRASIL, 2020a), em 2019, foram diagnosticados 41.909 novos casos de HIV e 37.308 casos de AIDS no Brasil. Em relação às gestantes, no período de 2000 até junho de 2020, foram notificadas 134.328 gestantes infectadas com HIV, destas 18% são residentes do Nordeste (BRASIL, 2020a).

A sífilis, por sua vez, é uma doença infecciosa, sistêmica, de evolução crônica, que pode ser transmitida pela via sexual ou transplacentária, podendo ser classificada, respectivamente, em sífilis adquirida ou congênita. Em 2019, foram notificados, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 152.915 casos de sífilis adquirida; 61.127 casos de sífilis em gestantes; 24.130 casos de sífilis congênita; e 173 óbitos por sífilis congênita (taxa de mortalidade de 5,9/100.000 nascidos vivos) (BRASIL, 2020b).

No Brasil, o primeiro caso de AIDS foi registrado em 1980 em São Paulo. Mesmo antes da criação do Sistema Único de Saúde – SUS em 1990, foi criado o Programa Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde em 1988 como resposta à pressão social, por parte de grupos gays, sociedade civil organizada e Organizações Não-Governamentais (ONGs), para o enfrentamento da doença, já que a epidemia se espalhava pelo país.

À vista disso, a Política Nacional de DST/AIDS foi criada em 1999, com o objetivo de sistematizar as diretrizes que orientam as ações do Programa Nacional de DST/AIDS² do Ministério da Saúde. Essas ações se baseiam nos princípios e fundamentos do Sistema Único de Saúde, entendendo-se dessa forma, que o SUS é um sistema integrado, em que sociedade e estado interagem para um objetivo comum, que é a promoção e cuidado da saúde da população.

O conjunto das ações implantadas e desenvolvidas têm, em geral, favorecido a estabilização da AIDS. No que se refere ao tratamento dos pacientes, a distribuição gratuita de medicamentos tem possibilitado uma maior sobrevida e uma melhor qualidade de vida. Mudanças no perfil epidemiológico da epidemia de HIV/AIDS ao longo dos anos determinaram constantes revisões nas formas de compreender e atender a população afetada pela doença e pelos fatores biopsicossociais atrelados a ela (CARVALHO, 2009).

No caso da sífilis as ações de enfrentamento com pesquisa, diagnóstico e tratamento prosseguem no país; campanhas de conscientização apresentam reflexões sobre a doença, abordando questões como as formas de transmissão e de prevenção. Nos casos de prevenção da sífilis congênita, embora o Brasil possua cobertura elevada de pré-natal, a mesma não é uniforme, entretanto, o Ministério da Saúde tem investido em ações para estimular a participação do pai ou parceiro durante todo o pré-natal, através do pré-natal do parceiro, como essencial para o bem-estar biopsicossocial da mãe, do bebê e dele próprio.

Ao longo dessas iniciativas, crescem os interesses em estudos sobre processos de cuidado e apontam para o papel fundamental da equipe de saúde na atuação como estimuladora do autocuidado, da mudança de hábitos, do estabelecimento de condutas que visem a qualidade de vida, bem como o diagnóstico oportuno, em especial na gestação, para o controle dos agravos e prevenção de transmissão vertical. (KNOLL et al., 2019).

A equipe multidisciplinar de saúde pode ser usada como estratégia para tornar o atendimento mais qualificado, efetivo e seguro para o paciente. Nesse sentido, a política de IST/AIDS adota os serviços de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e os Serviços de Assistência Especializada (SAE) como referência para a orientação, promoção à saúde, prevenção e cuidado de pessoas sobre IST/AIDS.

Os SAE foram implantados no Brasil a partir de 1994, visando oferecer ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas com HIV ou AIDS. O serviço é formado por equipe de saúde multiprofissional, que oferta atendimento médico e de enfermagem, com resolutividade diagnóstica, e oferece atendimento farmacêutico e psicossocial aos usuários e familiares. Deste modo, assegura a assistência clínica longitudinal dos pacientes, orienta-os e direciona-os, segundo as necessidades, a outros serviços, e incentivando a adesão ao tratamento, realizando suporte e orientação aos familiares.

Acreditando na importância do trabalho desses serviços de referência e da equipe multiprofissional como agente da integralidade do cuidado, o objetivo deste estudo de caso é descrever a atuação da equipe do SAE em Paulista/Pernambuco no acompanhamento de uma gestante com coinfeção por sífilis e HIV e, desta forma, discutir as potencialidades e fragilidades na condução dos casos, bem como refletir a importância do trabalho multiprofissional.

² A terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) passou a ser adotada em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), porque destaca a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas. Atualmente as ações da política de IST/AIDS são desenvolvidas pelo Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DCCI/SVS/MS).

Estudo de Caso e Relato de Funcionamento do serviço

O município do Paulista está localizado na Região Metropolitana do Recife, no estado de Pernambuco. Distante da capital 12,5 km, possui uma área territorial de 97 km, é constituído por 24 bairros e população total estimada em 334.376 habitantes com densidade demográfica de 3.087 habitantes por quilômetro quadrado, ocupando a terceira posição como o município com maior densidade demográfica do estado (PAULISTA, 2018).

Quanto aos serviços de saúde ofertados, o município apresenta na rede de atenção básica, 39 Unidades de Saúde da Família (USF), com 44 Equipes de Saúde da Família e 21 Equipes de Saúde Bucal, além de 03 equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), e programas de promoção à saúde, como o Programa academia da cidade e o Programa saúde na escola.

Da rede de serviços especializados além do CTA/SAE, foco deste trabalho, o município tem 08 policlínicas, uma rede de atenção psicossocial com 01 CAPS III - Transtorno, 01 CAPS AD e residência terapêutica; além de unidades para populações específicas como idoso, e adolescentes.

O CTA e SAE em Paulista funcionam na mesma estrutura física e configuram-se como serviços de porta aberta. O CTA atua com aconselhamento, orientações de prevenção combinada, ações extra muros, testagem rápida para HIV, Sífilis e Hepatites B e C, além de exames de VDRL (Venereal Disease Research Laboratory – teste de identificação de pacientes com sífilis). A equipe do CTA é composta por 02 Psicólogas que atuam no aconselhamento pré e pós-teste. É no pós-teste que os resultados são informados e que as tomadas de condutas são realizadas. Além disso, fazem parte da equipe 02 Técnicos de laboratório e 01 Biomédica.

