

ORGANIZADORES:

LIA MARISTELA DA SILVA JACOB

FÁTIMA APARECIDA HENRIQUE LOTUFO

JOSÉ MANUEL PEIXOTO CALDAS

Maternal Health

AND CHILDREN: SUCCESSFUL EXPERIENCES, LEARNED LESSONS AND CHALLENGES.



INOVAR

**SAÚDE MATERNA E INFANTIL: EXPERIÊNCIAS EXITOSAS,
LIÇÕES APRENDIDAS E DESAFIOS**



Lia Maristela da Silva Jacob
Fátima Aparecida Henrique Lotufo
José Manuel Peixoto Caldas
(Organizadores)

**SAÚDE MATERNA E INFANTIL: EXPERIÊNCIAS EXITOSAS,
LIÇÕES APRENDIDAS E DESAFIOS**

1.^a edição

MATO GROSSO DO SUL
EDITORA INOVAR
2022

Copyright © dos autores.

Todos os direitos garantidos. Este é um livro publicado em acesso aberto, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que sem fins comerciais e que o trabalho original seja corretamente citado. Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons Internacional (CC BY- NC 4.0).



Saúde materna e infantil: experiências exitosas, lições aprendidas e desafios / Lia Maristela da Silva Jacob, Fátima Aparecida Henrique Lotufo, José Manuel Peixoto Caldas (Organizadores). Campo Grande, MS: Editora Inovar, 2022. 111p.

PDF

Vários autores

ISBN: 978-65-5388-068-9

DOI: doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-5388-068-9

1. Saúde materna. 2. Pesquisa científica. I. Autores. II. Título.

CDD 610

Editora-Chefe: Liliâne Pereira de Souza
Diagramação: Vanessa Lara D Alessia Conegero
Capa: Juliana Pinheiro de Souza
Revisão: Os autores

Conselho Editorial

Prof. Dr. Alexsande de Oliveira Franco
Profa. Dra. Aldenora Maria Ximenes Rodrigues
Profa. Dra. Care Cristiane Hammes
Profa. Dra. Dayse Marinho Martins
Profa. Dra. Débora Luana Ribeiro Pessoa
Profa. Dra. Franchys Marizethe Nascimento Santana
Profa. Dra. Geyanna Dolores Lopes Nunes
Prof. Dr. Guilherme Antonio Lopes de Oliveira
Prof. Dr. João Vitor Teodoro
Profa. Dra. Juliani Borchardt da Silva
Profa. Dra. Jucimara Silva Rojas
Profa. Dra. Lina Raquel Santos Araujo
Prof. Dr. Marcus Vinicius Peralva Santos
Profa. Dra. Maria Cristina Neves de Azevedo
Profa. Dra. Nayára Bezerra Carvalho
Profa. Dra. Ordália Alves de Almeida
Profa. Dra. Otília Maria Alves da Nóbrega Alberto Dantas
Profa. Dra. Roberta Oliveira Lima
Profa. Dra. Rúbia Kátia Azevedo Montenegro

Editora Inovar
Campo Grande – MS – Brasil
Telefone: +55 (67) 98216-7300
www.editorainovar.com.br
atendimento@editorainovar.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores se responsabilizam publicamente pelo conteúdo desta obra, garantindo que o mesmo é de autoria própria, assumindo integral responsabilidade diante de terceiros, quer de natureza moral ou patrimonial, em razão de seu conteúdo, declarando que o trabalho é original, livre de plágio e que não infringe quaisquer direitos de propriedade intelectual de terceiros. Os autores declaram não haver qualquer interesse comercial ou irregularidade que comprometa a integridade desta obra.

APRESENTAÇÃO

Nosso livro reúne experiências exitosas na atenção à saúde materna e infantil concebidas no cenário brasileiro, nos proporcionando acesso às práticas inovadoras dirigidas ao cuidado individual e coletivo. As práticas inovadoras, sempre são muito bem-vindas, pois resolvem as necessidades loco regionais, mudam paradigmas no cuidado e nas estratégias de gestão, o que qualifica a assistência de forma dinâmica e duradoura, com leveza e naturalidade.

Bons exemplos de ações inovadoras são as “tecnologias leves” (MERHY *et al.*, 2003), que se caracterizam por práticas como: acolhimento, vínculo, responsabilização, autonomia, e qualidade da atenção, que tem construído, de forma exitosa e com integralidade, o cuidado na assistência à saúde (SOUZA *et al.*, 2008). Em especial podemos explicitar a prática de acolhimento e sua relevância como estratégia de vigilância em saúde e promoção do cuidado; seu impacto na adesão ao tratamento e nos resultados, assim como na satisfação no contexto da família, da comunidade, do sistema social e do ambiente (SILVA *et al.*, 2018). Compartilhar experiências desenvolvidas nos diversos cenários de prática otimiza recursos e qualifica a assistência, permitindo agregar o repertório do indivíduo e da comunidade, assim como sua regionalidade e cultura. O resgate da autonomia do indivíduo como protagonista de sua história e cuidado, possibilita que indivíduos e coletivos ampliem o controle ou o domínio sobre os determinantes de sua saúde (FLEURY-TEIXEIRA *et al.*, 2008).

A obra foi organizada em capítulos que integram saberes e oportunidades no contexto materno-infantil, conduzindo o leitor de forma provocativa e instigante e revelando os desafios assumidos durante a prática em saúde na diversidade de cada um dos cenários apresentados.

De cada lição aprendida se revelam as estratégias que norteiam a tomada de decisão de forma adequada e oportuna, apontando caminhos para superação de desafios no sistema de saúde brasileiro, permitindo além da redução da morbimortalidade durante o cuidado materno e perinatal, a vivência prazerosa no ciclo grávido-puerperal.

Sejam bem-vindos ao “Saúde materna e infantil: experiências exitosas, lições aprendidas e desafios” e que nunca deixemos de lembrar que juntos, compartilhando experiências e paixão somos melhores! Boa leitura!

Profa. Dra. Lia Maristela da Silva Jacob
Profa. Dra. Fátima Aparecida Henrique Lotufo
Prof. Dr. José Manuel Peixoto Caldas
Organizadores do livro

REFERÊNCIAS

FLEURY-TEIXEIRA, P. *et al.* Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. suppl 2, p. 2115–2122, dez. 2008.

MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

SILVA, T. F. *et al.* O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado: uma reflexão epistemológica. **Saúde em Debate** [online], v. 42, n. spe4, p. 249–260, dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S420>. Acesso em: 28 ago. 2022.

SOUZA, E. C. F. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. suppl 1, p. s100–s110, 2008.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 **10**
**CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E SOCIODEMOGRÁFICA DO RAS-
TAMENTO MAMOGRÁFICO FEMININO NA REGIÃO DO SERI-
DÓ POTIGUAR**

Ana Clara Oliveira Alves

Linda Kátia Oliveira Sales

Márcia Guacyara Pereira Costa dos Santos

doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-5388-068-9_001

CAPÍTULO 2 **23**
**CONDIÇÕES DE TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO
CENTRO CIRÚRGICO E SUA INFLUÊNCIA NO PARTO CESÁREO**

Rosemary Pereira da Silva

Mylena da Silva Maia

Rosangela Diniz Cavalcante

doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-5388-068-9_002

CAPÍTULO 3 **40**
**HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL: ENUNCIÇÃO DE CRIANÇAS
COM CÂNCER**

Malueska Luacche Xavier Ferreira Sales

Amandda Thaise de Souza Barbosa

Amanda Narciso Machado

Maria Lúcia Fernandes de Carvalho Marques

Rômulo Wanderley de Lima Cabral

Maria Elizabete de Amorim Silva

Vanessa Medeiros da Nóbrega

Neusa Collet

doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-5388-068-9_003

CAPÍTULO 4 **56**
IMPORTÂNCIA DA REALIZAÇÃO DO PLANO DE PARTO NA SAÚDE MATERNO INFANTIL

Francyely dos Santos Moura

Frankly Eudes Sousa Martins

Francisca Kelle de Sousa Ferreira

Liliane de Macedo Azevêdo

Fátima Aparecida Henrique Lotufo

Lia Maristela da Silva Jacob

doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-5388-068-9_004

CAPÍTULO 5 **75**
PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL E PREVENÇÃO DE AGRAVOS NO PRÉ-NATAL: UM CASO PARA ESTUDO

Isabelle Vieira Silva de Souza

Ester Franca dos Santos

Letícia de Assis Santos

Luiza Helena de Oliveira Salvi da Cruz

Thaís Mesquita Muros

Jane Baptista Quitete

doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-5388-068-9_005

CAPÍTULO 6 **91**
VENCENDO BARREIRAS DE COMUNICAÇÃO: ELABORAÇÃO DE UM GUIA DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE MATERNA PORTUGUÊS-CRIOULO

Beatriz Busine Calmon

Juliana Virgínia Anastácio

Clara Fróes de Oliveira Sanfelice

doi.org/10.36926/editorainovar-978-65-5388-068-9_006

SOBRE OS ORGANIZADORES **107**

ÍNDICE REMISSIVO **111**

CAPÍTULO 1

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E SOCIODEMOGRÁFICA DO RASTREAMENTO MAMOGRÁFICO FEMININO NA REGIÃO DO SERIDÓ POTIGUAR

*CLINICAL AND SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERIZATION OF FEMALE
MAMMOGRAPHIC SCREENING IN THE SERIDÓ POTIGUAR REGION*

Ana Clara Oliveira Alves

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Departamento de Enfermagem
Caicó- RN
anaclaraoliveira1026@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-7382-8007>.

Linda Kátia Oliveira Sales

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Departamento de Enfermagem
Caicó- RN
katiaoliveira@uern.br.

Márcia Guacyara Pereira Costa dos Santos

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Departamento de Enfermagem
Caicó-RN
mguacyara@hotmail.com.

RESUMO

O câncer de mama é uma doença multifatorial de alta morbimortalidade principalmente feminina. A mamografia é o exame de rastreamento mais eficaz, caracterizar o rastreamento mamográfico permite a obtenção de informações úteis para aperfeiçoar as estratégias preventivas. Objetiva-se caracterizar sociodemograficamente e clinicamente o rastreamento mamográfico feminino na região do Seridó potiguar. Trata-se de estudo estatístico descritivo com abordagem quantitativa, coletou-se dados no Sistema de Informação do Câncer

(SISCAN) e em prontuários do Instituto de Radiologia de Caicó (RN) (IRC) entre novembro e janeiro de 2020, usando instrumento de autoria própria. Foram incluídas todas as mulheres que realizaram mamografia no ano de 2018; excluídas aquelas que não foram receber o resultado da mamografia. Mediante análise descritiva, obteve-se queixa predominante para realização do exame o controle habitual, indicando seguimento das orientações profissionais. Ações devem ser realizadas para atingir maior alcance do rastreamento mamográfico e descentralizar a oferta do exame.

Palavras-chave: Programas de rastreamento; Prevenção secundária; Atenção primária à saúde; Neoplasias da mama; Detecção precoce de câncer.

ABSTRACT

Breast cancer is a multifactorial disease with high morbidity and mortality, especially in women. Mammography is the most effective screening test, characterizing mammographic screening allows obtaining useful information to improve preventive strategies. The objective is to characterize sociodemographically and clinically the female mammographic screening in the Seridó region of Potiguar. This is a descriptive statistical study with a quantitative approach, data were collected from the Cancer Information System (SISCAN) and from medical records of the Instituto de Radiologia de Caicó (RN) (IRC) between November and January 2020, using an authorship instrument own. All women who underwent mammography in 2018 were included; those who did not receive the mammogram result were excluded. By means of a descriptive analysis, a predominant complaint was obtained for carrying out the examination the usual control, indicating the follow-up of professional guidelines. Actions should be taken to achieve a greater reach of mammographic screening and decentralize the offer of the exam.

Keywords: Tracking programs; Secondary prevention; Primary health care; Breast neoplasms; Early detection of cancer.

1. Introdução

O câncer de mama consiste numa desordem multicausal que envolve a multiplicação anormal de células alteradas no tecido ma-

mário, é a neoplasia mais incidente no público feminino, com risco estimado de 61 casos para cada 100 mil mulheres, inclusive, está associada à alta morbimortalidade em função do diagnóstico tardio (INCA, 2019). No ano de 2019 foram registrados 16.068 óbitos de mulheres por essa doença (OLIVEIRA et al., 2022), o que requer atenção, embora o grupo feminino seja mais consciente do autocuidado, convive com fatores favoráveis ao câncer de mama. Este câncer também pode acometer homens mais raramente, representando 1% do total de casos da doença (RODRIGUES et al., 2020).

Os profissionais da Atenção Primária à saúde, dentre estes o enfermeiro, orientam práticas preventivas para o tumor de seio, a prevenção no sentido primário para evitar o adoecimento a partir de alimentação saudável, prática de exercícios físicos, evitar uso de hormônios femininos sintéticos e de bebida alcoólica e o tabagismo; a prevenção terciária, com o objetivo de reabilitar após tratamento do tumor, visando a melhorar a qualidade de vida com as reações associadas a esse tratamento; e a prevenção secundária com a finalidade de detectar precocemente lesões cancerígenas na mama por meio dos exames de detecção precoce e do rastreamento (OLIVEIRA et al., 2019). Assim, o rastreamento significa buscar sinais e sintomas quando estes estão presentes, mas ainda não são percebidos, os enfermeiros ensinam a realizar os exames de rastreamento com o intuito de detecção e tratamento precoces de lesões.

Os métodos mais eficazes para rastreamento feminino são a mamografia (MMG) bienal para mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, e o exame clínico das mamas (ECM) a partir de 35 anos para mulheres com alto risco de desenvolver neoplasia de mama, e a partir de 40 anos para mulheres com risco normal ou habitual (SOUSA et al., 2020). Evidências científicas mostram que o autoexame das mamas não reduz a mortalidade pelo câncer de mama, por isso, desde então esse método não é mais orientado ou incentivado como uma forma de diagnóstico precoce ou rastreamento do câncer de mama, mas sim como uma forma de as mulheres estarem mais conscientes acerca da sua saúde mamária, (OLIVEIRA et al., 2022). Dessa forma, os enfermeiros ensinam o autoexame mamário com o propósito de proporcionar atenção a alterações, mas o exame padrão-ouro para detecção de lesão cancerígena e rastreamento é a mamografia.

Assim, o engajamento no rastreamento mamográfico revela uma atitude de autocuidado da mulher e compreensão das orientações realizadas pelo enfermeiro. Estudos mostram que, no Brasil, mesmo após a implantação do Programa de Rastreamento do Câncer de Mama, muitas mulheres que efetuaram exames de rastreamento já se encontravam num estágio avançado na neoplasia (BIRADS III e IV) (OLIVEIRA et al., 2022), o que sugere a possível existência de falhas na assistência primária e na orientação do enfermeiro. Além disso, a alta mortalidade da doença indica que o rastreamento não está sendo implementado. Com essas análises, caracterizar as usuárias engajadas no rastreamento é útil, pois fornece informações aos enfermeiros sobre a participação das usuárias, o retorno da população frente as orientações fornecidas. Com esses dados, é possível ver a eficácia das ações empreendidas, o aperfeiçoamento de metodologias escolhidas, o desenvolvimento de mecanismos ou estratégias para realizar um rastreamento organizado voltado para a população vulnerável, já que, comumente, a compreensão sensibiliza para a tomada de atitude de se cuidar. É fundamental, sobretudo, buscar saber se queixas mamárias motivaram a busca pelos exames de rastreamento e, caso sim, conhecer essas queixas, uma vez que, com essa escuta ativa, é viável identificar se as usuárias reconhecem a disfunção.

O Sistema de Informação do Câncer (SISCAN), instituído em 2013, é uma versão em plataforma *web* que integra os sistemas de informação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (SISMAMA), dessa forma, contém dados de exames de mamografias, registro de exames citológicos, histopatológicos e seus resultados, ainda, recomendações de ações para cada categoria (INCA, 2019). Dessa forma informações como o BIRADS, se a mulher está na fase reprodutiva ou não, motivação para o exame mamográfico, além dessas, dados sociodemográficos a exemplo de idade, quantidade de filhos, estado civil dentre outros, podem funcionar para demonstrar quais as mulheres que seguem o rastreamento por mamografia nos serviços de saúde.

Diante das discussões acima, objetiva-se caracterizar sociodemograficamente e clinicamente as mulheres que efetuaram rastreamento mamográfico na região do Seridó potiguar.

Esta pesquisa encontra justificativa na caracterização das usuárias que realizam rastreamento por mamografia para a neoplasia mamária, e é relevante uma vez que esclarece as usuárias mais ativas no rastreamento, e possibilita aos profissionais de saúde atuar para atrair o grupo que menos participa das ações preventivas da neoplasia em foco.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa estatística descritiva com abordagem quantitativa. A população do estudo envolve as mulheres que realizaram o exame de rastreamento mamografia no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2018 no Instituto de Radiologia de Caicó. Este recorte 2018 deu-se devido o serviço fazer a cobertura de toda a região do Seridó gerando assim, um quantitativo muito grande de exames, por isso, não será possível fazer um recorte maior, além do risco de repetições de resultados de exames da mesma mulher caso fosse pego dois ou mais anos.

A pesquisa foi realizada no Instituto de Radiologia de Caicó - IRC, na cidade de Caicó- RN, uma instituição de saúde, privada, de âmbito local que busca conjugar atendimentos de alto padrão com elevada acessibilidade, principalmente através do SUS, particulares, planos de saúde e prefeituras. Presta uma ampla gama de serviços, desde consultas médicas até exames de alta complexidade. Essa instituição possui experiência de três décadas na realização de exames radiológicos.

A coleta de dados deu-se no Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) e nos prontuários do Instituto de Radiologia de Caicó, no período de novembro a janeiro de 2020, usando instrumento de autoria das autoras para obtenção de dados sociodemográficos e clínicos das usuárias. Os procedimentos de coleta de dados foram iniciados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, obteve-se parecer de número 3. 785. 609 e CAAE: 19198919.8.0000.5294.

Utilizou-se como critérios de inclusão: mulheres que realizaram mamografia no IRC no período entre 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2018; e como critérios de exclusão mulheres que não foram receber o resultado da mamografia.

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel®, analisados de forma descritiva através das medidas do centro de distribuição da variabilidade ou variabilidade e dispersão, tratados na plataforma do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0®. Assim, para o teste de normalidade das variáveis quantitativas foi realizado o teste kolmogorov-smirnov. Para a execução dos demais testes foram observadas a natureza das variáveis independentes e a variável dependente. Dessa forma, as variáveis independentes categóricas foram submetidas ao Teste t de Student ou Mann Whitney. Em todos os testes foi considerado um nível de significância de 5%.

3. Resultados e discussão

Foram analisados 1.742 prontuários de mamografias realizadas no ano de 2018. A tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica das usuárias.

Tabela 1 - Características sociodemográficas das mulheres rastreadas para o câncer de mama. Região do Seridó – RN, 2018.

Variáveis nominais	n	%
Idade		
< 30	14	0,8
31-40	171	9,8
41-50	707	40,6
51-60	495	28,4
61-70	256	14,7
> 70	99	5,7
Estado civil		
Casada	1572	90,2
Solteira	133	7,6
Viúva	34	2,0
Divorciada	03	0,2
Cidades		
Seridó Ocidental	1336	76,7
Seridó oriental	406	23,3

Variáveis numéricas	Média	Desvio padrão	Mediana	Valor p*
Número de filhos	2,602	2,107	2,000	0,000

*Kolmogorov-Smirnov

Fonte: elaboração própria.

Observou-se uma maior porcentagem de realização do exame mamográfico entre usuárias na faixa etária entre 40 até 70 anos; casadas, residentes no Seridó ocidental e que possuem até dois filhos. Pesquisas de Oliveira *et al* (2022) encontraram maior realização de mamografia entre mulheres sem companheiro, indicando que estigmas sociais e preconceitos por parte dos companheiros podem influenciar na realização desse exame, mas o presente estudo mostrou que ter uma rede de apoio, o que inclui o marido assim como outros familiares, favorece a adesão aos exames. Bernardo *et al* (2022) obtiveram resultado semelhante, relatando que o fato de as mulheres serem casadas ou terem companheiros pode determinar maior procura aos serviços de saúde, mas a ausência de um companheiro não é um fator gerador de risco para o câncer de mama.

No estudo de Corrêa *et al* (2017), realizado no estado de Minas Gerais, foram encontrados resultados semelhantes em relação a faixa etária. No estudo de Bernardo *et al* (2022) as usuárias maiores de 60 anos foram mais engajadas nos exames. No presente estudo ficou exposto o alto percentual de exames em faixas etárias ainda questionáveis por estudos, especialmente em mulheres de 40 a 49 anos. Nesta faixa etária é pouco provável a detecção de lesões neoplásicas devido à densidade mamária maior (OLIVEIRA *et al.*, 2019), esse comportamento pode ser devido à recomendação do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), que preconizam realizar o exame clínico das mamas e a mamografia anualmente a partir de 40 anos (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Já a Sociedade Americana de Câncer recomenda o exame clínico a partir dos 20 anos (OLIVEIRA *et al.*, 2019). Assim, tem-se que há divergência entre as orientações fornecidas pelos profissionais e isto pode ser devido às discordâncias entre as entidades de referência no câncer de mama.

Dados vivenciados no município de Mossoró- RN demonstraram controvérsias quanto à idade para realização da mamografia, a falta de rastreamento mamográfico em mulheres jovens assintomáticas pertencentes a grupos de alto risco, bem como uma deficiência na promoção em saúde sobre câncer, visando à mobilização e sensibilização para o cuidado da população com a própria saúde (JACOME et al., 2011).

A literatura relaciona a necessidade de iniciar o rastreamento à medida que se alcança maior idade, mas estudo epidemiológico de Souza *et al.* (2017) no nordeste brasileiro com mulheres acometidas com câncer de seio conseguiu incidência significativa da enfermidade entre os 20 aos 40 anos, o que prova a importância do rastreamento precoce.

A região do Seridó Ocidental, composta pelas cidades: Ipueira, Jucurutu, Jardim de Piranhas, São Fernando, São João do Sabugi, Serra Negra do Norte e Timbaúba dos Batistas (GOOGLE MAPS,2020) apresentou um maior número de exames mamográficos realizados, entende-se que esta realidade se dá devido à maior proximidade com a cidade de Caicó em relação às cidades do Seridó oriental. Verifica-se neste estudo que a proximidade com o município polo é fator importante para a busca e realização desse rastreamento. Esse resultado revela desafios à sucessão do rastreamento, como o deslocamento para outro município, transportes, intervalo de tempo da entrada no sistema e a realização do mesmo, além de questões culturais, financeiras e individuais, de modo que evidencia um alerta sobre a efetivação deste serviço para os municípios e a necessidade urgente de descentralização desta oferta, as dificuldades para realização do exame contribuem para a sua baixa procura.

Nesse sentido, em concordância com Bezerra *et. al* (2018), no tange à prevenção também é preciso considerar a oferta de exames, as condições socioeconômicas da região e a da região onde essas mulheres estão inseridas, a frequência de realização do exame, a qualidade do mesmo. A oferta de exame de mamografia de rastreamento tem aumentado com o passar dos anos, mas isso não significa que todas as mulheres estão tendo acesso, no nosso estudo provou-se que a distância entre cidades interfere na realização do exame.