Já o SAE, atua no acompanhamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS tanto do próprio município quanto dos municípios circunvizinhos com consultas, exames, dispensação de medicamentos antirretrovirais e para o controle e tratamento de infecções oportunistas e medicamentos para o manejo de eventos indesejados relacionados ao uso inclusive de antirretrovirais, fórmulas lácteas e acompanhamento psicossocial.

Atualmente o SAE-Paulista possui 1035 usuários cadastrados e segundo Boletim para Avaliação e Uso de Medicamentos obtido através do SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos), no período de 01/01/21 a 30/06/2021, 536 adultos retiraram medicamentos na farmácia do SAE Paulista.

Sua equipe multiprofissional é composta por profissionais nível médio, auxiliar de farmácia e técnico de enfermagem, e por profissionais de nível superior como destacado abaixo:

Enfermeira - Realiza as consultas de enfermagem com ênfase na prevenção de coinfeções por outras IST's e controle do HIV. Avalia e solicita exames laboratoriais, de carga viral e a dosagem de linfócitos TCD4, e orienta cuidados de saúde. Além disso, realiza consulta para Profilaxia Pós-Exposição ao risco para contaminação pelo HIV, gerencia as atividades de enfermagem, promove acolhimento com escuta qualificada em demanda espontânea aos pacientes e seus familiares e realiza atividades de educação em saúde.

Assistente social - Realiza atendimento social aos usuários e familiares buscando identificar as condições de vida e os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença, faz encaminhamentos de acesso para a rede de serviços e direitos sociais, estabelece trabalho em rede com outras instituições de saúde e socioassistenciais, realiza atividades de educação em saúde, busca participação dos usuários no processo de tratamento e autocuidado, estimula a participação da população na formulação e fiscalização das políticas de saúde objetivando a defesa dos direitos sociais.

Psicóloga - Oferece apoio psicológico ao paciente e a seus familiares, proporcionando aos mesmos meios psicológicos para vivenciarem as particularidades ligadas a vivência com o HIV, bem como questões mais amplas ligadas à subjetividade e manejo das emoções.

Farmacêutica - Planeja, controla e armazena o estoque de medicamentos, visando as condições adequadas de conservação, gerencia as atividades de assistência farmacêutica do serviço, orienta sobre o uso dos medicamentos e possíveis efeitos adversos, interações farmacológicas e com alimentos, objetivando um tratamento seguro e eficaz e o uso racional junto aos usuários, assegura o fornecimento adequado da terapia, auxilia na adesão ao tratamento e registra a movimentação de medicamentos no SICLOM.

Médico - Mantém o manejo clínico dos usuários, abordando-os com uma visão integral, gerencia os possíveis efeitos adversos e interações medicamentosas referentes à TARV (terapia antirretroviral) e outras medicações, como as utilizadas no tratamento de infecções oportunistas, realiza orientações de saúde aos pacientes e seus familiares.

Todos os profissionais são estatutários e não houve capacitação para o início das atividades no serviço. As capacitações existentes foram pontuais, após o início do processo de trabalho e, atualmente, dependem da iniciativa e interesse individual do próprio profissional em buscar qualificação. No intuito de manter uma equipe atualizada e capacitada, todos os profissionais que compõem o CTA e o SAE participam das atividades de educação continuada, seja como facilitador ou ouvinte.

Estudo de caso

Maria³, 30 anos, gestante, solteira, sem histórico obstétrico. Com diagnóstico de HIV em 2015 e em abandono de tratamento há mais de 1 ano, procurou atendimento no SAE-Paulista após exame de Beta HCG com resultado positivo.

O HIV na gestação afeta a qualidade de vida das mulheres e condiciona a uma gestação de receios e angústias frente ao desconhecido. Segundo dados de incidência do estudo “Nascer no Brasil”, o risco de transmissão fetal durante o período gestacional é de 35%, entretanto quando se implanta medidas profiláticas esse risco diminui a índices menores que 2% (TRINDADE et al., 2021). É no objetivo de promover um atendimento acolhedor e eficaz com medidas para minimizar as possibilidades de uma transmissão materno-fetal que a equipe do SAE Paulista trabalha.

Através de contato telefônico na noite do dia 20/12/2020 a paciente se identificou como usuária do serviço e solicitou atendimento médico devido ao diagnóstico de gravidez não planejada. Na ocasião, informou estar em abandono de tratamento. Este contato foi possível porque a usuária tinha acesso ao número de telefone pessoal do guarda municipal, um dos funcionários do prédio onde funciona o SAE. Ao saber da informação da gestação, a enfermeira do serviço foi imediatamente comunicada. Ressalta-se o fato do SAE estar funcionando sem aparelho telefônico, o que é um dificultador do processo de trabalho.

Desse modo, com o intuito de fortalecer a segurança materno-fetal e de promover a assistência qualificada, foi agendada consulta com a enfermeira e com o médico infectologista para o dia seguinte. O objetivo era otimizar os encaminhamentos e realizar as orientações de saúde pertinentes ao momento gestacional. A gestante foi orientada a trazer os exames recentes para o atendimento multiprofissional.

³ Nome fictício

No primeiro atendimento, a paciente informou estar gestante há aproximadamente 5 meses e que soube do diagnóstico recentemente. Informou ainda ter procurado atendimento ginecológico por apresentar amenorreia, entretanto não foi verificada a possibilidade de gravidez. Relatou que faria o acompanhamento do pré-natal em rede privada.

Neste mesmo dia, trouxe o resultado de teste não treponêmico para sífilis (VDRL) 1/32, realizado em dezembro de 2020, caracterizando sífilis em gestante. Com a intenção de proteger o feto contra sífilis congênita foi prescrito tratamento com Penicilina G Benzatina, em dose total de 7.200.000 UI (Unidade Internacional), distribuídas em aplicações semanais de 2.400.000 UI. Para garantir o atendimento a esta gestante, no que tange a administração do antibiótico, foi realizado contato telefônico com enfermeira de uma equipe de saúde da família do município, onde já se sabia que estavam sendo tratados casos de sífilis.

A sífilis é um grave problema de saúde pública, principalmente quando se considera a infecção treponêmica em gestantes. Quando não tratada adequadamente, os riscos de desfechos negativos são altos e eles se caracterizam por abortos espontâneos, morte fetal ou neonatal precoce, ou ainda graves sequelas perinatais (MACEDO et al., 2020).

Ainda no atendimento, com o objetivo de otimizar o tratamento, foi coletada amostra de sangue para realização de exame de quantificação de carga viral e contagem de subpopulações de linfócitos TCD4/CD8 e enviada para leitura no Laboratório Central de Saúde Pública de Pernambuco, o LACEN. Além disso, o esquema da Terapia Antirretroviral foi reiniciado com o 3X1 (Lamivudina 300mg + Tenofovir 300mg + Efavirenz 600mg). Como demais condutas e com objetivo de ajudar na adesão ao tratamento e no fortalecimento da paciente foi sugerido acompanhamento psicológico, aceito pela gestante.

A gestação e a maternidade no contexto do HIV/AIDS são marcadas não somente pelos desafios ligados ao enfrentamento de uma doença crônica e estigmatizante como a AIDS, mas, principalmente, pelo medo e pela culpa diante da possibilidade de transmitir o vírus para o bebê. A tomada efetiva de atitudes para a prevenção da transmissão materno-infantil (TMI) do HIV depende de muitos fatores que envolvem a equipe de saúde e as famílias, muitas delas em evidente situação de vulnerabilidade social. Nesse contexto, identifica-se a necessidade de intervenções que ajudem a diminuir as dificuldades e o sofrimento, auxiliando na promoção da saúde dessas pessoas (CARVALHO et al., 1999).

Maria compareceu ao primeiro atendimento psicológico relatando que a gestação não fora planejada e que, apesar de ter cogitado a interrupção, esforçava-se para aceitar a gravidez. A mesma informou que já tinha sido acompanhada por outra psicóloga do SAE-Paulista tempos atrás, na época do falecimento do seu ex companheiro, que também era usuário do serviço. Por vezes, se emocionou durante o atendimento, principalmente ao relatar sua ausência de apoio familiar.

Da história de vida, a usuária conta que sua mãe faleceu no seu nascimento e que passou a infância aos cuidados de terceiros, sempre mudando de cuidadores. Aos 12 anos passou a morar com seu pai, o qual veio a falecer no ano seguinte. Assim, aos 13 anos, Maria casou-se pois, segundo ela, não queria mais morar com parentes, permanecendo nessa relação por 07 anos.

Após o término do casamento passou a morar sozinha e, embora tenha vivenciado outros relacionamentos, segue nesta condição desde então. Informa que não tem boa relação com seus familiares e não menciona ter irmãos ou irmãs. Aponta que a única pessoa com a qual mantém contato e que demonstra preocupação com ela é a avó materna, mas que esta é uma pessoa de difícil convivência.

Para Maria o período mais tranquilo da sua vida foi durante o relacionamento com o companheiro que estava ao descobrir o diagnóstico de HIV. Mesmo ele constituindo outro relacionamento estável à época, a usuária conta que foi um período em que ela se sentia muito amada e protegida. Traz que o apartamento onde reside hoje foi comprado com ajuda dele e que sofreu muito quando o mesmo faleceu em um acidente.

Foi nesse período que a usuária iniciou um acompanhamento psicológico no serviço, mas não deu continuidade e abandonou o tratamento para o HIV. Segundo ela, a interrupção do tratamento foi motivada pela expectativa que a mesma tinha em morrer em decorrência do vírus. Embora relate que nunca pensou em tirar a própria vida de forma direta e contundente e ter tentado seguir com as atividades diárias como trabalho e outros relacionamentos, a mesma não via sentido em dar andamento ao tratamento ou realizar qualquer autocuidado no sentido de prevenção de outros agravos.

Para a usuária a gravidez foi uma surpresa, pois acreditava que não poderia engravidar, visto que nunca tomou nenhuma medida de prevenção. Foi ao engravidar que ela passou a reavaliar suas práticas de cuidado e se preocupar com a saúde da criança, inclusive, desistiu da tentativa de interrupção da gravidez por causa do receio de que a criança nascesse com alguma seqüela, caso fosse mal sucedida.

Nos dois atendimentos seguintes, a usuária falou muito sobre não receber o suporte do genitor da criança, visto que entre eles havia apenas relações sexuais pontuais, pois o mesmo tinha envolvimento com atos violentos e ela nunca quis estruturar um relacionamento com ele. Apresentava preocupações sobre as chances do bebê nascer com HIV positivo, pois ela estava em abandono de tratamento e com a possibilidade de sífilis congênita pelo período avançado da gestação em que o tratamento foi iniciado.

Também trouxe aspectos e questões próprias do período gestacional e perinatal como nome do bebê, como organizaria sua rotina, já que mora sozinha, como seria a organização durante o puerpério; e o último atendimento foi no sentido de dar apoio à elaboração dessas estratégias e manejo das emoções do período final da gestação.

Nas consultas médicas e de enfermagem subsequentes foram verificadas a boa adesão da gestante à terapia antirretroviral e uma boa aceitação dos cuidados da equipe do SAE e do pré-natal.

Dos demais acompanhamentos, em fevereiro de 2021 foi resgatado o resultado dos exames de carga viral e CD4 colhidos em dezembro. A paciente apresentava uma carga viral de 4071/ml cópias e uma contagem de linfócitos TCD4 de 367 (22,2%). Entretanto, esperava-se que a carga viral estivesse menor, visto que ela apresentou boa adesão ao medicamento, o que foi confirmado em novo exame realizado ainda em fevereiro e que evidenciou uma carga de 55 cópias/ml e CD4 de 548 (32,3%).

Enquanto foi observada uma redução da quantidade de vírus HIV no organismo materno, foi verificada uma manutenção na titulação do VDRL. Em exame colhido em março, o VDRL estava em 1/32, o mesmo valor quando do diagnóstico. Traz ainda resultado de FTA-ABs IgM (infecção mais recente por sífilis) não reagente e FTA-ABs IgG (infecção tardia por sífilis) reagente. Na oportunidade, a gestante foi avaliada sobre possibilidade de recontaminação, mas esta, foi descartada pela anamnese. Ressalta-se que a mesma informou não estar em parceria com o genitor.