Compreende-se que a melhoria no serviço de mamografia perpassa pela necessidade de educação permanente e continuada

dos profissionais de saúde, maior oferta de insumos e equipamentos nas cidades, rede assistencial mais organizada e disponível, busca ativa durante todo o ano- e não somente nas campanhas como se vê no Outubro Rosa, parceria entre gestão e as equipes da atenção primária, os agentes comunitários de saúde como agentes divulgadores da prevenção- em virtude da maior proximidade com a comunidade, igualdade na assistência às mulheres com deficiência, que os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, responsáveis pela entrada do exame de mamografia no sistema, passem também a darem entrada nas informações da paciente que vai realizar mamografia no SISCAN, pois não são fornecidos na cidade de Caicó, o que ocasiona demora no atendimento da mulher.

A tabela abaixo explicita a caracterização clínica das usuárias.

Tabela 2 - Dados clínicos das mulheres rastreadas para câncer de mama. Região do Seridó – RN, 2018.

Variáveis nominais	n	%
Tipo de parto		
Normal	815	46,8
Cesário	729	41,8
Sem filhos	174	10,0
Aborto	24	1,4
Birads		
Achados mamográficos benignos 2	988	56,7
Sem achados mamográficos 1	484	27,8
Avaliação adicional com ultra0	188	10,8
Achados mamográficos provavelmente benignos 3	60	3,4
Achados mamográficos suspeitos 4	21	1,2
Achados mamográficos altamente suspeitos 5	01	0,1
Queixas principais para realização do exame		
Controle	1645	94,4
Nódulos	87	5,0
Rotina	07	0,4
Secreção	03	0,2
Fase reprodutiva		
Sim	1077	61,8
Não	665	38,2

Exame físico				
Sinais cutâneos			1648	94,6
Nódulo palpável			57	3,3
Cicatriz cirúrgica			37	2,1
Variáveis numéricas	Média	Desvio padrão	Mediana	Valor p*
Quantitativo de exames	1,252	0,923	1,000	0,000

Fonte: elaboração própria.

Captou-se que a maioria das usuárias rastreadas ao exame físico apresentaram alterações cutâneas e estão na fase reprodutiva, o que discrimina a existência de sinais suspeitos de câncer em mulheres jovens. Este cenário deve despertar a atenção da enfermagem, bem como do médico, para averiguação desses achados no exame clínico das mamas. Algumas literaturas não reconhecem a contribuição desse método na detecção do câncer de mama, uma vez que ele possui limitações e não é eficiente em identificar lesões pequenas com diâmetro inferior a 2 cm (OLIVEIRA et al., 2019), todavia, o exame clínico faz parte da consulta ginecológica, sua realização oportuniza a identificação das alterações cutâneas, que foram as mais notadas nesse estudo, o que demonstra a importância desse exame.

A maioria das mulheres tem filhos, teve parto normal e enquadraram-se no BIRADS 2 (que significa achados benignos), o que remete a relação entre parição e a proteção para neoplasia de mama.

Bernardo *et al.* (2022) também levantaram associação entre ter filhos e menor risco para afloramento da doença. Entretanto, estudo de Souza *et al.* (2017) encontrou ínfima relação entre parição juntamente com aleitamento materno por mais de 6 meses e prevenção da neoplasia de seio, o fator que mais determinou risco para doença foi a história familiar positiva para a doença.

No estudo de Monteiro *et al.* (2019) realizado em Itaporanga foram encontrados resultados semelhantes em relação ao BI-RADS 2 e 1 encontrados no presente estudo, confirmando que os BI-RADS 3, 4 e 5 são geralmente pouco frequentes. Porém, em Bernardo *et al.* (2022), relatou-se que, conforme um estudo realizado em 28 centros de tratamento para esse tipo de neoplasia, 39% das mulheres

que desenvolveram a doença no serviço público já apresentaram um grau de comprometimento avançado (BIRADS III ou IV), nota que serve para manter o cuidado preventivo e reforçar sempre a orientação do público-alvo.

Percebeu-se a mais recorrente motivação para efetuação do exame mamografia o controle habitual, resultado congruente com as diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama (INCA, 2020), e que sinaliza que há seguimento das orientações dos profissionais e conhecimento sobre a prevenção primária.

4. Considerações finais

Ações devem ser realizadas para que tenha uma maior cobertura no rastreamento mamográfico, os levantamentos apresentados neste estudo fornecem subsídios para alcançar essas melhorias. Almeja-se maior esforço das políticas públicas em relação ao princípio da igualdade, com o propósito de ampliar o acesso ao exame de mamografia, ainda, maximizar a integração entre os serviços de saúde e a população em relação aos exames de rastreamento, para permitir o feedback entre paciente e profissional de saúde.

Limitações do estudo

As informações contidas nos prontuários de mamografia não contemplavam a escolaridade e nem a renda familiar dessa mulher, dados relevantes que permitiriam melhor caracterizar as usuárias. Algumas mulheres da região pesquisada procuram a capital do estado para realizar o exame de rastreamento, o que dificulta o retrato real da situação analisada. Além disso, não existe um programa de organização para realização deste rastreamento, assim, algumas mulheres realizam o exame e não vão buscá-lo para apresentar ao profissional de saúde. O uso de rastreamento oportunista pode contribuir para o baixo impacto dos programas de rastreamento por mamografia.

Referências Bibliográficas

BERNARDO, A. C. *et al.* Perfil e fatores de risco para câncer mamário de mulheres atendidas no ambulatório Previna. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 8, p. 80468-80481, aug. 2021.

BEZERRA, H.S *et. al.* Avaliação do acesso em mamografias no Brasil e indicadores socioeconômicos: um estudo espacial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180014>.

CORREA, C.S.L *et. al.* Rastreamento do câncer de mama em Minas Gerais: avaliação a partir de dados dos sistemas de informações do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.26, n. 3; p.481- 492, jul- set 2017. Disponível em: <http://doi:10.5123/S1679-49742017000300006>.

GOOGLE MAPS. **Distância entre cidades do Seridó**. Disponível em: <http://www.google.com/maps/@6.4544004-37.2546034,127>.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação / **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. – Rio de Janeiro : INCA, 2019.85 p. : il. color. Disponível em: ISBN 978-85-7318-377-1 (versão eletrônica).

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Estimativa 2020 : incidência de câncer no Brasil / **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. – Rio de Janeiro : INCA, 2019.120 p. : il. color.

JÁCOME, E.M *et. al.* Detecção do Câncer de Mama: Conhecimento, Atitude e Prática dos Médicos e Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Mossoró, RN,Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 57, n. 2, p.189-98, 2011.

MONTEIRO, L.V *et. al.* Análise da prevalência de alterações mamográficas a partir da classificação BI-RADS. **Ver. Bra. Edu. Saúde**, v. 9, n.4, p. 34-39, out-dez,2019.

OLIVEIRA, Ana Luíza R. *et al.* Fatores de risco e prevenção do câncer de mama. **Revista Cadernos de Medicina**. V. 2, n. 3, 2019.

OLIVEIRA, R. D.P. *et al.* Association between sociodemographic characteristics and adherence to early detection of breast cancer. **Rev**

Rene., v. 23, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222371920>.

SOUSA, N. H. A de, *et al.* Câncer de mama em mulheres jovens: estudo epidemiológico no nordeste brasileiro. **SANARE**, Sobral - V.16 n.02, p.60-67, Jul./Dez. – 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/ANA/Downloads/1179-Texto%20do%20Artigo-2679-2940-10-20171228.pdf>.

SOUSA, P. H. S. F. *et al.* Ações do enfermeiro para prevenção e detecção precoce do câncer de mama na estratégia de saúde da família. **Journal of Health Connections**, v.9, n.2. p.104-116, 2020.

RODRIGUES, J. R. G. *et al.* Importância do enfermeiro para o controle do câncer de mama: revisão narrativa. **Revista eletrônica Acervo Saúde**, v. sup., n.55, p. 1-9, 2020.

CAPÍTULO 2

CONDIÇÕES DE TRABALHO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO CENTRO CIRÚRGICO E SUA INFLUÊNCIA NO PARTO CESÁRIO

*WORKING CONDITIONS OF THE SURGICAL CENTER NURSING TEAM
AND ITS INFLUENCE ON CESAREAN DELIVERY*

Rosemary Pereira da Silva

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Departamento de Enfermagem
Caicó - RN

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9220-696X>
email: rosemaryiego2013@gmail.com

Mylena da Silva Maia

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Departamento de Enfermagem
Caicó - RN

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2973-3809>
email: mylenamaiaas@gmail.com

Rosângela Diniz Cavalcante

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Departamento de Enfermagem
Caicó - RN

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1036-8509>
email: rosangeladiniz@uern.br

RESUMO

Objetivos: analisar a influência das condições de trabalho da enfermagem do centro cirúrgico na assistência ao parto cesáreo. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, analítico com abordagem qualitativa. Os participantes foram 21 profissionais de enfermagem do centro cirúrgico de um Hospital Materno Infantil, na cidade de Caicó, interior do Rio Grande do Norte. A pesquisa foi aprovada pelo CEP/UERN

em 01 de abril de 2021, sob o parecer nº 4. 625.000. **Resultados:** Predominou participação do sexo feminino, faixa etária entre 40 a 50 anos, nível médio profissionalizante, faixa salarial acima de dois salários mínimos, com dupla ou tripla jornada de trabalho e prevalência de vínculos contratuais. Os resultados apontam para melhorias das condições de trabalho no centro cirúrgico. Apesar da necessidade de alguns avanços, a equipe conta com diferentes profissionais de saúde no setor, possibilitando a satisfação da equipe de enfermagem.

Palavras-chaves: Cuidados de enfermagem; Condições de trabalho; Centro cirúrgico; Parto.

ABSTRACT

Objectives: to analyze the influence of nursing working conditions in the surgical center on cesarean delivery care. **Methodology:** This is a descriptive, analytical study with a qualitative approach. The participants were 21 nursing professionals from the surgical center of a Mother and Child Hospital, in the city of Caicó, in the interior of Rio Grande do Norte. The research was approved by the CEP/UERN on April 1, 2021, under opinion No. 4, 625,000. **Results:** There was a predominance of female participation, aged between 40 and 50 years, medium professional level, salary range above two minimum wages, with double or triple working hours and prevalence of contractual relationships. The results point to improvements in working conditions in the operating room. Despite the need for some advances, the team has different health professionals in the sector, enabling the satisfaction of the nursing team.

Keywords: Nursing care; Work conditions; Surgery Center; childbirth.

INTRODUÇÃO

A equipe de enfermagem é responsável pela maior parte das atividades relacionadas ao cuidado em saúde, chegando a totalizar mais de 2 milhões de trabalhadores no Brasil, correspondendo a cerca de 80% da força de trabalho em saúde (MACHADO et al., 2020).

Os técnicos e auxiliares trabalham em conjunto com o enfermeiro e compõem a equipe de enfermagem que luta para aprimorar a assistência, visando um cuidado holístico e humanizado. Porém, com a contenção de gastos, a falta de pessoal e as atividades burocráti-

cas, vem dificultando o processo de trabalho (WALKER, 2019). Outro fator pertinente é a vulnerabilidade dos direitos trabalhistas, baixos salários, condições de trabalho ineficientes e a precarização na profissão intensificadas com o Estado neoliberal (DRUK, 2016).

Com a alta rotatividade dos técnicos e auxiliares de enfermagem nos locais de trabalho, fica evidente a busca por melhorias nas condições de trabalho, salários melhores e a necessidade de conciliar o duplo vínculo empregatício. Propicia também a desumana sobrecarga de trabalho que afeta a prestação de serviço para com a população, que não condiz com a realidade do cuidado (SILVA et al., 2020a).

Nesse cenário, evidencia-se o centro cirúrgico, como sendo um dos ambientes hospitalares com maior ocorrência de eventos adversos. As causas podem ser atribuídas a diversos fatores, como por exemplo, os números de procedimentos, a comunicação entre as equipes e a força de trabalho sob pressão (BRASIL, 2015).

Com a crescente taxa de cesáreo existente, conhecendo as consequências negativas que podem ser acarretadas na saúde materna e tendo em vista que, o risco de morte é dez vezes maior, quando comparado com parto normal (SILVA et al., 2020b) faz-se necessário um olhar holístico dos profissionais.

Sabendo que a enfermagem é a profissão que tem maior proximidade ao paciente e maior representatividade no campo da saúde. Com a precarização do serviço e as condições de trabalho da equipe que repercutem na assistência ao parto cesáreo. Surgem os seguintes questionamentos: Como encontra-se as condições de trabalho da equipe do centro cirúrgico? Como essas condições interferem na assistência ao parto cesáreo?

Para responder esses questionamentos, apresenta-se os seguintes objetivos: Analisar as influências das condições de trabalho da enfermagem do centro cirúrgico na assistência ao parto cesáreo; traçar o perfil socioeconômico e formativo dos profissionais do centro cirúrgico; Conhecer a assistência de enfermagem durante o parto cesáreo; Compreender as condições de trabalho da equipe de enfermagem do centro cirúrgico.

Em virtude da escassez de literatura e a falta de evidência na base de dados justifica-se a necessidade de pesquisar sobre a realidade do centro cirúrgico no atendimento ao parto Cesáreo. A partir da

construção desse estudo, será possível compreender a situação de trabalho e ofertar subsídios para a criação de estratégias que melhorem as condições de trabalho e, conseqüentemente, a assistência à parturiente durante um momento tão singular e repleto de sentimentos, ou seja, o nascimento do seu filho.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, do tipo descritiva, analítica com abordagem qualitativa.

O estudo foi desenvolvido no centro cirúrgico, do Hospital do Seridó referência materno infantil em Caicó, no interior do Rio Grande do Norte, que enquadra-se como uma maternidade de risco habitual e oferece assistência para 11 municípios.

A população foi composta pela equipe de enfermagem do centro cirúrgico do hospital municipal. A equipe do setor, no período da coleta de dados, foi composta por (06) seis enfermeiros e (19) quinze técnicos de enfermagem, totalizando 25 profissionais de enfermagem. Destes, participaram 21 profissionais, seis (06) enfermeiros e quinze (15).

A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto a dezembro de 2021, por meio de entrevista semiestruturada presencial. Os critérios para participação na pesquisa foram: ter pelo menos seis meses de experiência no setor; com relação aos critérios de exclusão: profissionais que estavam em gozo de férias ou licença prêmio/médica como também os profissionais cedidos de outros órgãos federativos temporariamente. Os dados coletados foram gravados em *pendrive*. Para garantir a privacidade e o sigilo dos participantes, foi utilizado o nome de instrumentais cirúrgicos usados no parto cesáreo, que remete ao cenário desta pesquisa.

O *software IRAMUTEQ* versão 0.7 auxiliou no processamento de dados qualitativos desta pesquisa. Com utilização do software é possível realizar: estatísticas textuais clássicas, análise de similitude de palavras presentes no texto, que possibilita identificar a incidência entre as palavras e o resultado da conexão entre elas.

O corpus textual, resultante das entrevistas realizadas, foi organizado de forma monotemática. De acordo com a análise realizada

pelo software, a classificação hierárquica descendente resultou após análise dos 21 textos em 78,01% de retenção de Segmentos de Textuais (ST). Gerando 241 segmentos de textos, 1.395 formas e 8.192 ocorrências organizadas em 6 classes.

Além disso, considerando a situação pandêmica que o Brasil vivencia atualmente, ocasionada pela COVID-19, todas as medidas de biossegurança foram tomadas durante todo o período de coleta de dados, para impedir a transmissibilidade do vírus.

As informações sobre a pesquisa foram repassadas aos participantes e solicitada às assinaturas dos mesmos, juntamente com o termo de compromisso dos pesquisadores e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo respeitado o que vem a ser preconizado pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos participantes. Caicó-RN, 2022.

Variáveis	Frequência	Porcentagem (%)
Faixa etária		
20 – 30 anos	03	14,29
30 – 40 anos	07	33,33
40 anos - 50 anos	11	52,38
Sexo		
Feminino	16	76,19
Masculino	05	23,81
Estado civil		
Solteiro	09	42,86
Casado	11	52,38
Divorciado	01	04,76
Escolaridade		
Nível médio/profissionalizante	12	57,14
Nível superior	09	42,86
Profissão atual		
Técnico de enfermagem	16	76,19
Enfermeiro	05	23,81
Composição familiar		
Apenas filhos	04	19,04

Pais	03	14,29
Cônjuges e filhos	12	57,14
Parentes	02	09,53
Situação de moradia		
Própria	17	80,96
Alugada	04	19,04

Fonte: dados da pesquisa.

Observa-se que em relação à faixa etária dos participantes, 52,38% encontra-se entre 40 a 50 anos, reforçando que a enfermagem é uma categoria formada por adultos jovens, em sua maioria pessoas maduras desenvolvendo suas atividades e com conhecimento técnico-científico das práticas. 76,19% dos participantes são do sexo feminino, enquanto 23,81% são do sexo masculino.

No tocante à escolaridade, o nível médio profissionalizante predominou com 57,14%, seguido do nível superior com 42,86%. Já quanto a profissão atual, no setor pesquisado, houve uma discreta diferenciação. Enquanto 23,81% atuam como enfermeiros, 76,19% trabalham no nível técnico, ou seja, 04 profissionais dessa última categoria, mesmo possuindo graduação, permanecem como trabalhadores de nível médio.

Tabela 2 - Dados sobre as condições laborais e renda per capita mensal. Caicó-RN, 2022.

Variáveis	Frequência	Porcentagem (%)
Renda Per Capita mensal *		
1 salário	04	19,04
2 salários	03	14,29
Superior a 2 salários	14	66,67
Tempo de trabalho atual		
De 6 meses a 1 ano	01	04,76
Acima de 2 anos	20	95,24
Tempo de trabalho na instituição hospitalar		
De 6 meses a 1 ano	03	14,29
De 1 ano até 2 anos	03	14,29
De 2 anos até 5 anos	05	23,81
Acima de 5 anos	10	47,61

Outro vínculo empregatício		
Sim	15	71,43
Não	06	28,57
Quantos lugares trabalha		
Não tem	06	23,81
Mais 1 vínculo	11	57,14
Mais de 2	03	14,29
Mais de 3	01	04,76
Carga horária de trabalho semanal no hospital de referência		
20 h	01	04,76
30 h	10	47,62
40 h	10	47,62
Carga horária semanal em outro vínculo		
0	06	28,57
20 h	01	04,76
30 h	07	33,33
40 h	04	19,05
60 h	03	14,29
Forma de contratação		
Concurso público	08	38,01
Contrato provisório	13	61,09

Fonte: dados da pesquisa.

A renda per capita mensal, da maioria encontra-se acima de 2 salários mínimos com 66,67%, seguido de 14,29% que recebe até 2 salários mínimos e 19,04% com um salário mínimo. Pode-se associar que esses profissionais em sua maioria possuem mais de um vínculo empregatício, como mostra a Tabela acima, com 71,43%. De acordo com Silva e Machado (2020) que muitos dos profissionais de enfermagem se submetem a uma dupla ou tripla jornada para garantir a sua sobrevivência e estabilidade financeira. Resultados também encontrados neste estudo, já que 57,14% dos participantes relataram essa realidade.

Em relação a carga horária de trabalho pesquisada, está predominando entre 30 a 40 horas semanais, representando 47,62% dos resultados. Já em relação a outros vínculos 33,33% os respon-

dentes afirmam ter outros vínculos, adicionando assim, mais 30 horas de trabalho. Além disso, outro dado preocupante sobre as condições de trabalho, revela que 14,29% dos profissionais entrevistados chegam a assumir 60 horas semanais.

Com intuito de discorrer sobre as condições de trabalho da enfermagem do centro cirúrgico e a influência dessas na assistência prestada durante o parto cesáreo na realidade estudada, será apresentado as categorias que emergiram da análise qualitativa mediante a utilização do recurso da CHD presente no *software IRAMUTEQ versão 7 alfa 0.2*.

5.2.1 Classe 1: realidade atual das condições de trabalho de enfermagem no centro cirúrgico

Observou-se a concordância nos discursos dos entrevistados, acerca das atuais condições de trabalho na instituição pesquisada. Nota-se nas falas que as condições de trabalho melhoraram nos últimos anos, mostrando que os mesmos sentem-se motivados a prestar uma boa assistência.

***Dissecção sem dente:** “[...] hoje nós estamos com condições estáveis. A nova gestão conseguiu melhorar os serviços, dando a mão de obra e muita coisa mudou, porque antes a gente tinha que improvisar, tinha que se trabalhar com improviso e isso dificultava muito a assistência ao paciente [...].”*

***Allis:** “[...] são boas. Melhorou muita coisa. [...] Foi algo que nós sempre sonhamos, melhorou muito, em termos de assistência assim que o bebê nasce [...].”*

Os discursos acima corroboram as informações descritas na pesquisa que investigou o perfil da enfermagem brasileira onde, as condições de trabalho no setor público são consideradas boas ou ótimas em 51,8% dos profissionais participantes FIOCRUZ/COFEN (2017). Vale ressaltar, que as condições de trabalho são descritas como boas de acordo com os depoimentos apresentados, pela melhoria em relação aos equipamentos, vestuários e quantitativo de recursos humanos, uma conquista aparentemente recente.

Torna-se importante frisar que as condições de trabalho dos profissionais do centro cirúrgico sejam humanizadas e respeitadas pela instituição hospitalar, uma vez que se deparam com ambientes desfavoráveis em relação ao processo de trabalho (FONTANA, 2010). Além disso, os profissionais tornam-se mais estimulados a desenvolver bem sua prática profissional quando sentem-se valorizados, ouvidos e atendidos em suas necessidades, sejam elas estruturais e/ou particulares.

5.2.2 Classe 2 e Classe 5- cuidado de enfermagem no Peri operatório: a importância do acolhimento.

Os discursos a seguir retratam a rotina no centro cirúrgico durante o pré-operatório da cesárea, destaca-se a importância do acolhimento das parturientes no setor.

Allis: “[...] Ao longo desse anos já recebi pacientes que não eram a primeira vez que estavam aqui para ter bebê, cada vez que elas estão aqui é um sentimento diferente [...]”.

Allis: “[...] É uma assistência mais humanizada, porque assim que a gestante entra, eu tenho que saber o nome dela, eu não posso tratar ela apenas como uma paciente que veio precisando dos meus cuidados e os cuidados da equipe, então é essencial que eu saiba, que eu preste atenção como está o emocional dela, é muito importante [...]”.

O acolhimento do paciente no centro cirúrgico é primordial, pois o cuidado humanizado para o procedimento a ser realizado, é essencial para o cliente no período peri operatório. A paciente é recebida no centro cirúrgico pela equipe de enfermagem, é com ela que se estabelece o primeiro contato, o “estar com” (GIRON; BERARDINELLI, 2015).

Nos relatos a seguir, observa-se que os profissionais se preocupam também com a autonomia da mulher durante o parto cesáreo.