Em virtude da aproximação ao parto, foi solicitado novo VDRL e nova carga viral e CD4 com urgência. Ao receber o resultado do novo VDRL, com verificação de aumento da titulação para 1/64, foi solicitado avaliação oftalmológica de urgência por suspeita de uveíte e reiniciado esquema

terapêutico. A suspeita de uveíte não se confirmou. A gestante não trouxe documentação de contrarreferência informando sobre a não confirmação diagnóstica. Já a nova carga viral apresentou níveis indetectáveis. Além disso, no intuito de garantir um atendimento integral ao recém-nascido exposto ao HIV e a sífilis, foram acionadas a farmacêutica e a assistente social do SAE.

A farmacêutica promoveu uma articulação com o Programa IST/AIDS estadual e a partir deste contato, teve acesso à planilha de solicitação mensal de fórmulas lácteas.

Esta planilha preenchida, deve ser enviada para o setor responsável pela distribuição das fórmulas, por e-mail, até o dia 25 de cada mês, com informações sobre o estoque, pedidos e sobre o recém-nascido e sua mãe. Além da disponibilização de fórmulas lácteas para alta hospitalar, também é aconselhado que o SAE disponibilize a TARV, caso seja acionado, para que esses medicamentos possam ser utilizados pela mãe e pelo bebê imediatamente após o parto.

Por tratar-se de maternidade privada, a mesma precisa recorrer ao SAE para obtenção destes medicamentos utilizados após o parto e das fórmulas para alta hospitalar (4 latas) e seguir com o encaminhamento, posterior ao nascimento, para um SAE com serviço de atendimento e acompanhamento aos recém nascidos. Assim, este é acompanhado com consultas e medicamentos e fornecimento de 10 latas de fórmula láctea todo mês, até o sexto mês de vida do bebê.

A farmacêutica seguiu com o pedido mensal e nele foi incluída a solicitação das fórmulas em quantidade para cobertura deste caso e de mais 05 mães, aliando a entrega deste pedido à data do parto programado de Maria. Porém, houve uma intercorrência e o agendamento da entrega não possibilitaria a disponibilização das 4 latas, antes do parto, para a mãe. Assim, foi solicitado, junto a um hospital da região metropolitana, referência em pré-natal de pessoas vivendo com HIV, o empréstimo de 8 latas, das quais 4 quatro foram entregues para Maria antes do parto e 4 foram mantidas no estoque da farmácia para o caso de manutenção do fornecimento para esta mesma criança se acontecesse algum impedimento no fluxo de seu acompanhamento. Quando do recebimento do pedido mensal, as 8 latas emprestadas foram devolvidas para o hospital.

Para Maria, no momento do seu último contato com a farmacêutica antes do parto, foram entregues as 4 latas de fórmula láctea para alta hospitalar, foi feita uma orientação geral sobre o preparo do produto e entregue TARV para 2 meses, visando, deste modo, manter a adesão ao tratamento pela paciente.

A assistente social realizou contato com a maternidade privada para promover uma rede de comunicação e assistência integrada. Foi dialogado, junto ao médico responsável pelo plantão diário, como seria o acompanhamento da gestante e de seu recém-nascido durante o pré-parto, parto e pós-parto. O médico informou que a gestante e a criança iriam receber todo atendimento necessário para a garantia do cuidado, que a criança iria receber a profilaxia para o HIV, e que após a alta hospitalar, a mãe e o recém-nascido seriam encaminhados para banco de leite da rede estadual de saúde.

Sobre os últimos acontecimentos do caso, o parto cesariano ocorreu no dia 28/04/2021. A criança foi internada na maternidade para realização de tratamento com Penicilina Cristalina endovenosa por 14 dias. A genitora informou que os exames de radiografia de ossos longos e LCR (líquido cefalorraquidiano) apresentavam resultados normais, mas não trouxe resumo de alta com estas informações. Relatou que a criança está sendo acompanhada em hospital da região metropolitana referência para recém-nascido expostos ao vírus HIV e que o primeiro exame realizado para qualificação de carga viral para o HIV estava indetectado.

Discussão

O trabalho em equipe é uma modalidade do trabalho coletivo e constitui um dos componentes estratégicos de enfrentamento da crescente complexidade, uma vez que as necessidades de saúde requerem uma abordagem ampliada e contextualizada (PEDUZZI et al., 2020). Para fins didáticos, relatamos no caso as intervenções por categorias, embora busquemos manter o encadeamento de ações no tempo. Enquanto equipe multiprofissional, buscamos ao máximo atender as demandas clínicas e psicossociais que emergiram do caso de Maria, entretanto encontramos alguns entraves que interferem no processo de trabalho.

Para o acompanhamento de casos de mães vivendo com HIV com parto programado em maternidades privadas há a necessidade de criação de fluxo de comunicação com o SAE Paulista, visando o fornecimento tanto de medicamentos, quanto de fórmulas lácteas em tempo hábil e em quantidade de acordo com a quantidade solicitada pela maternidade. Este fluxo também deveria possibilitar acesso ao resumo de alta da paciente, assim como informações do pré-natal, condições do nascimento, o tempo de uso dos medicamentos indicados para o período e outras informações importantes relativas ao parto.

Em relação à disponibilização de medicamentos para cuidados imediatos com o recém-nascido para a maternidade privada, seria feita através do SICLOM gerencial na aba referente a documentos. Os medicamentos seriam entregues à maternidade a partir do preenchimento de formulário fornecido pelo SICLOM pelo médico responsável. O SAE receberia o formulário do local solicitante e encaminharia a medicação solicitada. De forma semelhante ocorreria com o fornecimento da fórmula láctea para a maternidade privada. Assim, seria promovida a manutenção do fornecimento destas fórmulas, em quantidade para alta hospitalar para as mulheres acompanhadas pelo SAE Paulista que viessem a engravidar. Este fluxo poderia ocorrer entre o SAE Paulista e qualquer maternidade privada e entre SAES especializados no atendimento de crianças expostas ao HIV, por exemplo.

No que tange a sífilis em gestante não foram verificados problemas na garantia da administração da Benzetacil (Penicilina G Benzatina). Isso se deve ao fato da articulação do SAE com a rede de atenção básica no intuito de garantir o tratamento. Esse contato prévio foi muito importante, uma vez que ainda permeia a dificuldade de encontrar serviços que administrem Penicilina G Benzatina, mesmo com todas as orientações existentes nos protocolos assistenciais e na própria legislação que rege a prática do profissional de enfermagem, responsável técnico pela administração deste medicamento.

Também não foram verificados problemas no controle por exame de VDRL, visto que o CTA estava realizando normalmente os testes com entrega de resultados rápidos. Entretanto, foi visto que a titulação do VDRL (teste de treponema) não baixou. O que conduziu a solicitação de exame oftalmológico para investigação de uveíte. Este seria um grande dificultador no processo, já que o município do Paulista não conta (até o presente momento) com serviço de atendimento oftalmológico, seja urgência ou ambulatório. Como a gestante possuía plano de saúde privado, procurou assistência por este meio. Entretanto, não trouxe documento de contrarreferência, deixando a equipe assistencial sem resposta quanto a esta suspeita clínica.

Além das dificuldades encontradas, vale comentar que o processo de trabalho da equipe CTA/SAE vem sofrendo alterações, tanto diante da pandemia da COVID-19, que exigiu da equipe uma reorganização do processo de trabalho, quanto da mudança de gestão após as eleições municipais.

A estrutura do imóvel atual é temporária, pois a sede dos serviços deveria estar em reforma desde o segundo semestre de 2020, no entanto ainda não foi iniciado. Deste modo, alguns profissionais da equipe precisam se revezar na permanência do prédio o que dificulta o encontro deles e a

discussão presencial dos casos. Soma-se a isto o fato de não possuímos telefone institucional para a comunicação dos profissionais com a rede de assistência em saúde e com os usuários e, estes com o serviço, o que por vezes demanda o uso de telefone pessoal dos profissionais para a garantia das articulações necessárias.

Outro entrave é a dificuldade de realizar busca ativa e o devido acompanhamento dos usuários com má adesão e abandono ao tratamento para HIV. Embora a equipe leve esta discussão, sistematicamente, para reuniões e proposta estruturada de fluxo de acolhimento para esses pacientes, a implantação sofre interferência das dificuldades estruturais já mencionadas, além da necessidade de suporte da gestão municipal para contato e articulação com outros pontos da rede de saúde, principalmente da atenção básica, manutenção e ampliação dos recursos humanos e qualificação da equipe.

Percebe-se que as causas de abandono e má adesão estão relacionadas às questões sociais e psicoemocionais que precisam de intervenções qualificadas e construção de projetos terapêuticos singularizados para cada usuário. O presente estudo de caso é um exemplo disso, visto que as dificuldades de Maria em elaborar as vivências de sua história de vida contribuíram para o seu desinvestimento do tratamento para HIV e de seu autocuidado, voltando a procurar o serviço em virtude da gestação.

Diante das dificuldades enfrentadas e elencadas, em contrapartida a elas, existe uma equipe profissional empenhada e articulada, que acredita numa assistência à saúde de qualidade, equânime e integralizada, nas diferentes áreas do cuidado e entendendo a saúde como um completo bem estar biopsicossocial.

Considerações finais

A partir dessa experiência, identifica-se como essencial o trabalho em rede, entendendo-se que essa rede é construída socialmente por pessoas e instituições com o mesmo objetivo e com fins num mesmo propósito. A ideia do trabalho em rede se complementa com o conceito da integralidade que permite uma visão holística do ser humano, considerando o contexto histórico, social, cultural, e familiar ao qual está inserido.

A integralidade é um dos princípios doutrinários do SUS que em sua definição legal é entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de saúde preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso nos níveis de complexidade do sistema (PINHEIRO, 2018)

Os profissionais do SAE buscam organizar o processo de trabalho para além do descrito nas recomendações da política, mas também de acordo com as necessidades de cada usuário. Assim, entendem as implicações que o formato estrutural e organizacional da rede do município e do serviço gera no cuidado e no acompanhamento realizado aos usuários e a suas famílias.

Ao considerar todos esses aspectos e diante do estudo de caso apresentado, para superar possíveis desafios, recomenda-se aos gestores, portanto, especial atenção no que concerne à qualificação da equipe profissional em três pontos: 1) especificidades no cuidado aos pacientes considerados mais vulneráveis, 2) atividades gerenciais de 'busca ativa' dos serviços aos pacientes considerados faltosos, 3) valorização dos profissionais e qualificação dos serviços.

Essa forma de produção da saúde de maneira coletiva conduz à relevância do trabalho multiprofissional para a garantia da integralidade do cuidado e a universalização dos direitos sociais, incluindo o direito à saúde e a proteção à maternidade e à infância, como assegura a Constituição Federal.

Referências bibliográficas

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids.– Brasília, Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf. Acesso em: 20 jun. 2021.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas** - Brasília, 2000. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em: 02 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico do HIV/Aids**. Brasília, DF; 2020a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hivaids-2020>. Acesso em: 02 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de doenças crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Brasília, DF; 2020b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020> . Acesso em: 02 Jul. 2021.
- CARVALHO, Fernanda Torres de et al. **Intervenção psicoeducativa para gestantes vivendo com HIV/Aids: uma revisão da literatura**. *Psicol. teor. prat.*. 2009, vol.11, n.3, pp. 157-173. ISSN 1516-3687.
- KNOLL, Rosalie Kupka; Práticas de uma equipe multiprofissional para pessoas vivendo com HIV/AIDS: um estudo de caso em um município da Foz do Rio Itajaí-Açu, Santa Catarina Brasil. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, V.48, n4, p.02-05, dez. 2019. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/381> Acesso em: 25 jun. 2021
- MACEDO, Vilma Costa de et al. Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 518-528, out./dez. 2020; Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/VRdb5W4cRvgYCq7gYHcqB4x/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 25 jul. 2021
- PAULISTA. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Aprovado pelo conselho municipal de saúde através da resolução nº 02/2019 de 22/01/2019. Paulista-PE. 2018
- PINHEIRO, Roseni. Integralidade. In: Pereira, Isabel Brasil **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Nº 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>. Acesso em: 03 jul. 2021
- Peduzzi, Marina et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde [online]**. 2020, v. 18, suppl 1. . ISSN 1981-7746Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246> Acesso 04 de jul. 2021
- TRINDADE, Lidiane de Nazaré Mota et al. Infecção por HIV em gestantes e os desafios para o cuidado pré-natal. **Revista brasileira de enfermagem**. 74 (supl.4), 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0784> Acessado em: 30 jun. 2021

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acolhimento

7, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 50, 57, 58, 62, 63, 64, 69, 71, 90, 135, 141, 145, 154