Kelly curva: “[...] O cuidado é preparar todo um ambiente que ele esteja propício a mãe, ela se sinta à vontade

de para realizar seu parto. Nada que seja imposto a ela, que seja colocado de uma forma que ela tenha que fazer, porque às vezes somos muito enfáticos, devido o hospital ter aquela rotina, então, a gente impõe quando a mãe chega e eu acredito que a mãe deveria ficar mais livre pra isso [...]”.

Rochester: *“[...] eu procuro sempre tá criando um vínculo com essa mulher, então logo depois a gente leva pra sala e lá na sala eu sempre converso com elas, porque quando a gente vai fazer uma cirurgia fica nervosa, aí eu fico o máximo conversando pra ter aquele vínculo com ela e ela ficar menos nervosa [...]”.*

Segundo Souza, Gaíva e Modes (2019), a humanização no momento do nascimento, deverá ter o mínimo de intervenções possíveis, respeitando os aspectos socioculturais da mulher e a oferta de apoio emocional aos seus familiares, como também o incentivo ao vínculo mãe e filho. A garantia do direito à mulher de escolher o acompanhante, a oferta de espaços para que a mulher exerça sua autonomia durante todo o parto e empoderará-la acerca dos procedimentos a serem realizados.

Portanto, é fundamental a humanização do parto cesáreo, pois este cuidado ainda não é o centro da discussão dos profissionais, uma vez que atentam-se principalmente para o uso de drogas e para as intervenções durante o parto natural e todas as etapas que o compõem. É preciso enxergar o parto cesáreo com o olhar ampliado, não restringindo apenas a extração do feto do ventre da mulher, pois sentimentos e direitos estão sendo colocados em segundo plano em detrimento da técnica para realização do parto (MACHADO et al, 2021).

5.2.3 Classe 3: dificuldades que influenciam as condições de trabalho durante a assistência ao parto cesáreo.

Os discursos a seguir, retratam as dificuldades encontradas no ambiente de trabalho, que vão interferir na assistência prestada ao parto cesáreo, bem como poderão acarretar desgaste físico e psicológico aos profissionais.

Metzemaum: “[...] o que dificulta é quando não temos uma boa equipe de profissionais não iremos desenvolver um bom trabalho [...] o que vem facilitar e dificultar o processo de trabalho é a questão do trabalho em equipe se temos um bom entrosamento por parte da equipe teremos um bom resultado na assistência [...]”.

Kelly Reta: “[...] em se tratando das dificuldades e facilitadores podemos falar da importância de se ter uma equipe completa no setor, isso facilita e muito o nosso trabalho, em meados passado isso não era possível, hoje temos a equipe completa [...]”.

Quanto à fala exibida por Metzemaum, nota-se a existência de um bom entrosamento na equipe, o que gera um bom resultado na assistência prestada, tal fato assemelha-se ao encontrado na pesquisa de Silva (2019) que traz que uma boa convivência da equipe é uma característica essencial para o funcionamento do centro cirúrgico.

Portanto, é essencial que os profissionais de enfermagem trabalhem em equipe para oferecer um melhor funcionamento e garantias ao cliente na redução de danos, quanto à exposição de fatores que venham causar estresse aos trabalhadores do centro cirúrgico. (MIRANDA, 2017).

5.2.4 Classe 4: aspectos positivos que melhoram as práticas profissionais da enfermagem no centro cirúrgico.

Nesta classe, foram expostas algumas mudanças que aconteceram recentemente no ambiente de trabalho do centro cirúrgico. Tais mudanças corroboraram positivamente nas condições de trabalho para a equipe de enfermagem, melhorando também a organização do setor e o processo de trabalho desenvolvido por estes profissionais.

Pinça Kocher: “[...] Houve várias mudanças dentro do setor do centro cirúrgico, como: rotina de trabalho com 24 horas e 12 horas, material instrumental com melhores condições de trabalho [...]”.

Foerster: “[...] aumentou o número de profissionais que têm pessoas para trabalhar na central de material de es-

terilização, antes éramos nós os profissionais que trabalham na sala cirúrgica que realizamos atividades naquele setor. O número de instrumentos também aumentou [...]”.

Foi perceptível na fala de “Foerster” o aumento no quantitativo de profissionais atuantes no centro cirúrgico, e redimensionamento de pessoal da enfermagem, evitando assim o acúmulo de funções. Tal resultado diverge do encontrado na pesquisa por Stumm, Maçalai e Kirchner (2006) que apontam a insuficiência do número de profissionais quando avaliada as demandas do setor. Esse fato não afeta somente a organização do trabalho, mas também o psicológico dos trabalhadores de enfermagem e como consequência o atendimento ofertado.

5. 2.5. Classe 6: a importância do trabalho em equipe no centro cirúrgico.

As falas apresentadas a seguir, demonstram a aflição quando há desfalque na equipe atuante no centro cirúrgico. As competências dos profissionais que no momento estão ausentes no setor, recaem sobre a equipe de enfermagem, assumindo muitas vezes funções que não são de sua competência.

***Doyen:** “[...] Não tínhamos enfermeiro vinte e quatro horas, não tínhamos pediatra, não tínhamos médico auxiliar, porque antes nós tínhamos essa carga, de fazer uma função que não era nossa, auxiliar uma cirurgia, fazíamos a função de pediatra, sem ser. Então, hoje facilitou nosso trabalho, porque temos uma equipe completa, não vamos nos preocupar se nascer um bebê ruim, e ficar perguntando: meu Deus o que vamos fazer? [...]”.*

***Tesoura Mayo:** “[...] Agora a equipe é mais completa, temos o enfermeiro, o médico auxiliar, o pediatra, temos toda uma equipe pra dar esse apoio pra gente. Antes o técnico de enfermagem era: enfermeiro, auxiliar, era médico e era técnico, muitas vezes era pediatra [...]”.*

A atual situação exposta nas falas dos participantes, demonstra a existência da satisfação no desenvolvimento de atividades no setor, por terem a segurança de uma equipe completa. Abreu, Amendola

e Trovo (2017) expõem que o relacionamento interpessoal é configurado como um instrumento de trabalho, então, a ocorrência de limitação da equipe acarreta conflitos que prejudicam diretamente o cuidado.

Portanto, é possível compreender que a composição da equipe conforme foi citada pelos entrevistados, era desfalcada, atualmente, apresenta-se completa e proporcionando sentimentos de satisfação. É importante salientar, que a equipe completa também confere melhor assistência no parto cesáreo à criança e à mulher, principalmente nas intercorrências quando é necessário a intervenção de um profissional específico, que foge ao âmbito de atuação da equipe de enfermagem.

Nesse sentido, é fundamental compreender que o trabalho em saúde é um trabalho coletivo, ou seja, é fruto das relações interpessoais estabelecidas entre os profissionais das diferentes áreas de formação, bem como das relações e vínculos estabelecidos no encontro com o paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa com 21 profissionais de enfermagem do Centro cirúrgico do Hospital do Seridó, município de Caicó-RN, revelou que os entrevistados deste estudo eram, em sua maioria do sexo feminino, com faixa etária de 40 a 50 anos, identificando que a enfermagem é uma categoria de adultos jovens. A maior parte dos participantes são trabalhadores do nível médio profissionalizante, em relação a situação salarial encontra-se acima de dois salários mínimos, com predomínio da dupla ou tripla jornada de trabalho e prevalência de vínculos contratuais.

Os achados em relação às condições de trabalho no centro cirúrgico foram positivas, em se tratando da reorganização do processo de trabalho, o aumento do número de profissionais de enfermagem e outros profissionais que trabalham na assistência prestada direta à parturiente. Ressalta-se, a aquisição de novos equipamentos e instrumentais, acarretando melhorias na qualidade do trabalho.

Foi perceptível que as condições de trabalho influenciam diretamente a assistência prestada no parto cesáreo. Com a ausência da reorganização do trabalho, quantitativo de profissionais adequados, equipamentos e materiais de qualidade, os profissionais não conse-

guiram oferecer uma assistência de excelência. Acarretando desgaste físico e mental aos profissionais da categoria.

Destaca-se a importância de se avançar em lutas coletivas para que possamos melhorar as condições de trabalho da equipe de enfermagem, o piso salarial, a garantia de solidez dos vínculos empregatícios, como é o caso dos entrevistados contratados no estudo. Tal fato, ocasiona insatisfação e o desejo de abandonar o exercício da profissão. Não é de hoje que a enfermagem carrega a luta por melhores condições de trabalho e salário digno, é uma categoria que se faz presente em todas as fases da vida do ser humano, com isso, merecem ter as reivindicações aprovadas, pois são anos de submissão e repressão a classe médica.

Portanto, esse trabalho possibilitou um maior conhecimento científico e um olhar crítico diante a questão das condições de trabalho e sua influência no parto cesárea. Com a aproximação ao cenário pesquisado, proporcionou a identificação das fragilidades e potencialidades do serviço.

As limitações deste estudo dizem respeito a pouca reflexão por parte dos profissionais quanto aos questionamentos presentes no instrumento de coleta. Além disso, a escassa literatura relacionada às boas condições de trabalho no centro cirúrgico em outras realidades. Suscita-se a realização de novas investigações complementares a essa temática.

REFERÊNCIAS

ABREU, Tatiana Fernandes Kerches de; AMENDOLA, Fernanda; TROVO, Monica Martins. Relational technologies as instruments of care in the Family Health Strategy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 70, n. 5, p. 981-987, out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/VgC4MPkBmGrb-NFNN9FMQZCp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 abr. 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim Informativo Segurança do Paciente e qualidade em serviços, Ano VII**, n.º 11. Brasília: Anvisa, 2015. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/boletins-estatisticos>. Acesso em: 3 dez. 2020.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. [2020]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2021.

DRUCK, Graça. A TERCEIRIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v.14, n.1, p.15-43, nov.2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000400015&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 3 dez. 2020.

FIOCRUZ/COFEN. Perfil da Enfermagem no Brasil: Relatório Final. Brasil/coordenado por Maria Helena Machado. Rio de Janeiro: NERHUS – DAPS – ENSP/Fiocruz, 2017. 748p. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2021.

FONTANA, Rosane Teresinha. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 200-207, 2010. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12318/1/2010_art_rtfontana.pdf. Acesso em: 09 abr. 2022.

GIRON, Mariana Nepomuceno; BERARDINELLI, Lina Márcia Miguéis. O conhecimento em enfermagem sobre humanização na recepção do usuário no centro cirúrgico: revisão integrativa. **Rev. Enferm UFPE ON LINE**, Recife, v. 9, p. 974 -984, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10423/11212>. Acesso em: 09 abr. 2022.

MACHADO, Jéssica Alves; CHIPOLESCHI, Amanda Paixão; SILVA, Èvelyn Alves da; CUNHA, Marcielle da; FARIAS, Helena Portes Sava de. PARTO CESÁREO HUMANIZADO: desafio dos profissionais de enfermagem. **Saúde, Meio Ambiente e Tecnologia no Cuidado Interdisciplinar**, [S.L.], p. 32-46, 2021. EPITAYA. Disponível em: <https://portal.epitaya.com.br/index.php/ebooks/article/view/161/110>. Acesso em: 09 abr. 2022.

MACHADO, Maria Helena; KOSTER, Isabella; AGUIAR FILHO, Wilson; WERMELINGER, Mônica Carvalho de Mesquita Werner; FREIRE, Neyson Pinheiro; PEREIRA, Everson Justino. Mercado de trabalho e processos regulatórios – a Enfermagem no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 101-112, jan. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n1/1413-8123-csc-25-01-0101.pdf>. Acesso em: 2 dez.2020.

MIRANDA, Suna Moniz Marçal. **O nível de estresse do profissional de enfermagem que atua no centro cirúrgico em um hospital privado do Distrito Federal**. 2017. 25 f. Monografia (Graduação) – Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/235/11750>. Acesso em: 09 abr. 2022.

SILVA, Elvis Vieira da; COSTA, Mariana Amorim de Andrade; ALMEIDA, Karine Cristine de; ARAUJO, Laís Moreira Borges; AMÂNCIO, Natália de Fátima Gonçalves. Relationship between the type of delivery and the epidemiological profile of prenatal and perinatal assistance in a municipality of Minas Gerais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 241-247, mar. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292020000100241-&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 3 dez. 2020.

SILVA, Laryssa Evelyn Mariano da. **Desafios vivenciados pelo enfermeiro no Centro Cirúrgico: revisão integrativa**. 2019. 16 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Centro Universitário de João Pessoa, João Pessoa, 2019. Disponível em: <https://bdtcc.unipe.edu.br/wp-content/uploads/2019/08/TCC-LARYSSA-Dra-Rita-Esp.-Rozileide-Ma.-Brigida.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2022.

SILVA, Manoel Carlos Neri da; MACHADO, Maria Helena. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a enfermagem no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 7-13, jan. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000100007. Acesso em: 3 dez. 2020.

SILVA, Raimunda Magalhães da; VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza; GARCIA FILHO, Carlos; BEZERRA, Indara Cavalcante; CAVALCANTE, Ana Neiline; NETTO, Fernanda Colares de Borba; AGUIAR, Francisca Alanny Rocha. Precarização do mercado de trabalho de auxiliares e técnicos de Enfermagem no Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 135-145, jan. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000100135&tlng=pt. Acesso em: 3 dez. 2020.

SOUZA, Taísa Guimarães de; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; MODES, Priscilla Shirley Siniak dos Anjos. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 479-486, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/qzRtDzHvKkrKn-z5zrDpzVLR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 abr. 2022.

STUMM, Eniva Miladi Fernandes; MAÇALAI, Rubia Teresinha; KIRCHNER, Rosane Maria. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 464-471, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XCwsYpQRxhnLMMFkZLSSmD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 abr. 2022.

WALKER, Felicity Ann. **Na Examination of a nursing Assistant Role in na Acut Hospital Setting.** Australia, 2019, 404 f. School of Healt na Biomedical Sciences, University RMIT.

CAPÍTULO 3

HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL: ENUNCIÇÃO DE CRIANÇAS COM CÂNCER

CHILD HOSPITALIZATION: ENUNCIATION OF CHILDREN WITH CANCER

Malueska Luacche Xavier Ferreira Sales

Mestre em Enfermagem. Hospital Universitário

Lauro Wanderley - UFPB.

João Pessoa-PB- Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-8644-4096>.

E-mail malu_luacche@hotmail.com

Amanda Thaise de Souza Barbosa

Enfermeira Obstetra. Hospital Universitário

Lauro Wanderley – UFPB.

João Pessoa-PB- Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-9628-1238>

e-amil: amanddathaise@hotmail.com

Amanda Narciso Machado

Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós

Graduação em Enfermagem da UFPB.

João Pessoa-PB-Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-8509-3215>

e-mail: amandamachado@hotmail.com

Maria Lúcia Fernandes de Carvalho Marques

Enfermeira Obstetra. Hospital Universitário

Lauro Wanderley - UFPB.

João Pessoa-PB-Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-1343-1243>

e-mail: lucinhaafc@hotmail.com

Rômulo Wanderley de Lima Cabral

Mestre em Saúde Pública. Hospital Universitário

Lauro Wanderley – UFPB.

João Pessoa-PB-Brasil.

<https://orcid.org/0000.0002.9044.9586>

E-mail: romulowanlima@gmail.com

Maria Elizabete de Amorim Silva

Doutora em Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPB.

João Pessoa-PB-Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-4388-5529>

e-mail: elizabeteamorim.enf@gmail.com

Vanessa Medeiros da Nóbrega

Doutora em Enfermagem. Enfermeira da Prefeitura Municipal de João Pessoa.

João Pessoa-PB- Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-2596-8259>.

E-mail: nessanobregam@hotmail.com

Neusa Collet

Doutora em Enfermagem. Docente da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB.

João Pessoa-PB-Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-4795-0279>

E-mail: neucollet@gmail.com

RESUMO

Objetivo: explicitar a enunciação de crianças com câncer sobre a hospitalização infantil. **Método:** pesquisa qualitativa, realizada com oito crianças em idade escolar, por meio do desenho-estória com tema. A análise da enunciação subsidiou a organização e interpretação dos dados empíricos. **Resultados:** a hospitalização é vista pelas crianças como evento restritivo, que limita seus movimentos e autonomia, sendo o tratamento priorizado em detrimento das demais necessidades da infância. Ao vivenciar a hospitalização, percebem os procedimentos como necessários para se livrar da doença, suscitando a esperança de cura. Além disso, passam a reproduzir dizeres dos profissionais de saúde. **Considerações finais:** a hospitalização para as crianças com câncer caracterizou-se pela dualidade, pois ao mesmo tempo em que se apresenta com caráter restritivo, é vista como um caminho para obter a cura da doença e retorno às atividades cotidianas.

Palavras-chave: Enfermagem Oncológica; Criança; Hospitalização; Criança Hospitalizada.

ABSTRACT

Objective: to highlight the meanings of the hospitalization for children with cancer through their enunciation. **Method:** qualitative research carried out with eight school-age children using the design-themed story. The organization and the interpretation of the empirical data were subsidized by the enunciation analysis. **Results:** the hospitalization is faced by children as a restrictive event, which limits their movements and autonomy, being the treatment prioritized rather than further childhood needs. When living the hospitalization, they realize the procedures as necessary to get rid of the disease, by arousing the hope for cure. Besides, they get to copy the health professionals' sayings. **Final considerations:** the hospitalization for children with cancer was characterized by duality, because at the same time it is presented with a restrictive character, it is also seen as a way to achieve the cure for the disease and the return to daily activities.

Keywords: Oncology Nursing; Child; Hospitalization; Child Hospitalized.

INTRODUÇÃO

A criança com câncer, em geral, passa por frequentes e prolongados períodos de hospitalização, repercutindo em modificações em seu estilo de vida (LIMA; SANTOS, 2015) e de suas famílias. O tratamento oncológico pode ser realizado a nível ambulatorial ou sob regime de hospitalização, por necessitar de tempo de infusão prolongado – durante 24 horas ou mais – além da vigilância rigorosa dos sinais e sintomas bem como das possíveis reações medicamentosas (GOMES et al., 2013; GUPTA et al., 2017).

Durante a hospitalização, as crianças com câncer adentram em um contexto que demanda a reorganização de papéis e rotinas diárias, tais como: brincadeiras, frequência escolar e diminuição do convívio com seus entes queridos e seus pares. Tais mudanças podem causar angústia e problemas físicos, psicológicos e sociais, bem como perda de autoestima, autoconfiança e segurança (BOLES, 2014; MOHAMMADI et al., 2017).

Essa vivência é vista como traumática, pois é permeada de procedimentos dolorosos e invasivos que causam dor e sofrimento, considerados estranhos e ameaçadores (SANTOS et al., 2016). Ademais, de acordo com a condição clínica da criança, há a orientação de se evitarem determinadas ações e o contato com seus pares, reduzindo-se a interação com outras pessoas no ambiente hospitalar. Isso pode repercutir em agressão ao seu mundo imaginário, originando medo, raiva, tristeza e depressão diante da doença e do tratamento (LIMA; SANTOS, 2015).

Por outro lado, a hospitalização pode proporcionar oportunidades para que a criança e seu cuidador estabeleçam novas relações interpessoais e desenvolvam estratégias para o melhor enfrentamento da doença (BOLES, 2014), especialmente ao trocar experiências com outras crianças e famílias que vivenciam o mesmo processo. Além disso, o processo de hospitalização pode representar a possibilidade de cura e retorno à vida normal.

Diante da gravidade e caráter crônico do câncer, a enfermagem, por estar mais presente na rotina hospitalar junto à criança e sua família, deverá apresentar uma relação dialógica em que a criança tenha vez e voz, a fim de promover ações de cuidado que possam aproximar o infante do mundo que lhe é próprio, pois é um ser em crescimento e desenvolvimento. Assim, a enunciação desses pequenos pode trazer elementos que contribuam para transformar a rotina hospitalar, minimizando os traumas decorrentes da hospitalização.

As crianças são as melhores fontes de informação sobre suas experiências e sentimentos (SANTOS et al. 2016). Assim, acredita-se que compreender o impacto da hospitalização na infância é essencial para subsidiar o planejamento do cuidado de enfermagem, tornando-o adequado às suas necessidades (GOMES et al 2013), que seja efetivamente integral e humanizado.

Nessa perspectiva questiona-se: qual a enunciação de crianças com câncer sobre a hospitalização? Este estudo objetivou explicitar a enunciação de crianças com câncer sobre a hospitalização infantil.

MÉTODO

Estudo qualitativo desenvolvido em um núcleo de apoio a crianças com câncer no estado da Paraíba, no período de fevereiro a maio de 2012, com oito crianças entre seis e doze anos de idade. Os critérios de inclusão consistiram no diagnóstico confirmado de câncer há mais de seis meses e na apresentação de condições físicas e emocionais para participar do estudo.

As condições físicas foram avaliadas por meio da escala de *Performance Status (PS)* do *Eastern Cooperative Oncology Group*, que estabelece os escores de 0 a 4 (PS 0 a PS 4), na qual 0 representa a criança com atividade normal e o 4 classifica-a como restrito ao leito (POLO; MORAES, 2009). Adotou-se como critérios de exclusão os escores PS 3 e PS 4, ou seja, crianças mais dependentes de cuidados; e aquelas com deficiência visual pela impossibilidade de fazer o desenho necessário para a produção do material empírico.

Para a produção do material empírico utilizou-se a técnica do desenho-estória com tema (COUTINHO; SERAFIM; ARAÚJO, 2011). Depois da autorização dos seus responsáveis, em um local reservado, a criança sentou-se à frente da pesquisadora em uma mesa, na qual foram espalhados lápis coloridos, um grafite e uma folha de papel. Solicitou-se que a criança fizesse um desenho livre. Ao concluí-lo, pediu-se que contasse uma estória sobre o que havia desenhado. Posteriormente, foram solicitados esclarecimentos acerca do desenho e da estória, e então, foi pedido que a criança desse um título para sua estória. Para realização do segundo desenho, foi introduzido o tema: “desenhe uma criança com câncer”. Seguindo-se os mesmos procedimentos: desenho, contação de estória, inquérito e título. Ressalta-se que as estórias foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra para análise. Apenas as falas das crianças produzidas por meio das estórias contadas e do inquérito foram analisadas, uma vez que o desenho foi utilizado como disparador do diálogo, a fim de ilustrar sua vivência.

O material empírico foi organizado e interpretado seguindo-se os passos da análise da enunciação (MINAYO, 2014). Inicialmente delimitou-se o corpus discursivo, proveniente das estórias contadas pelas crianças, no qual pode ser evidenciado os mecanismos de sig-

nificação. Realizaram-se repetidas leituras do corpus, integrando teoria e análise, em busca de compreender os processos de produção do discurso, observando-se: a lógica singular do discurso, o estilo do locutor, os elementos atípicos e as figuras de retórica. Nesse processo, evidenciaram-se repetições, lapsos, ilogismos, lugares comuns, jogos de palavras, paradoxo, hipérbole, metonímia e metáfora, que consubstanciaram a compreensão do significado dos enunciados. Na análise foram construídos blocos de significação do corpus a partir da questão central e objetiva da pesquisa (MINAYO, 2014).

O estudo considerou os aspectos éticos e legais conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Protocolo nº 0380/2011 CAAE nº 0283.0.462.000-11. Os responsáveis pelas crianças assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e as crianças o Termo de Assentimento. Na apresentação dos enunciados as crianças foram identificadas por nomes de personagens infantis: Cebolinha, Cascão, Dudu, Franjinha, Aninha, Pelezinho, Mônica e Magali.

RESULTADOS

Das oito crianças participantes, três eram do sexo feminino e cinco do sexo masculino, e as idades variaram de 6 a 12 anos. Seus diagnósticos eram: leucemia (5), linfoma (1), câncer renal (1) e câncer no ovário (1). Destes, três estavam realizando quimioterapia (Dudu, Pelezinho e Franjinha) e cinco faziam acompanhamento mensal e/ou semestral. O menor tempo de diagnóstico foi de oito meses e o maior de seis anos. A partir dos resultados foram construídos os seguintes blocos de significação: hospitalização como evento restritivo e hospitalização como ambiente que possibilita a cura.

Hospitalização como evento restritivo

Dentre as limitações advindas do ambiente hospitalar foi citada a restrição da liberdade da criança, por se tratar de um local que impõe mobilidade limitada e movimentos repetidos, onde há pouco a se criar em função do espaço, normas e condutas impostas pelo modo de organização do serviço: *Era ruim, porque eu não podia co-*

mer ovo de páscoa e estava mesmo no mês da páscoa, porque eu estava internado e ninguém me dava. [...] Ruim, ruim, ruim. Porque eu estava na páscoa em nenhum canto, eu estava no hospital, eu não estava na minha casa comendo chocolate. Porque era melhor que no hospital. Andar de bicicleta, de patins, de moto, de carro, andar de tudo. Eu não, ela que fazia (a criança do desenho), eu nem tenho bicicleta, nem patins (falou rindo), só estou explicando. [...] Sentia o vento no rosto, o alívio. (Franjinha, 12 anos) (No hospital) Não, foi ruim, eu ficava para lá e para cá, para o quarto e para a cozinha. O cara ficar indo só para um lado e para o outro não presta. (Cebolinha, 11 anos) É ruim ficar deitado numa cama de hospital, é ruim ficar com câncer, ficava pensando que ia morrer. (Cascão, 11 anos) Porque ela (a criança do desenho) está doente, está no hospital. Ruim, porque as comidas são insossas. (Aninha, 9 anos)

Diante dos sinais e sintomas da doença, a criança percebe que o tratamento é priorizado em relação às demais necessidades próprias da infância: (Fui para o hospital) *Porque eu fiquei doente, aí não queria comer direito, [...] estava cheio de manchinha. [...] Eu brinquei um pouquinho (após chegar no hospital), enquanto eu não fui furado. (Dudu, 6 anos)*

Para a criança, o profissional médico detém o poder de decisão sobre o que ela poderia ou não fazer, restringindo a autonomia inclusive dos pais: *Foi Dr. A. que mandou eu ir para o hospital, mas meu pai não sabia quando a gente ia para casa. Aí Dr. A. chegou lá e mandou ir para casa. [...] Foram quatro dias (internado). Eu tirei o soro e ficou só com o negócio (dispositivo de infusão salinizado) mesmo [...]. Quando minha mãe chegou passou um tempinho e Dr. A. mandou tirar e eu fui para casa. (Dudu, 6 anos)*

Além disso, as crianças evidenciaram sentir falta dos amigos para brincar: *Ruim (estar no hospital) porque não tinha pessoas para a gente brincar, [...] ficava deitada numa cama com minha mãe. Eu fiquei um mês e quinze dias internada. (Aninha, 9 anos) Sentia (falta) dos amigos, porque lá no hospital não tinha ninguém para brincar que ela (a criança do desenho) conhecia. [...] Brincava de boneco com o pai dela e gostava. (Pelezinho, 10 anos)*

Hospitalização como ambiente que possibilita a cura

A criança passa a aceitar os procedimentos necessários, mesmo que causem dor e sofrimento, pois aspira à melhora de sua condição de saúde, livrando-se da doença: *Tinha que tomar remédio para ficar bom.* (Cascão, 11 anos) *Eu estava no quarto assistindo quando disseram: “vamos fazer a biópsia de novo para tirar”. Aí eu fiz: ‘eba! eba!’ Porque eu não aguentava mais essa agonia no meu pescoço, ficava doendo. Senti uma alegria.* (Cebolinha, 11 anos) *Ela (a criança do desenho) ficava alegre quando ela ia fazer o tratamento, por causa que se ela fizesse esse tratamento ela ia ficar boa.* (Magali, 9 anos)

Durante a hospitalização, a criança explicita sentimentos ambivalentes, permeados por sofrimento e esperança de cura: *Por uma parte é boa, por outra parte é ruim. A pessoa é furada, fica enjoada, com o cabelo caído, não ter sua liberdade de brincar, de sair.* (Por outra) *A pessoa (deve) cuidar de sua saúde.* (Franjinha, 12 anos)

No processo de hospitalização a criança incorpora dizeres de profissionais de saúde e os reproduz, explicitando a necessidade de seguir uma terapêutica para a cura: *Ela (a criança do desenho) está operada, está tomando o soro porque estava vomitando e precisa hidratar. Eu sou o médico, aí é como se eu estivesse explicando.* (Franjinha, 12 anos)

DISCUSSÃO

Crianças hospitalizadas encontram-se em situação de vulnerabilidade, o que conduz à necessidade do olhar sensível dos profissionais de saúde para a qualificação do cuidado. Experimentar um ambiente novo, com pessoas desconhecidas e limitação das atividades, pode potencializar os aspectos negativos dessa vivência (FERREIRA et al., 2014). Evidencia-se que a repetição da palavra “ruim” na enunciação das crianças foi utilizada para designar essas experiências desagradáveis.

Pesquisa (CORSANO et al., 2015) enfatiza que as emoções negativas experimentadas por crianças hospitalizadas são expressas apenas se tiverem sido bem elaboradas. Enquanto algumas crianças

não relatam tais emoções por não lembrarem ou por não querer contá-las, outras expressaram os eventos negativos com riqueza de termos.

Franjinha explicita a concepção de que tudo é melhor fora do hospital, por nele encontrar um ambiente de proibições relacionadas às atividades que costumava realizar, bem como a imposição de limitação de sua autonomia em uma época na qual é estimulado o consumo de um alimento simbólico e prazeroso ao mundo infantil: o ovo de páscoa. Em seu imaginário, o hospital é considerado como um lugar que limita o prazer de ser criança.

Esses achados são corroborados por estudo (LIMA; SANTOS, 2015) que afirma ser o hospital visto pelas crianças com câncer como um local de limitações, onde as rotinas e o próprio ambiente diminuem o repertório de atividades as quais estavam habituadas e gostavam de praticar.

Identifica-se o descontentamento da criança diante da hospitalização ao negar o local onde se encontrava na páscoa. “Estar em lugar nenhum” em referência ao hospital é uma metáfora para explicitar sua revolta por se sentir excluída de seu ambiente e não poder aproveitar uma importante data comemorativa. Estudo (LOPES; DE PAULA, 2012) ratifica esses achados ao evidenciar que estar internada significa, para a criança, um período de isolamento, pois é afastada inclusive de manifestações culturais e festas, enquanto que a sociedade continua com seus feriados e comemorações festivas.

Franjinha explicita um lapso em seu enunciado, ao apresentar duas pessoas: o eu – na qual expressa a situação vivida na condição de ser uma criança com câncer, marcada por restrições – e a criança do desenho, na qual revela um desejo interno de se libertar daquela realidade para se sentir aliviada e poder experienciar situações intrínsecas do universo infantil. Assim, na estória do desenho, a criança evoca aspirações que no momento não são possíveis realizar.

Na enunciação, as crianças evidenciam a punção venosa como um dos procedimentos dolorosos aos quais são submetidas. Este é apontado na literatura como o que mais a incomoda por sentir seu corpo invadido (FARIAS et al., 2017). Estudo (FLOWERS; BIRNIE, 2015) alude que crianças em tratamento oncológico passam por muitos procedimentos invasivos e dolorosos. Tais procedimen-

tos, quando manejados de maneira inadequada, podem influenciar na dor, aumento da ansiedade e angústia. Assim é recomendado por pesquisa (DIAS et al., 2013), que haja uma abordagem honesta sobre a dor e os procedimentos médicos e de enfermagem, o que resultará em confiança e cooperação por parte da criança.

Evidenciou-se que a criança percebe as relações de poder entre o binômio (criança/família) e o profissional de saúde, pois expressa que a “autorização” do ir e vir ao hospital está condicionada à hierarquia existente na interação médico-paciente. Nessa relação, a criança entende que o profissional é o responsável pela alta hospitalar, dotado de poder para determinar a sua liberdade. Dudu explicita no seu discurso o ilogismo, emperramento no raciocínio demonstrativo, com o uso da palavra “negócio” caracterizado no seu imaginário como objeto que o prende à hospitalização e que somente o médico que mandou colocar é quem pode autorizar sua retirada. Tenta, dessa forma, justificar a condição hierárquica médico/paciente. Isto remete ao significado de perda da autonomia.

Nesse sentido, além do pai ou da mãe, os profissionais de saúde determinam, durante a hospitalização, as regras sobre sua vida. Submeter-se às determinações médicas, em sentido de obediência, pode significar a única possibilidade de cura, que, nessa perspectiva, evoca liberdade, ou seja, quando curado estará livre de um ambiente que o tolhe, que o limita, que cerceia os prazeres do seu mundo.

Estudo (FARIAS et al., 2017) corrobora esses aspectos ao ressaltar que as crianças se sentem impotentes perante as vivências no hospital por serem tolhidas do direito de escolha, ter que permanecer no ambiente hospitalar durante o tratamento com falta de controle da dor, reclusão e com restrições.

A mobilidade restrita no hospital faz com que a criança se posicione de modo crítico. Embora assuma a posição de um sujeito que dê indícios de aceitação, sua enunciação é marcada pela contradição no dizer, alternando entre as posições de aceitação e rejeição dessa situação. Observa-se o desejo de liberdade de movimentação, que lhe foi tirado quando da internação.

Dessa forma, as crianças não se sentem bem com as limitações e consequências da hospitalização, na maioria das vezes, de-

correntes da falta de liberdade para brincar e/ou andar, devido à terapêutica medicamentosa (HOSTER; MOTTA; ENUMO, 2015). Perceber-se restrita ao leito pode levar a desdobramentos como luto antecipatório e ausência de esperança. Por vezes, os sentimentos que surgem diante da possibilidade da morte podem aparecer em diferentes situações de vida que configuram como perdas ou frustrações de expectativas para a criança (AQUINO; CONTI; PEDROSA, 2014).

Esse aspecto necessita ser considerado para que seja proporcionada às crianças uma vivência menos traumática durante a hospitalização. Isso porque, ainda que as unidades pediátricas sejam projetadas para internação de crianças, geralmente, as atividades estabelecidas nesses ambientes estão voltadas para as necessidades decorrentes da enfermidade, negligenciando com frequência, o brincar, o aprender, o explorar e o comunicar-se com outra pessoa da mesma idade. Logo, é imperativa a construção de ambientes acolhedoras e estruturadas para assistir à criança de forma integral, que vise o conforto e a produção de subjetividades, e que possa ser utilizado como ferramenta facilitadora para o melhor enfrentamento da hospitalização (RIBEIRO; GOMES; THOFEHRN, 2014).

Ao assumir a posição de sujeito que vivencia a hospitalização, as crianças percebem que foram introduzidas em um local onde não têm a companhia dos amigos para brincar, o que é indispensável para o seu desenvolvimento saudável. Quando da ocorrência dessa situação, evidencia-se que elas podem buscar nas brincadeiras com o seu cuidador o preenchimento dessa lacuna, ou mesmo se acomodar diante dessa realidade e nada fazer, pois na sua condição só lhes resta ficar esperando o tempo passar.

Estudo (SILVA et al., 2017) evidencia que os amigos são membros efetivos da rede social da criança, que oferecem suporte emocional para a superação das dificuldades vivenciadas na trajetória da doença. Eles são capazes de minimizar os sentimentos negativos experienciados, por meio de expressões de consolo e de força, além das brincadeiras que ajudam no esquecimento das condições impostas pela enfermidade, proporcionando felicidade e melhorando o enfrentamento.

Os enunciados também revelam que as crianças veem no tratamento a esperança de liberdade, caracterizada pelo significado de

ficar livre da doença e do hospital, representando o desejo de superação do câncer, e assim passam a perceber o tratamento de modo positivo. Para a criança, o tratamento representado pelos medicamentos e procedimentos cirúrgicos, simboliza o livrar-se da dor e da agonia. A reação de Cebolinha, frente a uma nova biópsia, traz o sentido de liberdade daquilo que o incomoda, permeado de alegria e expectativa pela possibilidade de seguir vivendo sem a doença.

Evidencia-se nos enunciados a resiliência das crianças frente à hospitalização e aos procedimentos terapêuticos, ao expressarem alegria, mesmo diante de todas as adversidades, pois no tratamento há a possibilidade de cura. A resiliência é a capacidade de continuar projetando-se no futuro apesar dos acontecimentos desestabilizadores, de condições de vida difíceis e de traumas às vezes graves (SANTOS; MOREIRA, 2014).

Destarte, a hospitalização suscita características ambíguas para algumas crianças, pois tanto percebem os procedimentos aos quais são submetidas como geradores de sofrimento, como compreendem que estes melhoram e aliviam os sintomas, representando o hospital como um local de cura (FARIAS et al., 2017).

Os enunciados explicitam uma dualidade na visão acerca do ambiente hospitalar, ora visto de maneira biologicista, restritiva e médico-hegemônica, ora visto como um ambiente lúdico, que tenta inserir a criança em seu universo singular. Assim, ressalta-se a contribuição do lúdico no ambiente hospitalar para o enfrentamento positivo da doença e da hospitalização, além do favorecimento do vínculo entre a criança e a equipe de saúde. Ademais, é uma das formas pela qual ela se comunica e expressa ativamente seus sentimentos, ansiedades e frustrações (DEPIANTI et al., 2014).

O brincar favorece uma maior aceitação da situação vivida por proporcionar a continuidade das atividades infantis (FERREIRA et al., 2014), auxiliando no enfrentamento da hospitalização e humanizando a assistência às crianças (DEPIANTI et al., 2014).

Estudo (LUZ; MARTINI, 2012) acerca do significado de estar hospitalizado para crianças e adolescentes, aponta que, apesar das experiências desagradáveis vividas, os significados podem ser reagrupados e transformados de modo que a criança e os adolescentes percebam o hospital também como ambiente de cuidado. Assim, o

fato de estar hospitalizado também pode ser marcado por situações agradáveis, caracterizadas por meio do cuidado, da paixão, do amor, da felicidade e de brincadeiras.

Com o decorrer da hospitalização e o maior contato com as rotinas e linguagem técnica da saúde, a criança tem sua enunciação atravessada pelas vozes do cotidiano hospitalar, utilizando os termos técnicos como constructos do seu dizer, apreendidos no cotidiano da experiência do câncer e seu tratamento. Mesmo que não entenda o significado do que diz, utiliza-se desse tipo de linguagem constituída em seu novo contexto para falar sobre o câncer, deixando de lado o uso do que é inerente à infância.

Ao vivenciar longos períodos de hospitalização, crianças com câncer vão se apropriando da rotina hospitalar e do discurso médico, controlam as taxas relativas à imunidade, à medicação e aos sintomas da doença (AQUINO; CONTI; PEDROSA, 2014). Ao se comunicar por meio da linguagem técnica, a criança passa da condição passiva em relação a tudo que está vivenciando, para uma posição ativa na construção de sua autonomia, posição de quem tenta decidir sobre o que será realizado com ela, mesmo que seja de forma imaginária.

Estudo (CORSANO et al., 2015) associa a utilização de termos técnicos na narração de crianças hospitalizadas ao se reportarem sobre emoções negativas à hipótese de que, quando utilizam este mecanismo, elas tentam estabelecer uma barreira entre si e o que sentem, além de tentar exercer controle sobre uma realidade percebida como incerta e dolorosa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enunciação de crianças com câncer sobre a hospitalização infantil explicita a dificuldade em vivenciar a hospitalização. As crianças participantes do estudo demonstraram entender e expressaram com riqueza de detalhes a experiência vivida. Percebem o hospital de forma ambivalente: tanto como local de cuidado, quanto gerador de dor e sofrimento. Isso pode tornar mais difícil a aceitação do momento vivenciado e implicar na necessidade de estabelecimento de estratégias que a auxiliem a enfrentar esse processo.

Transformar o hospital em um ambiente o mais próximo possível do mundo infantil é meta a ser perseguida e, ao mesmo tempo, estratégia fundamental. Isso significa não só se preocupar com o ambiente físico, a fim de favorecer a racionalidade instrumental do cuidado em pediatria, mas também ocupar-se com tudo o que envolve o ambiente emocional das crianças e suas famílias para que se sintam acolhidas e seguras no hospital. Portanto, a ambiência hospitalar deve fazer parte das diretrizes de organização de unidades pediátricas com foco no cuidado centrado na família. Logo, a partir da enunciação da criança com câncer pode-se ampliar o conhecimento sobre os significados da hospitalização para ela. Contudo, as possibilidades de novas investigações não se esgotaram, podendo haver outros aspectos apontados por crianças que vivenciam a mesma situação, mas em realidades assistenciais diferentes.

REFERÊNCIAS

AQUINO, A.M.; CONTI, L.; PEDROSA, A. Construções de significados acerca do adoecimento e morte nas narrativas de crianças com câncer. **Psicol. Reflex. Crit.** v.27, n.3, p. 599-606, 2014.

BOLES, J. Creating a Legacy For and with Hospitalized Children. **Pediatr. Nurs.** v. 40, n. 1, p. 43-44, 2014.

CORSANO, P. et al. Speaking about emotional events in hospital: the role of health-care professionals in children emotional experiences. **J. Child Health Care.** v. 19, n. 1, p. 84-92, 2015.

COUTINHO, M.P.L; SERAFIM, R.C.N.S; ARAÚJO, L.S. A aplicabilidade de desenho-estória com tema no campo da pesquisa. In: Coutinho MPL, Saraiva ERA. **Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas.** João Pessoa (PB): Editora Universitária. p. 205-50, 2011.

DEPIANTI, J.R.B. et al. Dificuldades da enfermagem na utilização do lúdico no cuidado à criança com câncer hospitalizada. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. (Online).** v. 6, n.3, p. 1117-1127, 2014.

DIAS, J.J. et al. A experiência de crianças com câncer no processo de hospitalização e no brincar. **Rev. Min. Enferm.** v.17, n.3, p. 608-613, 2013.

FARIAS, D.D. et al. A hospitalização na perspectiva da criança: uma revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE on line**. v. 11, n. 2, p. 703-711, 2017.

FERREIRA, N.A.S. et al. Representação social do lúdico no hospital: o olhar da criança. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.** v. 24, n. 2, p. 188-194, 2014.

FLOWERS, S.R; BIRNIE, K.A. Procedural Preparation and Support as a Standard of Care in Pediatric Oncology. **Pediatr. Blood Cancer**. n. 62, p. 694-723, 2015.

GOMES, I.P. et al. Do diagnóstico à sobrevivência do câncer infantil: perspectiva de crianças. **Texto Contexto Enferm**. v. 22, n. 3, p.:671-9, 2013.

GUPTA, A.A. et al. Patterns of chemotherapy-induced toxicities and outcome in children and adolescents with metastatic rhabdomyosarcoma: a report from the Children's Oncology Group. **Pediatric. Blood Cancer**. v. 64, n. 9:e26479, 2017.

HOSTER, P.C.C.P.; MOTTA, A.B.; ENUMO, S.R.F. Coping da hospitalização em crianças com câncer: a importância da classe hospitalar. **Estud. Psicol.** v. 32, n.4, p. 627-639, 2015.

LIMA, K.Y.N.; SANTOS, V.E.P. O lúdico como estratégia no cuidado à criança com câncer. **Rev. Gaúcha Enferm**. v. 36, n. 2, p. 76-81. 2015

LOPES, B.A; DE PAULA, E.M.A.T. O significado das festas em uma brinquedoteca hospitalar: promoção da saúde, da cultura e da vivência da infância para crianças enfermas. **Rev. SBPH**. v.15, n.1, p. 168-193, 2012.

LUZ, J.H.; MARTINI, J.G. Compreendendo o significado de estar hospitalizado no cotidiano de crianças e adolescentes com doenças crônicas. **Rev. Bras. Enferm**. v. 65, n. 6, p. 916-921, 2012.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

MOHAMMADI, A. et al. Participation in Daily Life Activities among Children with Cancer. Middle East. **J. Cancer**. v. 8, n. 4, p. 213-222, 2017.

POLO, L.H.V; MORAES, M.W. Performance de Zubrod e índice de Karnofsky na avaliação da qualidade de vida de crianças oncológicas. **Einstein**. v. 7, n. 3, p. 314-321, 2009.

RIBEIRO, J.P.; GOMES, G.C.; THOFEHRN, M.B. Ambiência como estratégia de humanização da assistência na unidade de pediatria: revisão sistemática. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 48, n3, p. 530-539, 2014.

SANTOS, P.M., et al. Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada. **Rev. Bras. Enferm.** v. 69, n. 4, p. 646-653, 2016.

SANTOS, R.A.; MOREIRA, M.C.N. Resiliência e morte: o profissional de enfermagem frente ao cuidado de crianças e adolescentes no processo de finitude da vida. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 19, n.12, p. 4869-4878, 2014.

SILVA, M.E.A. et al. Rede e apoio social na doença crônica infantil: compreendendo a percepção da criança. **Texto Contexto Enferm.** v.26, n.1, e6980015, 2017.

CAPÍTULO 4

IMPORTÂNCIA DA REALIZAÇÃO DO PLANO DE PARTO NA SAÚDE MATERNO INFANTIL

IMPORTANCE OF CARRYING OUT THE BIRTH PLAN IN MATERNAL CHILD HEALTH

Francyely dos Santos Moura

Pós-graduada pelos programas de Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde Materno - Infantil pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Caicó-RN

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3791-2049>

E-mail: mourafrancely@gmail.com

Frankly Eudes Sousa Martins

Residência Multiprofissional em Atenção Básica, EMCM/UFRN.
Mestrado Profissional em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina EMCM/UFRN.
Campina Grande-PB

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9660-9790>

E-mail: frankly_eudes@hotmail.com

Francisca Kelle de Sousa Ferreira

Pós - graduada pelos programas de Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde Materno - Infantil pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Caicó-RN

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1641-174X>

E-mail: keelleferreira@gmail.com

Liliane de Macedo Azevêdo

Mestra em Serviço Social e Direitos Sociais pela Universidade Estadual do Rio Grande do Norte
Santa cruz-RN

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0263-9188>

E-mail: Liliane.azevedo@ebserh.gov.br

Fátima Aparecida Henrique Lotufo

Doutora em Tocoginecologia pela UNICAMP
Docente pela Faculdade São Leopoldo Mandic de Araras
São Paulo-SP

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0995-011X>

E-mail: fatimalotufo@gmail.com

Lia Maristela da Silva Jacob

Doutora em Ciências da Saúde pela UNICAMP
Docente pela Faculdade São Leopoldo Mandic de Araras
e pela Faculdade Municipal Professor Franco Motoro
São Paulo-SP

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4168-4333>

E-mail: lia_maristela@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Identificar e descrever as evidências científicas disponíveis na literatura nacional e internacional sobre a importância da realização do plano de parto na saúde materno-infantil. **Método:** Revisão integrativa realizada entre outubro e novembro de 2021. Selecionaram-se publicações nas bases científicas de dados Scopus, *US National Library of Medicine* (PubMed), Embase, Web of Science por meio dos descritores em Ciências da Saúde (DeCs): Labor, Obstetric or Obstetric Labor) and (Parturition or Birth) and (Humanizing Delivery or Delivery, Obstetric) and (Decision Making) and (Birth Plan). Os descritores foram combinados pelos operadores booleanos AND e OR. **Resultados:** A amostra final foi composta por seis artigos que emergiram em duas categorias: “plano de parto como ferramenta que favorece a autonomia e o empoderamento feminino” e “contribuições do plano de parto no processo de parto e nascimento”. **Conclusão:** O uso do plano de parto contribui para melhor assistência à saúde materno-infantil nos serviços de saúde, porém o uso da referida ferramenta ainda apresenta desafios que precisam ser discutidos para que a utilização seja garantida ao maior número de mulheres.