Asma

105, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 145

Atenção Básica em Saúde

43, 145

Atenção Primária à Saúde

14, 24, 36, 42, 43, 44, 56, 89, 90, 96, 117, 145

Atenção à Saúde Bucal

145

Autonomia

12, 13, 19, 26, 28, 38, 39, 41, 54, 84, 117, 121, 145

B

Barreira Cultural

50, 145

Barreira Linguística

14, 45, 46, 49, 51, 55, 145

Bebê

12, 14, 27, 31, 54, 70, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 86, 89, 90, 91, 93, 95, 125, 126, 127, 128, 129, 134, 137, 138, 139, 145

C

Cesárea

12, 32, 145

Ciclo Gestacional e Puerperal,

90, 145

Clínica Ampliada

14, 40, 41, 42, 43, 145

Coinfecção

15, 133, 134, 145

Comunicação

15, 18, 22, 31, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 73, 92, 99, 101, 102, 103, 105, 106, 111, 112, 114, 115, 119, 124, 125, 139, 140, 145, 154

Condições Socioeconômica

14, 145

Coronavírus

29, 44, 89, 96, 102, 103, 104, 145

Corpo político

39, 145

Cuidado Integral

13, 15, 19, 21, 23, 28, 76, 100, 102, 126, 145

Cuidado Longitudinal

20, 145

Cultura biomédica

18, 24, 145

D

Densidades tecnológicas

145

Depressão pós-parto

39, 81, 145

Descolonial

29, 34, 35, 145

Desenho-Estória

15, 105, 106, 111, 113, 114, 146

Desenvolvimento Infantil

7, 14, 75, 77, 84, 85, 86, 87, 88, 105, 146

Desigualdade

11, 13, 15, 17, 32, 46, 57, 60, 66, 101, 103, 146, 154

Discriminação

13, 27, 30, 36, 38, 46, 54, 146

E

Educação Infantil

11, 17, 78, 79, 80, 83, 146

Educação Permanente

14, 15, 27, 28, 34, 65, 66, 75, 76, 78, 79, 87, 119, 146

Educação em Saúde

14, 15, 19, 26, 78, 79, 81, 82, 83, 85, 87, 89, 90, 95, 96, 97, 99, 100, 103, 104, 105, 110, 112, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 121, 122, 135, 146

Enfermagem Obstétrica

14, 72, 89, 90, 91, 92, 97, 146

Equidade

14, 15, 27, 28, 31, 34, 46, 146, 154

Equipe Multiprofissional

15, 41, 58, 59, 63, 66, 67, 134, 135, 140, 142, 146

Escuta Ativa

18, 19, 146

Escuta Sensível

20, 34, 146

Estratégia de Saúde da Família

18, 25, 117, 146

Ética

4, 7, 10, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 29, 30, 38, 39, 47, 56, 59, 91, 106, 107, 124, 146, 154

Etnia

14, 35, 46, 146

F

Feminismo

13, 56, 146

G

Gestantes

14, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 44, 69, 73, 77, 78, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 89, 90, 92, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 133, 137, 142, 146

Gestação

11, 15, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 46, 75, 79, 82, 85, 86, 89, 90, 96, 97, 100, 103, 133, 134, 136, 137, 138, 141, 142, 146

Gênero

11, 12, 13, 14, 17, 20, 23, 28, 34, 43, 46, 57, 58, 60, 63, 65, 66, 146, 149

H

HIV

15, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 146

Humanizado

12, 13, 14, 18, 21, 22, 24, 39, 43, 54, 63, 66, 67, 69, 70, 73, 74, 83, 111, 146

Humanização

10, 11, 15, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 34, 39, 42, 43, 44, 69, 72, 74, 87, 90, 93, 95, 146, 148, 154

I

Igualdade

11, 13, 15, 17, 28, 32, 46, 57, 60, 66, 101, 103, 146, 154

Imigrantes

14, 42, 43, 44, 55, 56, 147, 152

Infecções Sexualmente Transmissíveis

45, 133, 134, 142, 147

Infância

10, 11, 12, 17, 37, 75, 77, 78, 79, 80, 83, 84, 85, 86, 87, 105, 109, 111, 112, 137, 141, 147, 148

Integralidade do Cuidado

10, 13, 14, 18, 19, 20, 25, 27, 134, 141, 147, 154

Intersubjetividade

22, 147

M

Manejo da dor

15, 123, 124, 130, 131, 147

Medicalização

11, 12, 23, 147

Metodologias ativas

13, 19, 147

Micropolítica(o), 147

Migrantes
7, 14, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47,
49, 50, 52, 53, 55, 56, 147, 152

Modelo biomédico
11, 20, 23, 147

Mortalidade
11, 12, 17, 89, 90, 96, 98, 99, 115, 116, 121,
122, 133, 147

Mulher Migrante
14, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 147

Mulher Negra
13, 28, 30, 32, 147

Mulheres em Situação de Violência
14, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 147

Multiprofissional
15, 41, 58, 59, 63, 66, 67, 117, 131, 133, 134,
135, 136, 140, 141, 142, 146, 147, 152

Mídias Sociais
15, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 147

N

Necessidades de saúde
18, 21, 23, 24, 26, 33, 41, 77, 81, 85, 140, 147

Neonatal
12, 15, 47, 69, 74, 102, 104, 123, 124, 125, 126,
127, 128, 129, 130, 131, 137, 147

Neonatos
15, 123, 126, 129, 147

O

Obstetizes
12, 147

Obstetrícia
11, 147, 152

P

Pandemia covid 19
147

Parteiras
11, 17, 147

Partejar
11, 12, 13, 71, 72, 148

Participantes
20, 21, 22, 23, 29, 30, 47, 48, 49, 53, 55, 60, 61,
62, 76, 80, 82, 84, 86, 94, 95, 100, 106, 112,
119, 124, 130, 148

Participação/participativas
148

Parto vaginal,
14, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 148

Parto
11, 12, 14, 17, 27, 28, 31, 33, 34, 35, 38, 39, 45,
46, 47, 49, 50, 51, 52, 54, 55, 56, 69, 70, 71, 72,
73, 74, 79, 81, 82, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96,
99, 100, 133, 138, 139, 140, 145, 148

Parturientes
14, 45, 46, 51, 53, 55, 69, 72, 73, 92, 96, 148

Política nacional de humanização
39, 42, 87, 148

Política nacional de saúde integral da população
negra (pnsipn), 28, 148

Políticas públicas
11, 12, 13, 15, 43, 65, 66, 67, 121, 148

Prevenção
15, 27, 28, 29, 35, 74, 99, 100, 101, 116, 117,
118, 119, 120, 121, 122, 127, 129, 134, 135,
137, 138, 142, 148