Palavras-chaves: Parto humanizado; Tomada de Decisão; Trabalho de Parto.

ABSTRACT

Objective: To identify and describe the scientific evidence available in the national and international literature on the importance of carrying out a birth plan in maternal and child health. **Method:** Integrative review carried out between October and November 2021. Publications were selected in the scientific databases Scopus, US National Library of Medicine (PubMed), Embase, Web of Science using the Health Sciences descriptors (DeCs): Labor, Obstetric or Obstetric Labor) and (Parturition or Birth) and (Humanizing Delivery or Delivery, Obstetric) and (Decision Making) and (Birth Plan). The descriptors were combined by the Boolean operators AND and OR. **Results:** The final sample consisted of six articles that emerged in two categories: “birth plan as a tool that favors female autonomy and empowerment” and “contributions of the birth plan in the delivery and birth process”. **Conclusion:** The use of the birth plan contributes to better maternal and child health care in health services, but the use of this tool still presents challenges that need to be discussed so that its use is guaranteed to the greatest number of women.

Keywords: Humanized childbirth; Decision Making; Childbirth work.

INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto são eventos biopsicossociais, os quais constituem processo singular para mulher e respectivo parceiro, além de envolver a família e a comunidade, configurando-se como uma experiência significativa, com capacidade positiva e enriquecedora para os que participam (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, por meio da Portaria N° 569/2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) que busca a redução das altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal e neonatal, além de assegurar a melhoria de acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal (BRASIL, 2000).

A assistência ao parto normal é apontada por práticas não indicadas pelas evidências científicas, as quais acarretam sofrimento das mulheres. Nesse contexto, o Governo Federal instituiu, em junho de

2011, a Rede Cegonha, visando atenção humanizada à gestação, parto e pós-parto, direito ao planejamento reprodutivo e desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida. A Rede Cegonha objetiva reduzir a mortalidade materna e infantil e garantir os direitos reprodutivos de mulheres, homens e adolescentes (BRASIL, 2013).

A partir da década de 1980, as políticas públicas voltadas para saúde materno-infantil no Brasil tiveram importância na conformação dos sistemas e serviços de saúde, resultando em leis e programas de saúde. Além disso, possibilitou maior acesso à consulta pré-natal e avanço dos indicadores de mortalidade neonatal durante os anos de 1990 a 2000 (NETO et al., 2008, p.110). No entanto, mesmo com as políticas públicas voltadas para esse público, ainda são elevados os índices de mortalidade materna, evidenciando a necessidade de refletir a respeito da implementação de políticas públicas para melhoria da saúde da mulher (MAMEDE; PRUDÊNCIO, 2015).

Entre os anos de 1996 e 2018, no Brasil, foram notificadas, aproximadamente, 39 mil mortes maternas. Porém, no período de 2017 e 2018, o país conseguiu reduzir 8,4% a razão da taxa de mortalidade materna, passando de 64,5 para 59,1 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Nesse mesmo intervalo, a Região Nordeste apresentou redução dessa taxa de 8,3%, oscilando de 73,2 para 67,1 óbitos (BRASIL, 2020).

Apesar da significativa redução, a razão de mortalidade materna se mantém alta, ao ser comparada com os indicadores dos países desenvolvidos. A mortalidade materna é considerada violação dos direitos humanos, por ser evitável em 92,0% dos casos e acomete, principalmente, os países em desenvolvimento (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, com objetivo de reduzir os indicadores, várias estratégias internacionais têm se destacado, entre elas, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que objetivam reduzir a mortalidade materna por causas evitáveis até o ano de 2030. Portanto, espera-se que o indicador mundial de mortalidade materna seja inferior a 70 óbitos/100.000 nascidos vivos (WHO, 2019).

Assim, um dos “dez passos para o pré-natal de qualidade” na Atenção Básica, segundo o MS, é estimular e informar às gestantes sobre o benefício do parto fisiológico, incluindo a elaboração do Plano de Parto (PP) (BRASIL, 2019).

O primeiro modelo de PP foi criado nos Estados Unidos, em 1980, por Sheila Kitzinger que defendia que o parto é um processo fisiológico e não deve ser conduzido como patológico e medicalizado (CHACHAM; PERPÉTUO, 1996).

Desse modo, o PP é um documento elaborado pela grávida, juntamente com os profissionais que acompanham no pré-natal, sobre as próprias escolhas, vontades e perspectivas em relação ao parto e nascimento, abrangendo alguns procedimentos dos profissionais. A gestante pode formular o plano durante o pré-natal, período que pode se apropriar mais do instrumento, dirimir dúvidas e dialogar com os profissionais. O PP deve ser entregue de forma impressa à equipe de profissionais da maternidade de referência da gestante (BRASIL, 2019).

De acordo com Silva et al., (2015) é fundamental expandir a divulgação do PP na Atenção Primária à Saúde, durante o acompanhamento do pré-natal, bem como em rodas de conversas e educação em saúde, para que seja mais efetivo. Deste modo, enfatiza-se a importância da utilização do plano de parto como ferramenta que proporciona experiência positiva do parto. Destaca-se, ainda, que a construção do plano durante o pré-natal e a realização deste pela equipe de saúde contribui para o desenvolvimento vantajoso do trabalho de parto (SANTOS et al., 2019).

Os planos de parto e nascimento têm influência positiva no processo de parto e na finalização deste. Ademais, ressaltam-se a relação positiva desta ferramenta e o aumento do contato pele a pele, do clampeamento tardio do cordão e da taxa de partos normais. Além disso, destaca-se que o plano aumenta as dimensões de segurança, empoderamento, eficácia, autonomia e satisfação das mulheres (CORTÉS et al., 2015).

O plano de parto é caracterizado como tecnologia importante nos cuidados humanizados e na satisfação materna, contribuindo para melhoria da qualidade da atenção obstétrica (MEDEIROS et al., 2019). A elaboração do plano de parto, durante o pré-natal, auxilia o desenvolvimento favorável do trabalho de parto e possibilita o autoconhecimento das mulheres (MOUTA et al., 2017).

A assistência ao nascimento ainda apresenta fragilidades, devendo a participação da mulher no processo de parto e nascimento

ser incentivada ainda durante o pré-natal, para que elas reconheçam direitos e promovam a autonomia. O plano de parto é uma ferramenta que centraliza o direito à informação e a decisão da mulher, fazendo com que se torne protagonista do próprio parto (SILVA et al., 2017).

O interesse pela temática se deu a partir da vivência da residente em um hospital municipal de referência da saúde materno infantil da região do Seridó, no estado do Rio Grande do Norte, e presenciar durante os dois anos apenas uma gestante com plano de parto na referida maternidade, além disso no período da residência na Atenção Básica na Unidade Básica de Saúde que esteve inserida durante o primeiro ano de residência não houve discursão a respeito do plano de parto com os profissionais, bem como com as gestantes que faziam acompanhamento do pré-natal. Diante disto, despertou a vontade de pesquisar a temática do plano de parto o qual é de suma importância para as mulheres, profissionais da saúde, sociedade em geral e para a saúde pública. Neste contexto, o presente estudo objetiva identificar e descrever as evidências científicas disponíveis na literatura nacional e internacional sobre a importância da realização do plano de parto na saúde materno-infantil.

METODOLOGIA

Trata-se de revisão integrativa da literatura que conforme Mendes *et al.*, (2008) permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo.

Para elaboração do estudo, foi preciso percorrer seis etapas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados e apresentação da síntese do conhecimento (MENDES *et al.*, 2008). Com vista à importância do tema e do referenciado na literatura, esta pesquisa partiu da seguinte questão: Como pergunta norteadora: quais são as evidências científicas disponíveis que abordam a importância da realização do plano de parto na saúde materno infantil?

As bases de dados utilizadas na busca dos artigos foram as seguintes: Scopus, *US National Library of Medicine* (PubMed), Embase, Web of Science. Como descritores em Ciências da Saúde (DeCs) foram utilizados os seguintes: (Labor, Obstetric OR Obstetric Labor) AND (Parturition OR Birth) AND (Humanizing Delivery OR Delivery, Obstetric) AND (Decision Making) AND (Birth Plan). Os descritores foram combinados pelos operadores booleanos AND e OR.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português, inglês ou espanhol, publicados entre os anos de 2015 e 2021. Excluíram-se estudos repetidos, artigos não disponíveis nas bases de dados e os que não abordavam a temática proposta do estudo.

O processo de busca em bases de dados eletrônicos, seleção de estudos, leitura dos artigos e compilação das informações foi realizado pela pesquisadora principal do estudo, visando maior confiabilidade deste, sendo replicado por outra pesquisadora, de maneira cega e independente.

Nesse sentido, as divergências encontradas foram resolvidas por meio de consenso entre as pesquisadoras. Na primeira etapa da pesquisa, identificaram-se os títulos e resumos. Após exclusão dos artigos que não cumpriram com os critérios de inclusão, os estudos foram selecionados e agrupados em categoria de análise e encaminhados para o gerenciador de referências EndNote.

Elaborou-se instrumento para coleta de dados considerados importantes para este estudo, como autores, objetivo, delineamento, país de origem e conclusões.

A presente revisão respeitou os preceitos éticos, à medida que identificou e referenciou os autores e demais fontes de pesquisa, ressaltando a propriedade intelectual dos textos pesquisados no que diz respeito ao uso do conteúdo e de citação das partes das obras consultadas.

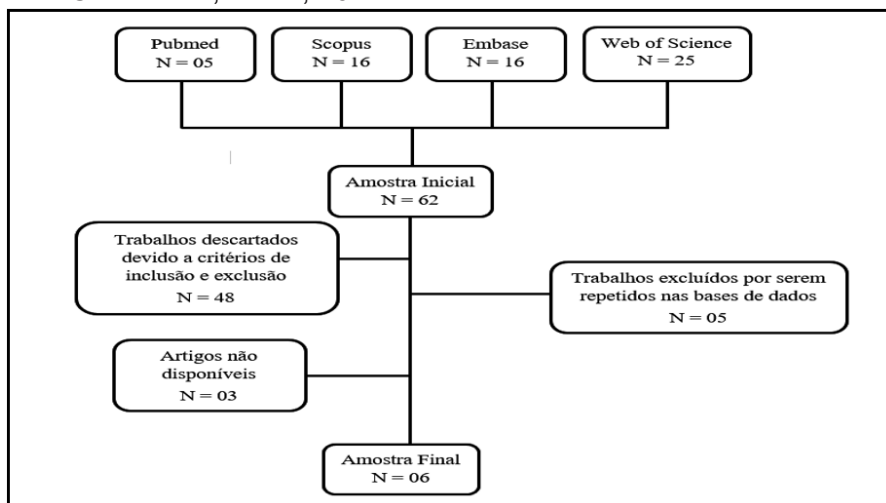
Os estudos foram selecionados e agrupados em duas categorias temáticas: Plano de parto como ferramenta que favorece a autonomia e o empoderamento feminino e Contribuições do plano de parto no processo de parto e nascimento.

RESULTADOS

Após a utilização das combinações de descritores, foram encontrados 62 artigos, sendo cinco PubMed, 16 na Scopus, 16 Embase e 25 na Web of Science.

Após a leitura, excluíram-se 56 artigos por apresentarem abordagem diferente do objetivo deste estudo. Assim, das 62 publicações, selecionaram-se artigos que se adequaram aos critérios de inclusão e exclusão (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma da busca e dos critérios de seleção dos estudos. Caicó - RN, Brasil, 2022.



É importante notar que para busca mais ampla dos artigos, estes foram acessados através do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com o reconhecimento da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Dos seis artigos selecionados, um apresenta delineamento estudo de coorte quantitativo, um qualitativo, um retrospectivo, um estudo de coorte prospectivo, um qualitativo e quantitativo, e um descritivo e multicêntrico. Os estudos foram realizados predominantemente na Espanha (3), sendo 1 do Irã, 1 da Holanda e 1 dos Estados Unidos da América (Quadro 1). No que se refere ao ano de publica-

ção dos artigos, foram encontrados os seguintes períodos: 2015 (1), 2017 (2), 2019 (1), 2020 (1) e 2021 (1).

Quadro 1. Distribuição dos artigos científicos, segundo autor, objetivo, país de origem, delineamento e conclusões, Caicó - RN, Brasil, 2022.

Autores	Objetivos	País	Delineamento	Conclusões
Cortés et al.	Conhecer, analisar e descrever a situação atual dos Planos de Parto e Nascimento no contexto estudado, comparando o processo de parto e a finalização entre as mulheres que apresentaram e as que não um Plano de Parto e Nascimento.	Espanha	Estudo de coorte quantitativo	os Planos de Parto e Nascimento influenciam positivamente o processo de parto e a finalização. São necessárias políticas sanitárias para aumentar o número de Planos de Parto e Nascimento apresentados nos hospitais estudados.
Biescas et al.	Descrever e analisar os planos de partos produzidos pelos hospitais participantes do Programa de Assistência ao Parto Normal.	Espanha	Qualitativo	Todos os planos de partos analisados foram desenvolvidos por hospitais públicos dentro da mesma região e foram adotados de forma diferente.
Jolles et al.	Avaliar o uso de plano de parto na Holanda.	Holanda	Estudo retrospectivo	Embora planos de parto sejam recomendados para todas as mulheres grávidas, ainda não é uma prática cotidiana.
Afshar et al.	Examinar se a presença de um plano de parto estava associada ao tipo de parto, intervenções obstétricas e satisfação do paciente.	Estados Unidos	Estudo de coorte prospectivo	O plano de parto é um documento que comunica uma mulher preferências por trabalho de parto e parto.
Ahmadpour et al.	Avaliar a implementação do plano de parto pela primeira vez no Irã na cidade de Tabriz.	Irã	Estudo quantitativo e qualitativo	Ao implementar o plano de parto, as vantagens e os obstáculos ao plano de parto podem ser esclarecidos.
Gimeno et al.	Identificar a porcentagem de gestantes que apresentam plano de parto em cinco hospitais da Espanha e como a apresentação do plano de parto se relaciona com os resultados obstétricos e métodos selecionados para o alívio da dor.	Espanha	Descritivo e multicêntrico	Quase metade das mães não apresentou plano de parto, geralmente porque as parceiras não solicitaram.

DISCUSSÃO

Plano de parto como ferramenta que favorece a autonomia e o empoderamento feminino

A presença do plano de parto e nascimento corrobora a autonomia das mulheres, considerando a ingestão de alimentos ou líqui-

dos, uso de enemas e da depilação do períneo, além da escolha da posição de dilatação e parto (CORTÉS *et al.*, 2015).

Estudo realizado no Irã aponta como ponto forte da pesquisa a participação das mulheres no trabalho de parto e parto, com a contribuição do plano de parto (AHMADPOUR *et al.*, 2020). O (PP) possibilita que a mulher expresse as próprias necessidades e expectativas em relação à gravidez e ao parto (BIESCAS *et al.*, 2017).

O PP de parto amplia a segurança, o empoderamento, a satisfação das mulheres (CORTÉS *et al.*, 2015). Outro estudo evidenciou que mulheres com plano de parto tinham menos intervenções obstétricas (AFSHAR *et al.*, 2018).

Pesquisa semelhante apontou o PP como instrumento que potencializa a autonomia das mulheres e famílias, além de incentivar o cuidado compartilhado e possibilitar refletir a respeito da assistência obstétrica. (SANTOS *et al.*, 2019).

Nessa perspectiva, Pereira *et al.* (2020) mostraram em estudo que o plano de parto incentiva o protagonismo da mulher e da família. Ademais, este instrumento traz benefícios como melhor comunicação entre os profissionais da saúde e maior esclarecimento da gestante em relação ao trabalho de parto e parto. Esses dados se assemelham ao estudo de Silva *et al.* (2017) que aponta o plano de parto como ferramenta que centraliza o direito à informação e decisão da mulher, além de torná-la protagonista do próprio parto, colaborando para o empoderamento desta no processo de gerar e parir.

De acordo Biescas *et al.*, (2017). Em 86,2% dos planos de partos analisados, colocou-se a opção da participação do parceiro e 70% dos planos proporcionaram à mulher a escolha em relação à questão do alojamento conjunto com o recém-nascido e a amamentação.

Nesse contexto, instituiu-se a Lei 11.108/2005 que estabelece a garantia às parturientes do direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo aquele indicado pela parturiente (BRASIL, 2005). Estudo mostra que a presença do acompanhante durante o parto e nascimento proporciona conforto, calma, suporte emocional e físico, além disso, as mulheres se sentiam mais seguras, confiantes e contribuiu para humanização do parto e nascimento (DODOU *et al.*, 2014).

No estado de São Paulo, é instituído o Plano Municipal para a Humanização do Parto, pela Lei 15.894/2013, a qual destaca que a gestante terá direito a elaboração de um Plano Individual de Parto. É interessante notar que a elaboração deste documento será precedida de avaliação médica da gestante, no qual serão identificados os fatores de riscos da gravidez, bem como a gestante deverá ser assistida por um médico obstetra que deverá esclarecê-la a respeito sobre as implicações de cada uma das disposições de vontade durante a elaboração do plano individual de parto (BRASIL, 2013).

No que se refere ao direito à privacidade, 51,7% dos planos de parto abordavam essa questão e (40%) dão opções femininas para sua escolha (BIESCAS *et al.*, 2017). A satisfação no pós-parto foi de 8,3 e vale destacar que a discussão do plano de parto não teve diferença no escore que se refere à satisfação no pós-parto (JOLLES *et al.*, 2019).

As mulheres que tinham plano de parto eram 28% menos dispostas a receberem ocitocina. Além disso, não houve diferença de tempo em relação à duração do parto entre mulheres com e sem plano de parto (AFSHAR *et al.*, 2017).

Jolles *et al.* (2019) destacam que o objetivo do plano de parto é favorecer a decisão compartilhada, entretanto, esta não é integralmente realizada. O plano de parto precisa ser atualizado e revisto de acordo com as recomendações para melhorar as práticas no cuidado materno-infantil, além de seguir um modelo centrado na mulher e família (BIESCAS *et al.*, 2017).

Estudo semelhante destaca que o plano de parto tem baixo grau de cumprimento, entretanto, quando este é executado, os resultados são melhores para ao binômio mãe e filho. Os resultados do presente estudo mostraram que com o aumento do cumprimento do plano de parto reduz a taxa de cesáreas e melhora os resultados no teste de Apgar no primeiro minuto e do pH do cordão umbilical (LOPEZOSA *et al.*, 2017).

Porém, este achado difere daquele de outro estudo de Afshar *et al.*, (2017). Que encontrou que as mulheres com plano de parto mesmo com menos intervenções obstétricas estavam menos satisfeitas com as experiências de parto do que as que não tinham plano de parto.

É importante notar que dos planos pesquisados, todos mencionavam opções de alívio da dor, abrangendo métodos alternativos. Ademais, 90% dos planos proporcionam à mulher a escolha do método (BIESCAS *et al.*, 2017).

No estudo de Biescas *et al.*, (2017), observou-se que o uso da sonda nasogástrica não é discutido em 14% dos planos de parto. Já o uso da episiotomia aparece na discussão em 17% dos planos. Já a pesquisa de Leal *et al.*, (2014) destacou que o uso de ocitocina e amniotomia foi de 40%, tendo resultados maiores em mulheres com menor escolaridade e atendidas no setor público. Além disso, episiotomia (56%), manobra de Kristeller (37%) e litotomia (92%) foram procedimentos utilizados nas mulheres.

Em 65% dos planos não se abordou o parto cirúrgico, bem como cesárea e instrumentais (BIESCAS *et al.*, 2017). AFSHAR *et al.*, (2017) mostraram que as mulheres com e sem plano de parto tiveram oportunidades parecidas de parto cesáreo.

No entanto, Lopezosa *et al.*, (2017) apresentaram que em relação às mulheres as quais o cumprimento do plano foi de 75% ou mais, a cesárea caiu para 6,1% e os recém-nascidos mostraram resultados positivos.

É importante destacar o desconhecimento em relação ao plano de parto por parte das participantes da pesquisa e independe da idade, escolaridade ou número de gestações (MOUTA *et al.*, 2017). Este instrumento possibilita a comunicação entre os serviços de saúde desde a atenção primária até a terciária e, através do plano de parto, a mulher fica mais informada a respeito do processo de parto (COSTA *et al.*, 2021).

Mesmo com estudos mostrando a importância da realização do plano de parto no pré-natal, ainda, o uso desta ferramenta é incipiente. É fundamental a divulgação do plano de parto na atenção primária em saúde durante o acompanhamento do pré-natal, bem como em rodas de conversas e educação em saúde (SILVA *et al.*, 2015).

Contribuições do plano de parto no processo de parto e nascimento

No estudo de Cortés *et al.*, (2015), realizado na Espanha analisou 9.303 partos, durante os anos de 2011-2012, destes, 2,6% apre-

sentaram plano de parto e nascimento. No que se refere ao primeiro ano, dos 4.618 partos registrados, 2,8% apresentaram plano de parto. Já em relação ao segundo ano da pesquisa houve uma diminuição para 2,3% dos 4.685 partos. O referido estudo ressalta ainda a relação positiva da utilização do PP e o contato pele a pele, clampamento tardio do cordão, taxa de partos normais.

O plano de parto é um instrumento que potencializa os cuidados humanizados ao binômio mãe e filho, além de contribuir para melhoria da assistência obstétrica (MEDEIROS *et al.*, 2019).

No entanto, outro estudo apresentou que mesmo sendo recomendado, por agências internacionais e pelo *Dutch Integrated Birth*, o uso do plano de parto para todas as grávidas ainda não é uma prática cotidiana, sendo necessárias estratégias para implementação (JOLLES *et al.*, 2019).

Existem desafios para utilização dessa ferramenta nos serviços de saúde, como inclusão nos serviços da Atenção Primária, estímulo do uso pelas gestantes e divulgação entre os profissionais (MEDEIROS *et al.*, 2019).

Pesquisa que avaliou o uso de plano de parto na Holanda mostrou que apenas 34,7% das mulheres tinham um plano de parto, sendo estas mais velhas, primíparas, de etnia holandesa e com provável histórico médico relevante, fertilidade ou condição psicológica em tratamento (JOLLES *et al.*, 2019).