Primeira infância
12, 75, 77, 78, 79, 80, 83, 84, 85, 86, 87, 148

Profissionais de saúde
14, 18, 20, 26, 27, 32, 34, 37, 40, 41, 42, 50, 52,
60, 63, 64, 66, 71, 75, 77, 78, 79, 85, 86, 90, 91,
92, 95, 97, 100, 101, 102, 106, 110, 112, 113,
118, 119, 120, 121, 125, 126, 130, 131, 148

Programa de assistência integral à saúde da mulher
18, 90, 148

Projetos terapêuticos
15, 141, 148

Proteção da saúde
27, 148

Pré-natal
12, 13, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 44, 46, 69, 74,
75, 79, 82, 85, 89, 90, 95, 96, 97, 99, 100, 101,
134, 137, 138, 139, 140, 142, 148

Puerpério
11, 27, 31, 33, 42, 43, 75, 82, 85, 90, 99, 138,
148

R

Racionalidade
11, 148

Racismo Estrutural

30, 34, 148

Racismo

Institucional, 27, 28, 30, 31, 32, 35, 148

Racismo

7, 13, 15, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 148, 154

Raça

5, 10, 11, 14, 19, 20, 27, 28, 30, 31, 35, 76, 77, 78, 91, 148

Rede Cegonha

12, 70, 74, 92, 96, 148

Rede de Atenção Materna e Infantil

148

Rede de Atenção à Saúde

70, 103, 119, 121, 148

Responsabilização

18, 24, 63, 148

S

Saúda População Negra

149

Singularidade/singular

149

Sistema Único de Saúde

6, 12, 15, 18, 28, 31, 36, 69, 74, 89, 90, 92, 96, 100, 105, 117, 121, 133, 134, 142, 149, 154

Subjetividade

13, 18, 22, 28, 40, 67, 82, 136, 147, 149

Sífilis

15, 133, 134, 135, 137, 138, 140, 142, 149

T

Tecnologias

20, 41, 76, 88, 96, 105, 149

Terapêutica(o), 149

Território periférico

27, 29, 149

Trabalho complexo

27, 149

U

Unidade Básica de Saúde

18, 30, 149

V

Violência

7, 12, 14, 15, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 45, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 74, 147, 149, 154

Violência Obstétrica, 12, 31, 32, 33, 34, 54, 55,

56, 74, 149

Viés de gênero

12, 149

Vulnerabilidade

32, 33, 37, 38, 43, 53, 58, 75, 76, 77, 83, 86, 137, 149

Vulnerável

149

Vínculo

7, 14, 18, 20, 22, 24, 25, 26, 30, 31, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 49, 50, 69, 73, 85, 121, 128, 149

SOBRE OS AUTORES E AS AUTORAS

Organizadoras

Lisiane Bôer Possa. Fisioterapeuta. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: lisiane.possa@ufsm.br.

Cristiane Scolari Gosch. Psicóloga. Doutoranda em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: crigosch@gmail.com.

Luiza Maria Plentz. Sanitarista. Doutoranda em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: plentzluiza@gmail.com

Quelen Tanize da Silva. Fisioterapeuta. Doutora em Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo. E-mail: qdasilva@yahoo.com.br

Autoras e Autores

Alcindo Antônio Ferla. Médico. Doutor e Mestre em Educação pela UFRGS. Docente do do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: ferlaalcindo@gmail.com

Ana Beatriz Oliveira Costa. Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Roraima. E-mail: boliveirana@gmail.com

Ana Carulina do Nascimento Soares. Enfermeira Obstetra, Hospital Regional José Fernandes Salsa, EMail: anacronicodna@hotmail.com.

Ana Virginia Rodrigues Verissimo. Enfermeira. Doutora em Ciências (Saúde da Criança e do Adolescente) pela Universidade de Pernambuco. E-mail: virginia.verissimo@upe.br

Anne Karoline Vasconcelos. Assistente Social. Especialista em Saúde da família pela Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: anne_vasc18@hotmail.com

Brunna Caroline Brígia dos Santos. Enfermeira. Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família. E-mail: brunnacaroline.enf@gmail.com

Camila Marques Beserra. Psicóloga. Especialista em Saúde Mental e Intervenção Psicossocial. Especialista em Atenção à Saúde. Hospital Regional Dom Moura (HRDM). Universidade Federal de Alagoas (UFAL). E-mail: camilacmb26@hotmail.com

Célia Maria Borges da Silva Santana. Assistente Social. Doutoranda em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz – Pernambuco. E-mail: celiambasantana@hotmail.com

Cintia Freitas Casimiro. Enfermeira. Doutora em Ciências pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Docente da Universidade Federal de Roraima. E-mail: cintia.casimiro@ufr.br

Cleonúcia Batista Leite de Vasconcelos. Médica. Graduada pela Universidade de Pernambuco. Ginecologista e Obstetra, Gerente de Atenção à Saúde da Mulher da Secretaria Estadual de Pernambuco. E-mail: cleonusia@gmail.com

Décio Medeiros Peixoto. Médico. Pós doutor em Ciências Aplicada à Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo. Docente do centro de ciências médicas da Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: daphgp@gmail.com

Elaine Rufino Barbosa da Silva. Educadora física. Especialista em Interiorização da Atenção à Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: elaine_rufino@live.com

Emmanuelly Correia de Lemos. Educadora Física. Doutora em Educação Física pela Universidade de Pernambuco. E-Mail: emmanuellylemos@Gmail.Com.

Erotildes Antunes Xavier. Administrador. Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. E-Mail: erotildesaxavier@Gmail.Com

Estela Maria Leite Meirelles Monteiro. Enfermeira. Doutora em Ciências pela Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: estelameirellesufpe@gmail.com

Eunice de Fátima Soares da Cunha. Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Universidade de Pernambuco. E-mail: eunicesoares006@gmail.com

Fernanda Tavares Costa de Souza Araújo. Enfermeira Obstétrica. Mestre profissional em Saúde Pública pela Fiocruz Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. E-mail: nandatsouza@yahoo.com.br

Frederico Vianna Machado. Psicólogo. Doutor em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: phredvm@gmail.com

Gabriela Silva Esteves de Holanda. Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. E-mail: gaby.hollandaz30@gmail.com

Gleidilene Freitas da Silva. Enfermeira. Mestra em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Roraima. E-mail: gleidilenny.silva.gs@gmail.com

Grace Kelly da Silva Lima. Farmacêutica. Especialista em Oncologia pela Uninter. E-mail: gracekslima@gmail.com

Isabel Helena de Souza Leal Costa. Enfermeira. Mestre Em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz/Pernambuco. E-Mail: Isabelsanitarista@gmail.Com.