Em seu estudo Jolles *et al.*, (2019), observaram que nas 34,7% das mulheres com plano de parto, este foi discutido com enfermeiro, não sendo debatido com parteiro ou médico. É importante notar que o plano de parto deve ser discutido durante toda a gravidez e no momento do parto e que envolvam os demais profissionais da saúde que são responsáveis pelo cuidado durante a gravidez e o parto.

As mulheres que apresentaram um plano de parto tiveram menos intervenções obstétricas, incluindo ocitocina e ruptura artificial de membranas (AFSHAR *et al.*, 2017). As mães que apresentaram plano de parto mostraram maior probabilidade de iniciar a amamentação na sala de parto (82,4%) (GIMENO *et al.*, 2021).

O plano de parto pode ser ferramenta fundamental para melhorar a satisfação do parto, chegar à entrega fisiológica e controlar

o processo de trabalho de parto (AHMADPOUR *et al.*, 2020). Os planos de parto e nascimento intervêm de forma positiva no processo de parto e finalização deste (CORTÉS *et al.*, 2015).

Em um estudo espanhol realizado por Gimeno *et al.*, (2021), quase metade das gestantes não apresentaram plano de parto e o motivo foi a não solicitação do instrumento pelas parteiras (61,2%).

No que se refere aos métodos para alívio da dor, 91,2% das mulheres receberam alguma medida farmacológica de alívio da dor, sendo a analgesia peridural (88,9%) o método mais utilizado. Os métodos não farmacológicos para alívio da dor mais utilizados por metade das mulheres que apresentaram plano de parto foram: técnicas de relaxamento, de respiração, uso de água, uso do calor local (GIMENO *et al.*, 2021).

Biescas *et al.*, (2017) destacaram que opções de alívio da dor e métodos alternativos (90%) dos planos de parto abordaram o assunto e proporcionaram à mulher a possibilidade de escolha do método que fosse mais favorável. Além disso, uso de chuveiro e piscina de parto na primeira fase do trabalho de parto foi tratado na maioria dos documentos.

Estudo realizado na Holanda sinalizou que entre as mulheres que tiveram parto espontâneo e plano de parto, a porcentagem (≥ 9) de satisfação foi maior em relação às mulheres sem plano de parto (JOLLES *et al.*, 2019).

No que se refere às mulheres com necessidades especiais (física ou intelectuais), em 93% dos planos não mencionavam condições especiais para este público nem em relação às necessidades culturais ou linguísticas (BIESCAS *et al.*, 2017).

No que diz respeito às informações sobre os profissionais da saúde, 59% dos planos não forneciam essa informação. Dos documentos analisados, 76% permitiam a mulher beber algum líquido durante a primeira fase do parto. Em relação à informação sobre morbidade durante o parto, 86% mencionaram a opção de forma explicitamente, já 48% não especificaram se a mulher tinha a escolha de optar pelo local e pela posição que desejava parir (BIESCAS *et al.*, 2017).

De acordo com pesquisa de Afshar *et al.* (2017), das trezentas mulheres pesquisadas, 48% tinham plano de parto. Destaca-se

que não houve diferenças consideráveis para as mulheres que tinham plano de parto e as sem o documento. Porém, outra pesquisa apresentou que a taxa de partos normais aumentou de 73,8% para 81,6% nas mulheres que apresentaram o plano de parto (CORTÉS *et al.*, 2015).

Segundo Afshar *et al.*, (2017) as mulheres com plano de parto eram 28% menos favorável a receberem ocitocina, além de 31% menos probabilidade de ter uma epidural. O uso da episiotomia é discutido em 17% dos planos de parto analisados, já o uso de sonda nasogástrica não é discutido em 14% dos documentos (BIESCAS *et al.*, 2017).

Conforme Gimeno *et al.* (2021), é importante notar que não houve diferença no que se refere ao contato pele a pele, episiotomia e tipo de parto entre mulheres com e aquelas sem plano de parto. Outra comparação em relação às mulheres com e sem o plano de parto refere à duração do trabalho de parto, não havendo diferença (AFSHAR *et al.*, 2017).

Os resultados evidenciaram que os tipos de parto, contato pele a pele, episiotomia foram semelhantes em mulheres que fizeram e as que não apresentaram plano de parto ao hospital (GIMENO *et al.*, 2021).

Outro estudo realizado na Espanha apontou que para aumentar a quantidade de planos de parto e nascimento dos hospitais que fizeram parte da pesquisa são fundamentais políticas sanitárias (CORTÉS *et al.*, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados evidenciam a importância da utilização do plano de parto nos serviços de saúde para uma melhor assistência à saúde materno infantil, bem como elencou os desafios da sua utilização na prática dos serviços.

Esta revisão apresentou, por meio das evidências científicas, dados importantes para profissionais da saúde, mulheres e sociedade geral sobre a relevância da utilização do plano de parto para a assistência durante o trabalho de parto e parto, para prevenção da violência obstétrica, adoção de boas práticas obstétricas, assim como

respeito aos direitos sexuais e reprodutivos no parto e nascimento, e promoção da autonomia e do empoderamento da mulher no ciclo gravídico e puerperal.

Logo, espera-se que a realização deste estudo possa contribuir no desenvolvimento de políticas públicas eficazes e de ações que visem incentivar a implementação do plano de parto na rotina dos serviços da Atenção Primária à Saúde, possibilitando o compartilhamento de informações, com vistas à redução dos danos às mulheres e aos filhos durante a assistência hospitalar.

Também, intenta-se que o resultado desta pesquisa contribua para estimular o interesse na elaboração deste instrumento no pré-natal e a utilização deste nos diversos serviços de saúde, no que se refere à saúde materno-infantil, bem como que o plano de parto seja divulgado, para que mais mulheres conheçam e promovam a própria participação ativa no processo de parto. Almeja-se, ainda, que esta pesquisa colabore com a comunidade científica brasileira, uma vez que há poucas publicações a respeito da temática.

Esta revisão integrativa apresentou limitações na busca pelos artigos, pois não foi encontrado nenhum estudo brasileiro que encaixassem nos critérios de inclusão da pesquisadora, além disso, “plano de parto” não está cadastrado nos descritores de ciências da saúde (DeCS) assim limitou mais a seleção dos artigos nas bases de dados.

REFERÊNCIAS

AFSHAR, Y.; M.E.I.; GREGORY, K.D.; KILPATRICK, S.J.; ESAKOFF, T.F. Birth plans-Impact on mode of delivery, obstetrical interventions, and birth experience satisfaction: a prospective cohort study. **Birth**, v.45, n.1, p. 43 – 49, 2018.

AHMADPOUR, P. et al. Evaluation of the birth plan implementation: a parallel convergent mixed study. **Reprod Health**, v.17, n.138, p.1-9, 2020.

BIESCAS, H.; BENET, M.; PUEYO, M.J.; RUBIO, A.; PLA, M.; PÉREZ-BOTELLA, M, et al. A critical review of the birth plan use in Catalonia. **Sex Reprod Healthc**, v.5, n.13, p. 41 – 50, 2017.

BRASIL. **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. Brasília, DF, abril 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília. Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 569**, de 1º de junho de 2000. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica para organização da Rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada**. Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde; 2019.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde/ Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico 20**, v. 51, 2020.

CHACHAM, A. S.; PERPÉTUO, I. H. O. Determinantes socioeconômicos da incidência de partos cirúrgicos em Belo Horizonte. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10, 1996, Caxambu. **Anais**. Belo Horizonte: Abep, v. 4, 1996.

CORTÉS, M.; AMERO-BARRANCO, D.; CANTERAS-JORDANA, M.; MARTÍNEZ-ROCHE, M.E. Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. **Revista Latino-Amer. Enferm**, São Paulo, v. 23, n.3, p.520 – 526. 2015.

COSTA, L. D.; WARMLING, K. M.; CERO, T. D.; DARLOSOLETTA, K.; ZONTA, F. N. S.; TREVISAN, M. G.; CAVALHEIRI, J. C. Adesão de profissionais às boas práticas obstétricas e intervenções realizadas com parturientes. **Revista Rene**, Fortaleza, v.22, n.14, p.74-86, 2021.

DODOU, H. D. et al. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 262-269, 2014.

HIDALGO-LOPEZOSA, P.; HIDALGO-MAESTRE, M.; RODRÍGUEZ-BORREGO, M.A. Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n.14, p. 253 – 269, 2017.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p.17- 32, 2014.

LÓPEZ-GIMENO, E.; FALGUERA, G.; VICENTE-HERNÁNDEZ, M.; ANGELET, M.; GARRETA, G.; SEGURANYES, G. Birth plan presentation to hospitals and its relation to obstetric outcomes and selected pain relief methods during childbirth. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 21, n. 5, p. 2 – 9, 2021.

MAMEDE, F. V.; PRUDÊNCIO, P. S. Contribuições de programas e políticas públicas para a melhora da saúde materna. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n.5, p. 262-266, 2015.

MEDEIROS, R.M.K.; FIGUEIREDO, G.; CORREA, A.C.P.; BARBIERI, M. Repercussions of using the birth plan in the parturition process. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, n.33, p. 58 – 65, 2019. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/89928/51872>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2022.

MENDES KDS, SILVEIRA RCCP, GALVÃO CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem** [Internet]. 2008 [citado 2021 Jan. 12]; 17(4):758-64. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>

MOUTA, R.J.O.; SILVA, T.M.A.; MELO, P.T.S.; LOPES, N.S.; MOREIRA, V.A. Birth plan as a female empowerment strategy. **Rev Baiana Enfermagem, Salvador**, v. 31, n.4, p. 205-211. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20275/15598>. Acesso em: 8 de fevereiro de 2022.

PEREZ JOLLES, M.; LENGNICK-HALL, R.; MITTMAN, B.S. Core Functions and Forms of Complex Health Interventions: a Patient-Centered Medical Home Illustration. **J Gen Intern Med**. v. 34, n. 6,

p.1032-1038, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4818-7>. Acesso em: 7 de fevereiro de 2022.

SANTOS, F.S.R.; SOUZA, P.A.; LANSKY, S.; OLIVEIRA, B.F.; MATOZINHOS, F.P.; ABREU, A.L.N. Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.35, n.6, p. 45-52, 2019.

SANTOS, N. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p.107-119, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200011>. Acesso em: 7 de fevereiro de 2022.

SILVA, A.L.N.V.; NEVES, A.B.; SGARBI, A.K.G.; SOUZA, R.A. Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem. **Revista Enfermagem UFSM**, Belo Horizonte, v. 7, n.1, p.144 - 151, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22531/pdf>. Acesso em: 22 de janeiro de 2022.

SILVA, S.G.; SILVA, E.L.; SOUZA, K.V.; OLIVEIRA, D.C.C.; Perfil de gestantes participantes de rodas de conversa sobre o plano de parto. **Revista Enfermagem Obstétrica**. Rio de Janeiro, v. 2, n.1, p. 9-14, 2015. Disponível em: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/31/23>. Acesso em: 18 de janeiro de 2022.

CAPÍTULO 5

PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL E PREVENÇÃO DE AGRAVOS NO PRÉ-NATAL: UM CASO PARA ESTUDO

PROTAGONISM OF NURSING IN GESTACIONAL RISK CLASSIFICATION AND PREVENTION OF COMPLICATIONS IN PRENATAL CARE: A CASE FOR STUDY

Isabelle Vieira Silva de Souza

Universidade Federal Fluminense
Rio das Ostras – RJ

<https://orcid.org/0000-0001-8656-1236>

isvieira@id.uff.br

Ester Franca dos Santos

Universidade Federal Fluminense
Rio das Ostras – RJ

<https://orcid.org/0000-0003-4953-5148>

esterfranca@id.uff.br

Leticia de Assis Santos

Universidade Federal Fluminense
Rio das Ostras – RJ

<https://orcid.org/0000-0002-4669-8059>

leticiaassis@id.uff.br

Luiza Helena de Oliveira Salvi da Cruz

Universidade Federal Fluminense
Rio das Ostras – RJ

<https://orcid.org/0000-0002-0220-052X>

luiza_salvi@id.uff.br

Thaís Mesquita Muros

Prefeitura Municipal de Rio das Ostras
Rio das Ostras – RJ

<https://orcid.org/0000-0003-3341-7198>

thaismmuros@gmail.com

Jane Baptista Quitete
Universidade Federal Fluminense
Rio das Ostras – RJ
<https://orcid.org/0000-0003-0330-458X>
janequitete@gmail.com

RESUMO

As consultas pré-natal são de fundamental relevância na detecção de riscos para a saúde do binômio. Este capítulo tem por objetivo discutir o protagonismo da enfermagem na classificação de risco gestacional e subsequente prevenção de agravos, durante o pré-natal, através da análise do caso de uma gestante usuária do SUS. Trata-se de um método de caso instrumental, cujo interesse é conhecer e compreender uma problemática ampla. No caso em estudo, foi possível perceber lacunas no registro dos dados obstétricos no prontuário. Alterações consideráveis nos valores da pressão arterial foram manifestadas nas últimas consultas de pré-natal, em que a usuária foi encaminhada com idade gestacional 37s e 3d para a emergência obstétrica e, somente na oitava consulta, para o acompanhamento de alto risco. Por fim, foi possível refletir o risco de agravamento à saúde e possível gravidade materno-infantil decorrente de um desmazelo na assistência em saúde prestada durante o acompanhamento pré-natal. **Palavras-chaves:** Enfermagem obstétrica, Saúde da Mulher, Cuidado Pré-Natal, Complicações na Gravidez, Mortalidade Materna.

ABSTRACT

Prenatal appointments are of paramount relevance in detecting risks to the health of the binomial. This chapter aims to discuss the protagonism of nursing in gestational risk classification and subsequent prevention of diseases during prenatal care, through the analysis of the case of a pregnant woman who's a user of SUS. This is an instrumental case method, whose interest is to know and understand a wide problem. In the case under study, it was possible to notice gaps in the recording of obstetric data in the medical record. Considerable changes in blood pressure values were manifested in the last pre-

natal visits, in which the user was referred at gestational age 37w and 3d to the obstetric emergency and, only in the eighth visit, to high-risk follow-up. Finally, it was possible to reflect on the risk of health problems and possible maternal and child severity resulting from carelessness in the health care provided during prenatal care.

Keywords: Obstetric Nursing, Women's Health, Prenatal Care, Pregnancy Complications, Maternal Mortality.

Introdução

As unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) são a principal porta de entrada para as gestantes no Sistema Único de Saúde (SUS). Independente das circunstâncias ou da etapa do ciclo reprodutivo, cada mulher deve receber cuidados de qualidade e com equidade. Dentro do ciclo dos cuidados de saúde reprodutiva, os cuidados pré-natais (CPN) constituem uma plataforma com importantes funções para a saúde, como: a promoção da saúde, o rastreamento, o diagnóstico e a prevenção de agravos e doenças. Está comprovado que, com a implementação oportuna e adequada de práticas baseadas em evidências, os CPN podem salvar vidas (OMS, 2016; CONASEMS, 2022).

Posto que a qualidade do acompanhamento da gestação está relacionada a melhores desfechos maternos e neonatais, os profissionais que atuam no CPN, no âmbito da APS, devem estar aptos para acolher as necessidades e prestar assistência integral e longitudinal durante toda a gravidez e no puerpério. Valendo-se de ações de educação e saúde em direitos sexuais e reprodutivos (CONASEMS, 2022).

Tais práticas são recorrentes no processo de trabalho em enfermagem. O profissional enfermeiro e enfermeiro obstetra, especialista em obstetrícia, são habilitados para atender ao pré-natal, conforme a Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 (BRASIL, 2012). Dessarte, de acordo com o Ministério da Saúde, as consultas de pré-natal devem ser intercaladas, sempre que possível, entre médicas(os) e enfermeiras(os) na unidade de saúde, atentando-se para todas as questões que envolvem a saúde integral da gestante e de seu(ua) parceiro(a) (CONASEMS, 2022).

O calendário de consulta de pré-natal deve ser iniciado no primeiro trimestre, ser regular, ter garantia da realização de todas as avaliações preconizadas, contemplar o mínimo de 6 (seis) consultas. Tanto o Cartão da Gestante como a Ficha de Pré-Natal devem ser preenchidos minuciosamente. O acompanhamento da mulher no ciclo grávido-puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério (BRASIL, 2012).

Segundo Martins *et al* (2012) os registros das consultas na caderneta da gestante é uma ação importante para a assistência ao pré-natal nos serviços de saúde, com vistas ao cuidado contínuo, com completo histórico da gestação e assistência ao parto, promovendo a melhor tomada de decisão em situações adversas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é importante caracterizar os casos de morbidade materna grave, condições potencialmente ameaçadoras de vida (Cpav) e *near miss* materno. Diante da aspiração de um mundo em que todas as mulheres e recém-nascidos recebam cuidados de qualidade durante toda a gravidez, parto e período pós-natal. Vale citar que as Cpav ocorrem na presença de complicações maternas, incluindo distúrbios hemorrágicos e hipertensivos e indicadores de manejo de gravidade (BRASIL, 2022).

Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materno-infantil, ampliar o acesso à saúde com qualidade e assegurar direitos, é necessário que se identifique antecipadamente os fatores de risco gestacionais. Cujas vigilância deve ser contínua, disparar medidas preventivas e capacitar a estratificação de risco gestacional. Por intermédio da captação precoce da gestante no pré-natal até o encaminhamento ao pré-natal de alto risco, quando necessário, e a valorização do relato dessas mulheres (BRASIL, 2012; SBIBAE, 2019; CONASEMS, 2022).

O acolhimento com classificação de risco pressupõe agilidade no atendimento, identificação da necessidade de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento; e da tecnologia que deve ser ofertada. Por isso, é indispensável que a avaliação do risco aconteça em toda consulta. Caso sejam identificados fatores associados a um pior prognóstico materno e perinatal, a gravidez será definida como de alto risco, exigindo

avaliações mais frequentes e uso de procedimentos com maior densidade tecnológica (BRASIL, 2012).

O pré-natal de alto risco abrange cerca de 10% das gestações que cursam com critérios de risco, aumentando de forma significativa a probabilidade de intercorrências e óbito materno e/ou fetal. Nas busca de reduzir esta estimativa, urge dispensar atenção especial às grávidas com maiores riscos. Compreendendo que as consultas são oportunidades de fortalecer a vinculação, a avaliação e o monitoramento da gestante durante e após o seu processo gestacional (BRASIL, 2012; CONASEMS, 2022).

Em 2015, foram estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) os novos Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS). Cujas metas número três é assegurar uma vida saudável e promover bem-estar para todos, incluindo a melhora na saúde materna e a redução da razão de mortalidade materna (RMM) global para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos até 2030 (BRASIL, 2022).

A mortalidade materna tende a ser um indicador bastante útil para avaliar tanto a garantia dos direitos reprodutivos de um país, quanto a qualidade de vida da população. Uma vez que grande parte das mortes são evitáveis e atingem, majoritariamente, a população com baixo poder econômico, baixa escolaridade, adolescentes e mulheres que vivem em áreas rurais e/ou de difícil acesso aos serviços de saúde (CONASEMS, 2022).

Entre as principais causas de morte estão os distúrbios hipertensivos da gravidez, hemorragia, infecções, complicações no parto e abortamento inseguro, os quais representam aproximadamente 75% do total de óbitos maternos no mundo. Para além da importância biológica que representa uma morte nesse grupo populacional, no auge da idade adulta e em plena capacidade reprodutiva, também existe o impacto social e econômico gerados (BRASIL, 2022).

Em vista dos fatos, o estudo pretende discutir o protagonismo da enfermagem na classificação de risco gestacional e subsequente prevenção de agravos, durante o pré-natal, por meio da análise do caso de uma gestante usuária do SUS. Ponderando a eficiência do tratamento dispensado a ela e a atuação do enfermeiro no caso.

O presente trabalho justifica-se em consequência da necessidade de reflexão acerca do protagonismo da enfermagem no contex-

to da atenção básica, durante as consultas de pré-natal de risco habitual, sendo este, o profissional responsável pela estratificação de risco durante as consultas.

Metodologia

O método de estudos de caso possui caráter holístico, herda características da investigação qualitativa, concentra-se no todo, para compreender o fenômeno na globalidade, e não em alguma particularidade ou diferenciação de outros casos. As conclusões podem ser extrapoladas ou transferíveis para demais quadros com similaridade das condições particulares e contextuais (MEIRINHOS; OSÓRIO, 2010).

O estudo de caso apenas como uma técnica de coleta de dados, mas sim uma modalidade de pesquisa, que contém procedimentos e regras gerais para sua elaboração. No entanto, existem os casos para estudo, também chamados de método de caso, estratégias de ensino que propõem aos estudantes a análise e discussão de casos reais e tem propósitos eminentemente didáticos. Cujo objetivo é proporcionar o desenvolvimento da capacidade de análise, síntese e julgamento dos estudantes. Viabilizando o vínculo da teoria com a prática, pela observação da realidade apresentada nos registros (PEIXOTO, 2018; ANDRADE *et al.*, 2017).

Trata-se, portanto, de um método de caso instrumental, cujo interesse é conhecer e compreender uma problemática ampla, através da avaliação do caso particular. O método permitiu explorar as condições que afetaram não apenas o caso estudado, mas também outras que perduram.

Como instrumento de recolha de dados foram utilizadas fontes documentais (registros institucionais internos e dados brutos do prontuário físico) de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na Baixada Litorânea do estado do Rio de Janeiro. Ressalta-se como ponto desfavorável a impossibilidade de utilizar múltiplas fontes para a obtenção dos dados, diferentes evidências. Utilizou-se o recorte temporal dos CPN da terceira gestação de uma usuária do SUS, no ano de 2021.

Não obstante, o presente trabalho alcançou o objetivo da proposta de ensino método de caso. Posto que, segundo César (2006),

enquanto instrumento didático, o método de caso não pretende alcançar conclusões teóricas que representem avanço científico, mas sim desenvolver questões que levam o aluno a tomar decisões de ação considerando o cenário proposto no caso.

Quadro 1 - Comparação entre Método Estudo de Caso e Caso para Estudo

Método Estudo de Caso	Caso para Estudo (ou método de caso)
<ul style="list-style-type: none"> - caráter holístico - características da investigação qualitativa - modalidade de pesquisa - contém procedimentos e regras gerais para sua elaboração - concentra-se no todo (fenômeno na globalidade) e não em alguma particularidade ou diferenciação de outros casos - as conclusões podem ser extrapoladas 	<ul style="list-style-type: none"> - técnica de coleta de dados - estratégias de ensino para estudantes - propõe análise e discussão de casos reais - propósitos eminentemente didáticos - objetivo de desenvolver capacidade de análise, síntese e julgamento dos estudantes - viabiliza vínculo teoria-prática - não pretende alcançar conclusões teóricas que representem avanço científico

Fonte: elaborado pelo autor (2022)

Resultados

Histórico: L.I.G.S, sexo feminino, nascida em fevereiro de 1987, raça autodeclarada preta, nacionalidade brasileira, natural do Rio de Janeiro. É solteira, possui ensino médio completo e ocupação do lar. Relata menarca aos 12 anos, sexarca aos 20 anos, 3 gravidezes, 3 partos e nenhum aborto. É tabagista, consumo diário de 3 cigarros. Nega antecedentes clínicos e familiares de doenças, tais como diabetes, cardiopatia, tromboembolismo, hipertensão arterial, doença mental e outras. Mede 1,52m de altura.

Os dados em prontuário relatam primeira gravidez única, aos 21 anos. Completado esquema de 3 doses da vacina dT. Parto cesáreo no dia 24 de janeiro de 2009. Registro de apenas 1 consulta de pré-natal, durante o período puerperal, quando houve orientação so-

bre aleitamento materno, higiene e sexualidade, no mês de fevereiro do referido ano.

A segunda gravidez única ocorreu aos 28 anos, o pré-natal foi iniciado na sétima semana gestacional, data da última menstruação (DUM) 5 de março de 2015, data provável do parto (DPP) 12 de dezembro de 2015. Há registro de apenas 2 consultas pré-natais na UBS, em que houve prescrição de suplementação (sulfato ferroso e ácido fólico), de exames USG transvaginal e de vacinas. Parto em 30 de novembro de 2015.

A terceira gravidez única ocorreu aos 34 anos, o pré-natal foi iniciado na oitava semana gestacional, DUM: 1º de março de 2021, DPP: 6 de dezembro de 2021. Há registro de 9 consultas pré-natais na UBS, com realização de teste rápido de HIV, Sífilis, Hep B e Hep C, todos não reagentes; solicitação de exames laboratoriais de 1º trimestre e USG, prescrição de suplementação e vacinas. Além disso, foi realizada orientação quanto ao planejamento familiar e a realização de laqueadura. Durante esta gravidez foi mensurado e registrado, criteriosamente, na maioria das consultas, os parâmetros peso e pressão arterial (PA) da usuária, conforme quadro 2. Assim, foi possível construir os gráficos de acompanhamento nutricional (figura 1) e de curva da altura uterina (figura 2), tendo em vista que estes não encontravam-se preenchidos no prontuário da gestante.

Alterações consideráveis nos valores da PA foram manifestos nas consultas 7, 8 e 9. Na sétima consulta, com 36 semanas e 4 dias foi encaminhada à emergência obstétrica para avaliação da pressão arterial e, somente foi referenciada ao pré-natal de alto risco na oitava consulta, com 37 semanas e 2 dias. Parto cesáreo em 6 de dezembro de 2021.

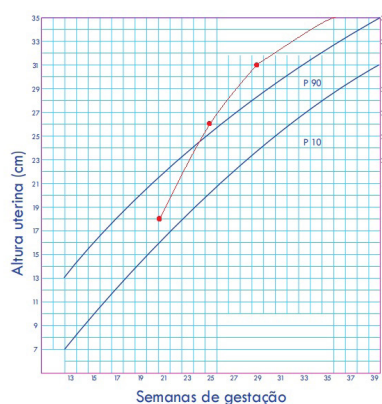
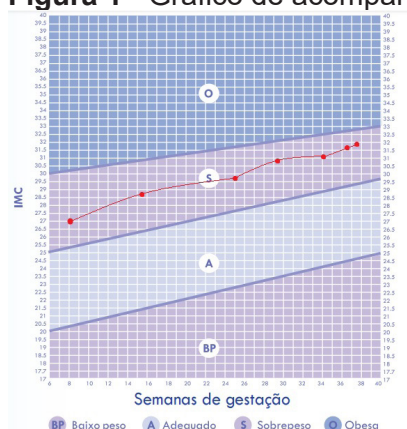
Quadro 2. Dados registrados nas consultas de pré-natal da usuária L.I.G.S ano 2021

Data	26/04	16/06	21/07	25/08	22/09	27/10	12/11	17/11	23/12
Queixa	*	*	*	*	Azia	*	Azia	*	*
IG/semanas	8	14	20,2	*	29,2	34,3	36,4	37,2	**
Peso/kg	62,4	64,9	*	68,9	71,5	72,2	73,1	73,6	*
Edema	*	*	*	*	*	*	+1/4	*	*
PA/mmHg	100x70	110x80	110x80	110x80	120x80	130x90	150x100	150x100	160x100
AFU (cm)	*	*	18	26	31	*	37	37	**
Apresentação fetal	**	**	**	CEF/ D	CEF/D	*	CEF/D	*	**
BCF/ MF	*	*	146/+	140/+	140/+	*	140/+	146/+	**
Observações/ Condutas e diagnósticos	Testes rápidos.Solicitação de ex. lab e USG TN	*	Solicitação de USG morfológico	*	*	Orientações para diminuição da ingestão de sal; solicitado USG	Encaminhada à emergência para avaliação da PA. Solicitado USG	*	Puerpério com 17 dias. Lóquio em pouca quantidade. Parto 06/12/21
Profissional responsável pela consulta	Enfermeira	*	Enfermeira	Médica	Médica	Médica	*	*	*

*não preenchido/ **não se aplica.

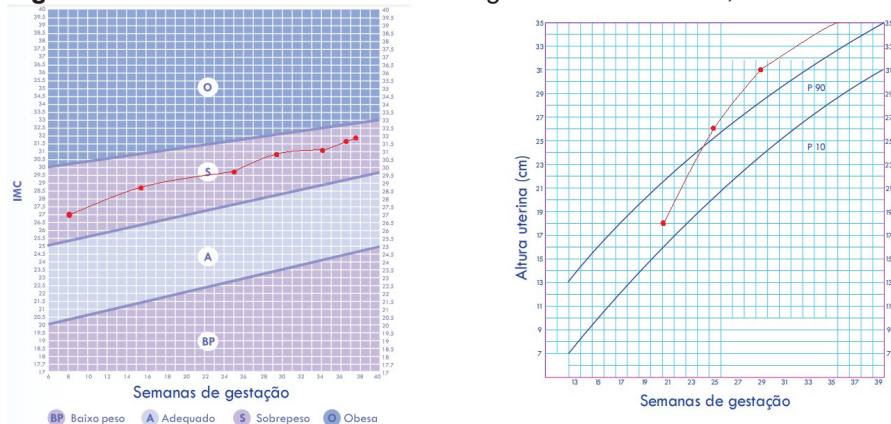
Fonte: Caderneta da gestante, adaptado (2018)

Figura 1 - Gráfico de acompanhamento nutricional da LIGS, 2021



Fonte: elaborado pelo autor (2022)

Figura 2 - Curva da altura uterina/idade gestacional de LIGS, 2021



Fonte: elaborado pelo autor (2022)

Discussão

No decorrer das consultas de pré-natal é de suma importância o preenchimento da caderneta da gestante, uma vez que isso promove um cuidado continuado para com a usuária. Permitindo, assim, uma análise a cada consulta de aspectos como pressão arterial, peso, edema, queixas, entre outros. Ademais, é possível examinar através dos gráficos os parâmetros nutricionais e da altura uterina concomitante a semana gestacional, o que facilita ao profissional a visualização de alterações nos padrões de saúde da gestante.

Durante o pré-natal é imprescindível que ocorra a atenção integral à saúde do binômio mãe-bebê, analisando minuciosamente as queixas apresentadas, as necessidades e as alterações, por meio de uma escuta ativa. No percurso das consultas, a equipe multidisciplinar deve traçar o risco obstétrico. A estratificação de risco gestacional considera as condições individuais, socioeconômicas e familiares, deve ocorrer em qualquer momento da gestação, a fim de encaminhar a usuária para o serviço especializado quando necessário. Os profissionais precisam se empenhar na comunicação entre as equipes durante a condução dos casos, ciente de que uma boa conduta possibilita redução de morbidade grave e mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2022; SBIBAE, 2019).

Grande parte das mortes maternas podem ser evitáveis, estando muitas vezes relacionadas aos atrasos com o cuidado obsté-

trico, os quais podem ser classificados em três condições: “I – Demora para buscar atendimento pelo indivíduo e/ou por sua família. II – Demora para chegada em unidade de saúde para o cuidado adequado. III – Demora na prestação dos cuidados pelos profissionais, no momento necessário, na instituição de referência” (BRASIL, 2022, p. 27).

Diversos aspectos podem ser considerados como fatores de risco para a morte materna, como a hipertensão, doenças crônicas que sofrem agravos durante a gravidez e obesidade, além dos abortos realizados inadequadamente, complicações no parto, hemorragias e infecções posteriores ao parto (CONASEMS, 2022).

Uma avaliação importante que deve ser realizada de forma recorrente na CPN é a pressão arterial da gestante. Os parâmetros da PA podem significar sinais de alerta para a gravidez, caso a PA $\geq 140 \times 90$ mmHg e/ou tenha um aumento de 30 mmHg na PA sistólica e/ou aumento de 15 mmHg na PA diastólica, comparada a uma medição anterior. Desta forma, a gestante pode ser classificada com pré-eclâmpsia, eclâmpsia, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) crônica e hipertensão transitória (BRASIL, 2022).

Existem critérios pré-estabelecidos para esta classificação: A pré-eclâmpsia é caracterizada pelo aumento da PA a partir da 20ª semana com proteinúria ou comprometimento sistêmico ou disfunção de órgãos-alvo ou sinais de comprometimento placentário. Enquanto a eclâmpsia é uma complicação da pré-eclâmpsia, com a apresentação de convulsões. Na HAS crônica há alteração da PA antes da 20ª semana gestacional, que perdura o período posterior de 12 semanas após o parto. E na hipertensão transitória ocorre hipertensão após a 20ª semana, sendo resolvida até a 12ª semana após o parto (BRASIL, 2022).

No caso em estudo, foram percebidas lacunas no registro dos dados obstétricos no prontuário da unidade, fato que se repete nas três gravidezes de L.I.G.S. É possível atribuir a escassez de registros dos CPN, nos anos 2008 e 2015, a uma subnotificação do profissional em seu processo de trabalho. Entretanto, a terceira gestação, em 2021, mostrou-se com maior riqueza de detalhes, sobre os quais foi possível debruçar.

Ao analisar os registros do CPN (2021) da usuária foi possível observar que na 5ª consulta, com 20 semanas e 2 dias, ela apre-

sentou elevação da PA, se comparado ao seu padrão normotenso antes da gestação e durante o primeiro semestre. Ainda que os valores pressóricos não tenham atingido os limites que condicionam um sinal de alerta, era sugestivo um acompanhamento frequente deste sinal vital. A 6ª consulta do pré-natal, ocorrida um mês depois, registra o valor da PA em 130x90mmHg. Observa-se, portanto, uma elevação progressiva. Caracterizando-se, desta vez, como um sinal de alerta, mediante o aumento de 30 mmHg na pressão arterial sistólica e de 20 mmHg na diastólica.

Todavia, apenas na consulta subsequente, a 7ª do CPN, novamente no intervalo de um mês, ao medir a PA em 150x100mmHg houve o encaminhamento da usuária para a emergência obstétrica. À qual se conduziu utilizando meios próprios, após muitas tentativas de contato da UBS com a ambulância. E por fim, na última consulta pré-parto, na UBS, a usuária foi encaminhada para o pré-natal de alto risco.

O intervalo espaçado entre as consultas, justificado pela ausência do profissional médico, diante de um potencial risco de agravamento do quadro clínico da gestante é um fator complicador. Poderia ter sido realizada orientação para o auto registro da PA pela usuária, ainda na 5ª consulta, a fim de viabilizar o acompanhamento do quadro pela equipe de saúde na consulta de retorno. Percebe-se que a distância entre as mensurações resultou no retardo do diagnóstico de hipertensão transitória e na morosidade para o encaminhamento ao alto risco.

Vale ressaltar que apesar da alteração pressórica ter ocorrido a partir da 20ª semana, a usuária não poderia ser classificada com pré-eclâmpsia, pois não houve o pedido do exame de urina (EAS), para a comprovação da existência de proteinúria, e nenhuma notificação de alteração dentro dos critérios classificatórios.

De acordo com Brasil (2022), entre as intervenções indispensáveis para gestantes que apresentem PA conhecida e dentro do parâmetro regular antes da gestação, com aumento e manutenção desse nível abaixo de 140x90 mmHg, estão a necessidade do profissional da saúde, atento ao fator de risco, realizar controle do quadro e instruir a usuária para diminuir a ingesta de sal, aumentar a ingesta hídrica e praticar atividades físicas frequentemente.

Nesse íterim, a enfermeira deve estar apta a realizar uma assistência no pré natal de forma humanizada, habilitados a reconhecer e estratificar os riscos corretamente, promovendo orientações sobre os direitos sexuais e reprodutivos, permeando aspectos do planejamento familiar. Dos quais inclui informar os familiares sobre o direito de: ter um acompanhante no trabalho de parto, no parto e no pós parto imediato; licença maternidade e paternidade; consultas do pré-natal com o preenchimento adequado da caderneta da gestante e acompanhante durante as consultas; à imunização; além da realização de exames gratuitos, como exame de sangue, de urina, citopatológico e teste anti-HIV (JUNQUEIRA *et al*, 2019; LACERDA; MARIANO; PASSOS, 2022).

A assistência de enfermagem compreende o contato direto e constante com as usuárias. Cria-se um vínculo que pode favorecer a comunicação, a troca de informações e estimular o processo de empoderamento da gestante, visando seu protagonismo. É possível potencializar sua autonomia, ao fornecer cuidados centrados na mulher. Uma vez que, durante o pré-natal, o enfermeiro tem a liberdade para executar atividades educativas com a gestante, a família e sua rede de apoio (REIS; RACHED, 2017).

Considerações Finais

É direito de toda mulher fazer escolhas sobre sua trajetória reprodutiva e viver uma maternidade segura. Quando a morte materna acontece em decorrência de complicações associadas à gestação, ao parto ou ao pós-parto, isso pode indicar violações ao direito a uma assistência segura e de qualidade. Essa problemática evidencia a importância das consultas pré-concepcionais em uma gestação planejada, pois permite que os problemas de saúde, sejam eles anteriores à gravidez ou agravados durante, possam ser identificados e tratados como parte da atenção à saúde da mulher. Por isso, cuidados antes, durante e após o parto podem salvar a vida de mulheres e recém-nascidos, evidenciando a necessidade de identificar e enfrentar as barreiras que limitam o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em todos os níveis de atenção.

Por meio do caso em estudo, foi possível refletir sobre o risco de agravo à saúde e possível gravidade materno-infantil decorrente de um desmazelo na assistência em saúde durante o CPN. Destaca-

-se o importante papel do enfermeiro, sobretudo com atividades educativas, grupos de gestantes, com abordagem multidisciplinar, neste período prolongado, que é o pré-natal, para detectar situações de risco, prevenir doenças, manusear quadros de agravo clínico e promover saúde e direitos. Coadunando, assim, com os ODS da ONU.

Referências Bibliográficas

ANDRADE, S. R. O estudo de caso como método de pesquisa em enfermagem: uma revisão integrativa. **Texto Contexto- enferm.**, v. 26, n. 4, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005360016>. Acesso em: 30 jul. 2022.

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, n° 32). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 13 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco** [recurso eletrônico]. Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 659p.: il. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2022/03/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 13 jun. 2022.

CESAR, Ana Maria Roux Valentini Coelho. Método do Estudo de Caso (Case Studies) ou Método do Caso (Teaching Cases)? Uma análise dos dois métodos no Ensino e Pesquisa em Administração. **REMAC** - Revista Eletrônica Mackenzie de Casos. Julho/Dezembro de 2006. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/311907/mod_resource/content/1/Leitura%20Complementar%20M%C3%A9todo%20do%20Caso.pdf. Acesso em: 22 jun. 2022.

CONASEMS. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Johnson & Johnson Foundation. **Guia para Saúde Sexual e Reprodutiva e Atenção Obstétrica: Informações, orientações e metodologias ativas para profissionais da Atenção Primária à Saúde**. 2022. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2022/05/guia_para_saude_sexual_e_reprodutiva_e_atencao_obstetrica_1_compressed.pdf. Acesso em: 13 jun. 2022.

JUNQUEIRA, T. L. COELHO, A.S.F. SOUSA, M.C. LOURO, N.S. SILVA, P.S. ALMEIDA, N.A.M. Gestantes que recebem informações de profissionais de saúde e o conhecimento de seus direitos no período gravídico-puerperal. **Enferm. Foco**, v. 10, n. 4, p. 67-72, 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2213>. Acesso em: 30 jul. 2022.

LACERDA, G. M.; MARIANOV. C.; PASSOS, S. G. Violência obstétrica e os direitos das gestantes: o que as mulheres sabem?. **Revista JRG d Estudos Acadêmicos**, v. 5, n. 10, ano 5, jan-jul, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.5948750> . Acesso em: 30 jul. 2022.

MARTINS, J. S. A. DANTAS, F. A. ALMEIDA, T. F. SANTOS, M. B. R. A Assistência de Enfermagem no Pré-Natal: Enfoque na Estratégia da Saúde da Família. **Revista UNIABEU**, Belford Roxo, v. 5, n. 9, jan./abr., p. 278-288, 2012. Disponível em: <https://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/view/369>. Acesso em: 30 jul. 2022.

MEIRINHOS, M. OSÓRIO, A. O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. Bragança: **EduSer - revista de educação**, v.2, n.2, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.34620/eduser.v2i2.24> . Acesso em: 21 jun 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf;jsessionid=C960B022A-F3D84426BB4F55ADBB84BDA?sequence=2>. Acesso em: 13 jun. 2022.

PEIXOTO, Lauro. O método de estudo de caso na metodologia da pesquisa científica e o método de caso no processo didático de ensino aprendizagem. **Simpósio**, [S.l.], n. 6, fev. 2018. ISSN 2317-5974. Disponível em: <http://revista.ugb.edu.br/ojs302/index.php/simposio/article/view/754>. Acesso em: 21 jun. 2022.

REIS, R. S. RACHED, C. D. A. O papel do enfermeiro no acompanhamento de pré-natal de baixo risco utilizando a abordagem centrada na pessoa - gestante **International Journal of Health Management Review**, v. 3, n. 2, 2017. Disponível em: <https://ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/125>. Acesso em: 30 jul. 2022.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN (SBIBAE). Ministério da Saúde (MS). **Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério.** São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. p.56. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2022.

CAPÍTULO 6

VENCENDO BARREIRAS DE COMUNICAÇÃO: ELABORAÇÃO DE UM GUIA DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE MATERNA PORTUGUÊS-CRIOULO

*OVERCOMING COMMUNICATION BARRIERS: DEVELOPING A GUIDE TO
COMMUNICATION IN PORTUGUESE-CRIOULO MATERNAL HEALTH*

Beatriz Busine Calmon

Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP
Faculdade de Enfermagem (FEnf)
<https://orcid.org/0000-0002-8441-3528>
Campinas - SP
beatrizbusine@gmail.com

Juliana Virgínia Anastácio

Hospital Estadual Sumaré - Dr. Leandro Franceschini
Unidade de Cuidado Materno Infantil
<https://orcid.org/0000-0001-6837-5843>
Sumaré-SP
juliana_anastacio@live.com

Clara Fróes de Oliveira Sanfelice

Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP
Faculdade de Enfermagem (FEnf)
<https://orcid.org/0000-0003-1920-3193>
Campinas-SP
csanfelice@fenf.unicamp.br

RESUMO

Elaboração de um guia de comunicação em saúde materna para gestantes e puérperas haitianas. Métodos: Estudo metodológico norteado pelo princípio de equidade em saúde realizado em cinco etapas: 1) Identificação do escopo de informações a serem traduzidas, priorizando os questionamentos da anamnese e orientações em saúde para gestante, puérpera e recém-nascido; 2) Apresentação do conte-

údo à equipe de enfermagem; 3) Tradução do conteúdo para o crioulo haitiano; 4) Validação final realizada por uma puérpera nativa do Haiti e 5) Elaboração da arte. Resultado: O guia foi dividido em três partes: admissão na enfermaria; orientações de alta e gestante. Considerações Finais: O Guia é uma ferramenta de fácil utilização, com boa adesão da equipe e que amplia o acesso das usuárias haitianas a um cuidado mais qualificado e seguro.

Descritores: Saúde materna; Barreiras de comunicação; Equidade em saúde; Comunicação em saúde.

ABSTRACT

Development of a communication guide on maternal health for Haitian pregnant and postpartum women. Methods: Methodological study guided by the principle of equity in health carried out in five stages: 1) Identification of the scope of information to be translated, prioritizing the anamnesis questions and health guidelines for pregnant women, postpartum women and newborns; 2) Presentation of the content to the nursing team; 3) Translation of the content into Haitian Creole; 4) Final validation of a postpartum native from Haiti and 5) Elaboration of the art. Result: The guide was divided into three parts: admission to the ward; discharge and pregnancy guidelines. Final Considerations: The Guide is an easy-to-use tool, with good adherence by the team and that expands the access of Haitian users to more qualified and safer care.

Descriptors: Maternal health; Communication barriers; Health Equity; Health communication.

Introdução

Desde sua origem, o ser humano utiliza a comunicação para se relacionar. Essa comunicação é constituída por um sistema linguístico, que inclui a linguagem verbal e não verbal. Na linguagem verbal ocorre a síntese de frases que são criadas e propagadas por um emissor e recebidas e processadas por um receptor, em que ambos precisam decifrar os significantes do que foi dito e ouvido, com base no seu conhecimento adquirido ao longo da vida, gerando um significado. Já a capacidade de comunicação por meio da lingua-

gem não verbal é efetuada por gestos e expressões, os quais possibilitam comunicação e a sociabilidade entre os indivíduos. (ANDERSEN, 2004)

Durante o processo de comunicação podem existir obstáculos chamados de barreiras de comunicação. Uma barreira de comunicação pode surgir por diversos fatores, em especial quando ocorre uma situação em que os envolvidos não compartilham do mesmo tipo de linguagem, seja por causa da diferença de idioma ou da forma de comunicação eleita. Essa situação se torna ainda mais complexa quando ocorrida no contexto da saúde, pois a dificuldade de comunicação passa a representar um risco, podendo impactar diretamente na acessibilidade, qualidade do serviço e segurança do paciente.

Os fatores que favorecem as barreiras de comunicação na área da saúde são muitos e incluem sobrecarga de trabalho, falta de privacidade, falta de treinamento, desfalques na equipe, diferentes idiomas e até mesmo tempo de atuação e experiência profissional. (WITISKI, 2019)

As falhas de comunicação aumentam as chances de diagnósticos equivocados, erros de prontuário, constrangimentos, não adesão ao tratamento, sofrimento e insatisfação do usuário. (SILVA, 2016).

Uma importante barreira de comunicação é a diferença de idioma entre usuários e profissionais de saúde. A presença de imigrantes nos serviços de saúde brasileiros tem aumentado consideravelmente nos últimos anos e colocado esta questão em destaque. Dentre os imigrantes vindos de diversos países, destaca-se a onda de imigração haitiana rumo ao Brasil, iniciada no ano de 2010, após o governo brasileiro selar um acordo com o Haiti (SOUSA, 2021), somado a ocorrência de um terremoto de extensa magnitude que deixou a região mais densamente povoada do Haiti completamente devastada.