Isabelle Karla da Silva Melo Farias. Enfermeira Obstetra. Atua no Hospital Regional José Fernandes Salsa, E-Mail: Bellekarla_10@Hotmail.Com.

Jackeline Maria Tavares Diniz. Enfermeira. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: jack_td@hotmail.com

Juliana Araújo Dueñas. Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Roraima. E-mail: juliana_duenas@hotmail.com;

Juliana Freitas Campos. Enfermeira graduada pela Universidade Estadual de Pernambuco, Campus Petrolina-PE, Brasil. E-mail: julianafreitascampos350@gmail.com.

Juliana Romano de Lima. Enfermeira. Mestranda em Telemedicina e Telessaúde pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: juliana_romano144@hotmail.com

Karla Hellen Dias Soares. Enfermeira. Doutoranda em Saúde da Criança e Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: karlahelleno1@gmail.com

Kelle Caroline Filgueira da Silva. Enfermeira. Especializanda em Saúde Pública com Ênfase em ESF, pela Faculdade Venda Nova dos Imigrantes. E-mail: kellecarolineo8@hotmail.com

Laís de Souza Monteiro. Psicóloga. Mestra em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: lais.souza.monteiro@gmail.com

Leticia Maria Correia Katz. Médica. Mestre em Saúde Materno e Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Prof Fernando Figueira.

Lília Costa Nascimento. Enfermeira. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno-infantil da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail:liliac323@gmail.com

Lílian Silva Sampaio de Barros. Enfermeira. Mestre em Educação, Culturas e Identidades pela Universidade Federal Rural de Pernambuco. E-mail: lissampaio Barros@hotmail.com

Luciana Conceição Ferreira da Silva. Enfermeira. Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Mulher pela Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: luciana.ferrera@gmail.com

Luciane Soares de Lima Wanderley. Enfermeira. Doutora em Ciências pela Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: luciane.lima.wanderley@gmail.com

Marcela Cláudia de Paula Oliveira. Enfermeira. Mestre em Herbiatria pela Universidade de Pernambuco. E-mail: marcelaclaudia2020@gmail.com

Marcos Henrique Oliveira Sousa. Mestrando do Programa de Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (FMUSP). E-mail: marcos-fono@hotmail.com

Maria Luzia Pereira Alves Januário. Enfermeira Obstetra, Hospital Regional José Fernandes Salsa, E-Mail: malualves100@yahoo.com.br.

Maria Tatiane Alves da Silva. Sanitarista. Mestranda em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz (IAM/FIOCRUZ). E-mail: mtatianealves@hotmail.com

Milena Ribeiro de Moura Lobo. Enfermeira. Especialista em Saúde da Mulher com ênfase em Obstetrícia pela Universidade de Pernambuco. E-mail: milena.rml88@gmail.com

Paulo Sérgio da Silva. Enfermeiro. Doutor em Ciências pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO. Professor do curso de bacharelado em enfermagem da Universidade Federal de Roraima. E-mail: pssilva2008@gmail.com

Priscylla Helena Alencar Falcão Sobral. Enfermeira. Doutoranda em Educação em Ciências da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Docente do Curso de Enfermagem na Universidade de Pernambuco. E-mail: priscylla.sobral@upe.br.

Régia Maria Batista Leite. Enfermeira Sanitarista. Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Professora da Universidade de Pernambuco. E-mail: regia.leite@upe.br

Rose Mari Ferreira. Odontóloga. Doutorando de Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Email: rosemariferreira344@gmail.com

Roseane Leite Lopes. Enfermeira Obstétrica no Hospital Regional Inácio de Sá (SES-PE).

Sabrina Silva dos Santos. Enfermeira. Doutorando em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará. E-mail: sabrina.enfemreira@gmail.com

Severino Aguinaildo de Lima. Enfermeiro Obstetra no, Hospital Regional José Fernandes Salsa, E-Mail: limaaguinaildo@gmail.com.

Tamyris Arcoverde Santos. Enfermeira. Doutoranda em Saúde da Criança e Adolescente da Universidade Federal do Pernambuco. E-mail: tamynha18@hotmail.com

Tárcia Millene de Almeida Costa Barreto. Enfermeira. Doutora em Ciências Ambientais pela Universidade Federal de Roraima. Professora da Universidade Federal de Roraima. E-mail: tarcia.barreto@ufr.br

Vanessa Alves de Souza. Psicóloga Sanitarista. Doutoranda em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães Fiocruz/Pernambuco.

Vanessa Gabrielle Diniz Santana. Odontóloga. Doutoranda em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães- Fiocruz/PE, e-mail: vanessagdiniz@yahoo.com.br



Este livro, que intitulamos “O cuidado de mulheres e crianças: produções éticas e estéticas na atenção e na pesquisa”, busca jogar luz sobre a produção do cuidado considerando a humanização no campo da saúde é descrita como uma aposta ético-estético-política. O Livro é um mosaico, desenhado pelas organizadoras(es) e autoras(es), que nos mostra os desafios para contemplarmos no cotidiano dos serviços de saúde a integralidade do Cuidado e é resultado de um termo de referência público resultado da Parceria entre a Organização Panamericana de Saúde, Associação Brasileira da Rede Unida e Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

Este livro nos apresenta experimentações comprometidas com a produção da igualdade e da equidade tecidas no cuidado, na educação e na comunicação. Nos conta sobre o enfrentamento ao racismo e a violência, mas também da generosidade com as mulheres que chegam de territórios, com histórias e linguagens diversas. Nos mostra o acolhimento, o vínculo e a humanização como produção dos encontros gestados nas relações cotidianas entre trabalhadores, mulheres e crianças. Nos convida a construção do Sistema Único de Saúde, a indignação com as desigualdades, a reinvenção dos saberes e fazeres sensíveis as diferenças, as vidas e as singularidades que garantam direitos, produzam emancipação, protagonismo e potencializem projetos de felicidade.

ISBN 978-65-5462-086-4



9 786554 620864 >