O Haiti é um país pequeno (cerca de 11 milhões de habitantes), dos quais 40% em estado de subnutrição, 34% analfabetos, 61% vivendo com menos de 1 US\$ (um dólar) por dia, e apenas 17% da população com acesso ao saneamento básico, tornando-o um dos países mais pobres do mundo, com um dos menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH). (CARDOSO, 2021; MAGALHÃES)

Segundo ABELSON (2020), os imigrantes enfrentam as mesmas dificuldades que a população brasileira vivencia (sistemas de saúde precarizados), acrescidos de mais barreiras de acesso, que são barreiras da língua e da cultura.

No contexto da saúde materna, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a assumir desafios no atendimento a esta clientela até então inexistentes: imigrantes haitianas grávidas, sem domínio da língua portuguesa, acompanhadas por tradutores homens e em situações de extrema vulnerabilidade social. (MATOS, 2020)

Já que a dificuldade na linguagem pode ser considerada uma barreira de comunicação entre as usuárias e os profissionais de saúde que pode repercutir negativamente no cuidado ofertado, algumas estratégias são usualmente utilizadas pela equipe de saúde na tentativa de minimizar estas condições. Na cidade de São Paulo, por exemplo, após ser identificado que o idioma é uma barreira relevante no atendimento ao usuário, foram criadas duas importantes estratégias utilizadas pelos serviços de saúde: cartilhas multilíngues de orientação de fluxo de unidade básica de saúde (UBS), e contratação de trabalhadores imigrantes para atuar na atenção básica. (ABELSON, 2020)

Sabendo que estas estratégias não estão disponíveis ou são impraticáveis em demais serviços, este trabalho teve como objetivo criar uma alternativa local para facilitar a comunicação entre profissionais de saúde e gestantes/puérperas haitianas. Trata-se da elaboração de um guia de comunicação em saúde materna, intitulado “**Guia de Comunicação Português-Crioulo**” destinado às gestantes e puérperas internadas em uma unidade de Alojamento Conjunto de um hospital de ensino localizado no interior do Estado de São Paulo.

Desenvolvimento

Método

Este é um estudo metodológico norteado pelos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013) Segundo a PNH, a humanização do cuidado se traduz na inclusão das diferenças nos proces-

sos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Assim, é preciso incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

O estudo foi realizado em cinco etapas, sendo elas: 1) Identificação do escopo de informações a serem traduzidas, priorizando os questionamentos da anamnese e as orientações em saúde para a gestante, puérpera e recém-nascido; 2) Apresentação do conteúdo à equipe de enfermagem para contribuições e correções; 3) Tradução do conteúdo para o crioulo haitiano realizada por uma aluna de graduação em Enfermagem com experiência na língua francesa; 4) Leitura final de uma puérpera nativa do Haiti para validação de face, correções e adequações finais e 5) Elaboração da arte.

O trabalho é fruto de uma intervenção em saúde realizada por uma acadêmica do último ano do curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Unicamp, no primeiro semestre de 2021. Foi desenvolvido na unidade de Alojamento Conjunto de um hospital universitário público, localizado no interior do estado de São Paulo. O hospital atende uma média de 230 partos/mês e é o serviço de referência para gestações de risco habitual e alto risco para seis municípios da região.

A ideia de elaboração do trabalho surgiu a partir de uma vivência pessoal da aluna com uma puérpera haitiana internada na referida unidade. Na ocasião do acontecimento, a equipe de saúde se mostrava impaciente com a paciente que se negava a tomar uma medicação prescrita pela equipe médica. Nenhum profissional estava conseguindo entender a sua negativa, uma vez que a paciente havia tomado o remédio no dia anterior, mas no momento se recusava copiosamente. Ao ter conhecimento da situação, a aluna (que fala fluentemente o francês), foi ao encontro da puérpera para tentar entender o que estava acontecendo. A puérpera entendia bem o francês e pôde explicar o que a angustiava: no dia anterior havia tomado o remédio e, após, passou a se sentir mal, com palpitação no coração. Devido a isso, ficou muito preocupada em passar o remédio pelo leite materno e causar o mesmo efeito em seu bebê. A situação vivenciada expôs a urgente necessidade de qualificar o processo de

comunicação entre a equipe de saúde e as pacientes imigrantes, em especial as haitianas, tendo em vista o crescente número de haitianas na unidade e a dificuldade do idioma nativo das mesmas (crioulo haitiano). A seguir serão descritas as fases para elaboração do Guia.

Fase 1) Identificação do escopo de informações

Inicialmente foram elencadas as informações mais relevantes que são necessárias para o atendimento a uma gestante ou puérpera internadas na referida unidade. As informações listadas incluíam dados de anamnese (histórico de saúde e obstétrico), e instruções necessárias a serem compartilhadas entre profissionais e usuárias, como por exemplo, orientações sobre amamentação, alta hospitalar, coleta de exames, procedimentos a serem realizados, exames do recém-nascido, documentação para registro da criança e entre outras.

Fase 2) Apresentação do conteúdo à equipe de enfermagem

Neste momento, as informações inicialmente elencadas foram apresentadas à equipe de enfermagem para avaliação e contribuições. Os profissionais de saúde fizeram diversas sugestões baseadas em sua rotina de atendimento na referida unidade, as quais foram imediatamente acatadas. Este processo de construção coletiva entre os profissionais de saúde enriquece e amplia o olhar, uma vez que são contempladas observações de diversos atores envolvidos no cuidado dessa clientela. Além disso, segundo a PNH, incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Fase 3) Tradução do conteúdo para o crioulo haitiano

A comunicação da estudante com a paciente haitiana no episódio anteriormente descrito foi realizada na língua francesa, idioma no qual a aluna possuía fluência. Apesar do crioulo haitiano ser a primeira língua oficial do Haiti, o francês também é usualmente utilizado no país e muitos haitianos conseguem se comunicar por meio

do francês, o que possibilitou a comunicação entre puérpera e aluna. Assim, optou-se, inicialmente, em realizar a tradução do conteúdo para o francês e, na sequência, o mesmo foi avaliado por ambas as partes (paciente e estudante). Na sequência, foi realizada a tradução do conteúdo para o crioulo haitiano, procedimento para o qual a aluna fez uso de uma ferramenta de tradução online.

Fase 4) Validação final de uma puérpera nativa do Haiti para validação de face, e adequações finais

Na última fase, o Guia já traduzido para o crioulo haitiano foi apresentado a uma puérpera nativa do Haiti, que se encontrava internada na unidade do hospital. A puérpera, após explicações, gentilmente concordou em revisar o conteúdo, bem como discorrer sobre a compreensão dos tópicos abordados. Para a versão final do material elaborado foram mantidas as frases em português (para compreensão dos profissionais) e em crioulo haitiano (para leitura das pacientes).

Fase 5) Elaboração da arte

Com o conteúdo teórico traduzido para o crioulo haitiano, procedeu-se à elaboração da arte final do material. Para tal foi utilizado o programa de internet *Canva Design*.

Todo o manual do conteúdo foi estruturado no formato de perguntas concisas e objetivas, cuja resposta pudesse ser dada por meio das variáveis sim ou não. Todas as frases foram descritas em português e, imediatamente na linha abaixo, em crioulo haitiano. Para aquelas respostas em que era necessário realizar uma quantificação numérica (Quantos meses você amamentou seu filho anterior?, por exemplo) foram oferecidos números na opção de resposta, seguidos das variáveis que se aplicavam (meses ou anos).

Resultados

A versão final do Guia de Comunicação em Saúde Materna foi elaborada em três partes que foram impressas separadamente e



contemplam as seguintes orientações: Parte 1) Admissão na Enfermaria; Parte 2) Alta da Enfermaria e Parte 3) Gestante. O Guia foi impresso em folha de papel A4 colorida, e na sequência, o documento foi plastificado para garantir maior durabilidade e capacidade de higienização no ambiente hospitalar. Ficou acordado entre a equipe de saúde que o material ficaria resguardado em uma pasta no posto de Enfermagem de fácil acesso para todos os profissionais.

A utilização do material foi pensada da seguinte forma: 1º Profissional de saúde localiza a informação ou pergunta que deseja realizar no guia (escrita em português); 2º Profissional de saúde aponta manualmente a informação desejada à gestante/puérpera no guia; 3º Gestante/puérpera faz a leitura da linha abaixo do local apontado, local em que a informação está traduzida para o crioulo haitiano; 4º Paciente aponta a resposta para o profissional de saúde.


A Parte 1 do Guia foi elaborada para ser utilizada no ato da admissão da gestante ou puérpera na unidade de Alojamento Conjunto do serviço. Esta parte contempla orientações básicas sobre a unidade, bem como perguntas referentes à anamnese inicial em saúde e alguns procedimentos que podem ser realizados durante a permanência da cliente no setor.

Figura 1. Admissão na Enfermaria (Parte 1) do Guia de Comunicação em saúde materna português-crioulo. Sumaré, São Paulo, Brasil, 2021.



GUIA DE COMUNICAÇÃO - ADMISSÃO NA ENFERMARIA
GID KOMINIKASYON - ADMISYON NAN ENFIMYÉ



Amamente seu bebê em livre demanda, não precisa ter horário fixo nem tempo fixo. Alimente o bebê exclusivamente com leite materno até o 6º mês de vida. Para amamentar fique em uma posição confortável. Para não machucar o mamilo, o bebê precisa estar com a "pega correta". Segure sua mama com a mão em formato de C. O bebê precisa estar com a "boca de peixe", lábios virados para fora e boca bem aberta. A sucção deve ser sem barulhos os estallos (isto mostra que o bebê não está sugando o ar). Após a mamada coloque o bebê sentado / na vertical para arrotar. Aguarde pelo menos 5 minutos para garantir. Faça massagem e extração manual do leite para aliviar as dores da mama e use o colostro ao redor do mamilo para hidratar e evitar rachaduras.

Bay tibebe a tete sou demann, ou pa bezwen gen yon tan fiks oswa yon tan fiks. Pran swen ti bebe a sèlman ak let tete jiskaske 6yèm mwa lavi a. Pou bay tete, rete nan yon pozisyon konfòtab. Nan lòd pa fè mal pwen tete a, ti bebe a bezwen gen "priz ki kòrèk la", kenbe men an nan yon fòm C. Ti bebe a bezwen gen yon "bouch pwason", bouch yo vire ak bouch ouvè. Aspirasyon yo ta dwe bri-gratis oswa eklate (sa a montre ke ti bebe a pa souse fè).

Après manje a, mete tibebe a nan yon pozisyon chita / mache dwat pou li ran. Rete tann omwen 5 minit astre. Massage ak manyèl trèt soulaje doblè nan tete epi sovi ak kolostrom alantou pwen tete a idrat ak anpeche fann.

Tradução adaptada para o idioma crioulo haitiano a partir do Guia de Comunicação em Português para o idioma crioulo haitiano, publicado em 2021.

Fonte: os autores, 2021.

A parte 2 do Guia contempla as principais informações que devem ser ofertadas à puérpera no momento da alta hospitalar, de forma simples e objetiva, incluindo exames realizados no recém-nascido, orientações sobre o processo de registro de nascimento e seguimento dos cuidados de puericultura na atenção primária do município.

Figura 2. Alta da Enfermaria (Parte 2) do Guia de Comunicação em saúde materna português-crioulo. Sumaré, São Paulo, Brasil, 2021.

GUIA DE COMUNICAÇÃO - ALTA DA ENFERMARIA
GID KOMINIKASYON - HIGH NURSING

Procure a UBS para fazer o exame do pezinho, agendar as vacinas e agendar a consulta com o pediatra.

Gade pou UBS (inite sante debaz / sant sante) pou fè egzamen pye a, pran vaksen yo epi pran randevou avèk pedyat la.

O papel amarelo é a declaração de nascido vivo. Vocês precisam levar o papel até o cartório para fazer o registro do bebê.

Papye jòn lan se deklarasyon nesans vivan an. Ou bezwen pran papye a nan biwo rejis la pou enskri ti bebe a.

Aqui no hospital fizemos os exames do bebê: Teste do Olhinho, Teste da orelhinha, Teste do Coraçãozinho, Teste da Linguinha e tipagem sanguínea.

Isit la nan lopital la nou te fè tès la ti bebe ekzamine sans yo: je, tande, kè, lang ak kalite san.

Trabalho desenvolvido pela discente Beatriz Busine, orientado pela docente Clara Sanfelice na disciplina EN791 - Estágio Supervisionado I pela Faculdade de Enfermagem da UNICAMP no primeiro semestre de 2021

Fonte: os autores, 2021.

Já a parte 3 do Guia é direcionada às gestantes haitianas que permaneciam na unidade de Alojamento Conjunto para monitorização ou tratamento clínico durante a gestação. Esta parte do Guia também contempla informações referentes a anamnese de saúde e

orientações básicas sobre a assistência de enfermagem ou exames a serem realizados.

Figura 3. Gestante (Parte 3) do Guia de Comunicação em saúde materna português-crioulo. Sumaré, São Paulo, Brasil, 2021.

GUIA DE COMUNICAÇÃO – GESTANTE
GID KOMINIKASYON – ANSANT

Você fez xixi?
Ou te pipi? SIM NÃO
WI NON

Você fez cocô?
Ou te poupou? SIM NÃO
WI NON

Você teve alguma perda de líquido pela vagina?
Èske w te pèdi likid nan vajen ou? SIM NÃO
WI NON

Você tem alergia a algum medicamento?
Èske ou fè alèji ak nenpòt medikaman? SIM NÃO
WI NON

Você tem alergia a algum alimento?
Èske ou gen nenpòt alèji manje? SIM NÃO
WI NON

Vamos precisar fazer exame de sangue
Nou pral bezwen yon tès san

Precisamos fazer o controle da urina. Você precisa fazer xixi na jarra.
Nou bezwen kontwòl pipi a. Ou bezwen pipi nan bokal la.

Você precisa ficar de repouso.
Ou bezwen repoze.

Precisamos fazer o controle da glicemia
Nou bezwen kontwòl glikoz nan san

Instituiho desenvòlvidu pela divizõe Saùde Buine, orientadu pela divizõe Ciènça Saùdizõe na disziplina IN716 – Estágio Supervizòndu i pela Faculdade de Enfermagem do UNICAMP no primèu sèmantr de 2021

GUIA DE COMUNICAÇÃO – GESTANTE
GID KOMINIKASYON – ANSANT

Olá, nós somos profissionais de enfermagem e vamos te ajudar.
Bonjou, nou se pwofesyonèl retrèt epi n ap ede ou.

Para nos chamar é só puxar a campainha vermelha
Pou rele nou, jis rale klòch wouj la

Você já teve quantas gestações?
Konbyen gwasòs ou te genyen?

Você tem quantos filhos vivos?
Konbyen pitit vivan ou genyen?

Você já passou por algum aborto?
ou janm pase nan yon pèt gwasòs? SIM NÃO
WI NON

Você já teve um parto vaginal?
Èske w te janm gen yon nesans nan vajen? SIM NÃO
WI NON

Você já teve um parto por cesariana?
Èske w te janm gen yon livrezon caesarean? SIM NÃO
WI NON

Você tem pressão alta?
Èske ou gen tansyon wo? SIM NÃO
WI NON

Você tem diabetes?
Èske ou gen dyabèt? SIM NÃO
WI NON

Instituiho desenvòlvidu pela divizõe Saùde Buine, orientadu pela divizõe Ciènça Saùdizõe na disziplina IN716 – Estágio Supervizòndu i pela Faculdade de Enfermagem do UNICAMP no primèu sèmantr de 2021

Fonte: os autores, 2021.

Discussão

Melhorar a eficácia da comunicação é uma das seis metas internacionais de segurança do paciente que foram estabelecidas pela Joint Commission International (JCI), em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS). A Meta 02 da JCI, que se refere a melhoria de uma comunicação efetiva é descrita como “desenvolver uma abordagem para melhorar a comunicação entre os prestadores de cuidado, estabelecendo uma comunicação efetiva, oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade e compreendida pelo receptor” (EBSERH, 2021). Esta meta se justifica, uma vez que a literatura de gerenciamento de risco atribuiu o erro de comunicação como um fator importante (70%) nos eventos adversos. (GUTTMAN, 2021). Logo, estratégias que promovam a melhoria do processo de comunicação devem ser amplamente estimuladas nos serviços de saúde.

Um estudo desenvolvido na unidade de centro cirúrgico de um hospital de São Paulo-SP descreveu a experiência de profissionais da equipe de enfermagem na comunicação com pacientes estrangeiros, no período de 2000 a 2015. Neste estudo foi identificada a falta de fluência e conhecimento dos idiomas por parte da equipe de enfermagem, sendo necessário traçar estratégias que facilitassem o processo de comunicação, tais como a associação de estratégias não verbais (papel e caneta, mímica facial, movimentação das mãos, posturas corporais, tom e volume da voz). (SILVA, 2016)

Outro estudo realizado em um hospital pediátrico de Curitiba-PR buscou apreender a percepção de profissionais da equipe de saúde frente às barreiras de comunicação, além de identificar fatores que contribuem ou interferem neste processo. O conceito de comunicação, o significado de barreiras de comunicação e as possíveis consequências do processo ineficaz de comunicação foram do conhecimento de todos os participantes. Um aspecto de destaque neste estudo foram os diferentes tipos de barreiras de comunicação citados, tais como: barreiras físicas (que envolvem o uso de aparelhos na comunicação), ambientais (barulho excessivo, falta de privacidade, temperatura imprópria), semânticas (uso de termos técnicos, uso de jargões ou falta de conhecimento da fala coloquial do paciente, além das diferenças culturais e de idioma) e barreiras psicológicas (relacionadas às questões de hierarquia entre os profissionais). (WITISKILI, 2019)

Nota-se que a literatura é vasta em estudos que apontam a comunicação interpessoal deficiente ou fragmentada como um dos fatores contribuintes ou uma das principais causas de erros na área de saúde, aumentando o índice de eventos adversos. (GREEN, 2017; HENEKA, 2019; SULIBURK, 2019; TOPCU, 2017). Portanto, não há como falar sobre qualidade em saúde e segurança do paciente sem referir-se à comunicação entre os profissionais que são responsáveis pelo cuidado.

No entanto, a criação de um ambiente seguro não é uma tarefa simples, já que depende de muitos fatores e de pessoas engrenadas dentro de uma organização, sendo a comunicação uma das ferramentas fundamentais neste processo. (CARÚS, 2021). Neste sentido, diferentes estratégias têm sido desenhadas com o objetivo de

aperfeiçoar o processo de comunicação entre profissionais da área de saúde e usuários imigrantes.

Uma experiência exitosa ocorreu em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que servia de campo de estágio para uma disciplina interprofissional dos cursos de Biomedicina, Enfermagem, Medicina, Odontologia e Psicologia da Universidade Estadual de Maringá-PR. (SANTOS, 2020)

A intervenção proposta tinha como objetivo melhorar a atenção odontológica ao paciente haitiano e o acesso desses pacientes à UBS. Neste estudo, foi unânime entre toda equipe de saúde que a maior dificuldade enfrentada na assistência à saúde desses imigrantes era a barreira linguística. (SANTOS, 2020). Para alcance do objetivo proposto, os profissionais da UBS selecionaram arquivos, fichas e prontuários mais utilizados, e esses foram traduzidos para o idioma crioulo haitiano, com a ajuda dos imigrantes convidados. Concomitantes às traduções, a equipe pesquisou sobre a cultura, língua e hábitos desta clientela, com a finalidade de melhor acolher o paciente. Após esta fase, cartilhas e panfletos com características do país foram elaborados para distribuição na UBS para que a população também ampliasse o conhecimento sobre a cultura haitiana. Por fim, placas de identificação da Unidade e de segurança também foram traduzidas e espalhadas pelo serviço. Após seis meses, uma avaliação interna realizada com profissionais e usuários haitianos mostrou que a intervenção desenvolvida diminuiu significativamente a barreira da comunicação linguística. (SANTOS, 2020)

Dentre os resultados alcançados, os imigrantes relataram que, a partir da tradução de termos e placas indicativas, foi possível melhorar a localização dentro da UBS, sem a necessidade de pedir informações na recepção. Além disso, em relação à anamnese, relataram que houve uma melhora no relato de sintomas e queixas. Para os profissionais, a experiência proporcionou melhor compreensão do paciente, o que ajudou no tratamento ofertado pela equipe de saúde. (SANTOS, 2020)

Neste sentido, fica claro que a transposição da barreira linguística é uma estratégia que contempla os princípios da PNH, qualifica o cuidado em saúde, diminui os riscos da assistência e amplia o acesso à saúde dos usuários imigrantes. Logo, sugere-se que outras interven-

ções, semelhantes à construção do Guia de Comunicação em Saúde Materna sejam implementadas em demais serviços de saúde.

Considerações Finais

A comunicação entre equipe de saúde e paciente é fundamental para oferta de um cuidado integral, humanizado e seguro. Usuários dos serviços de saúde que possuem dificuldade no processo de comunicação, como é o caso dos pacientes estrangeiros, por exemplo, permanecem em uma situação de vulnerabilidade que merece atenção por parte dos profissionais e gestores de saúde. Dessa maneira, é importante a criação de estratégias que tornem o processo de comunicação mais efetivo, permitindo acesso a um cuidado integral.

A criação do Guia de Comunicação em Saúde Materna em português-crioulo se consolidou como uma ferramenta simples e de fácil utilização que ampliou o acesso das gestantes e puérperas haitianas a um cuidado qualificado, já que tem o potencial de tornar a comunicação mais eficaz entre todos envolvidos na assistência. Ele foi elaborado para atingir o público do Alojamento Conjunto do Hospital Estadual de Sumaré, no entanto, foi adaptado para a Unidade de Internação do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti – CAISM e disponibilizado para outras unidades de saúde da cidade que manifestaram interesse. Este projeto foi inscrito no Curso de Atenção à Saúde Materna da Universidade Federal do Cariri – UFCA, onde foi premiado em agosto de 2021.

Referências

ABELSON, M. I. R. da S. Mobilidade humana e saúde: equidade e políticas públicas, v. 36, n. 3 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00009520>

ANDERSEN, T. A linguagem não é inocente. **Nova perspectiva sistêmica** v 13, n. 23, p. 19-26. 2004.

CARDOSO DOS SANTOS, A. J.; AKEMI SAKO, T.; DOS SANTOS RIBEIRO ROCHA, G.; FUJIMAKI, M. Acolhimento e humanização da atenção aos haitianos: uma ação interprofissional. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, 2021.

CARÚS, C. S.; VIEIRA, A. G.; BOTTON, L. T. J.; SCHUBERT, C.; FAGUNDES, M. A. B. G. Barriers to effective health communication. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, p. e10810716218, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i7.16218

DE SOUZA, W. F.; MUTRO, M. E. G.; PAES, N. de F.; ALTINO, R. de C.; SARANHOLI, T. L. Barreiras na comunicação em serviços de urgência e emergência: variáveis que interferem na interpretação da mensagem. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 95, n. 33, p. e-021007, 2021. DOI: 10.31011/reaid-2021-v.95-n.33-art.744

EBSERH. Metas Internacionais de Segurança do Paciente. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmg/saude/metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente/metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente>

GREEN, B. et al. Challenging hierarchy in healthcare teams—ways to flatten gradients to improve teamwork and patient care. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 55, n. 5, p. 449-453, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2017.02.010>

GUTTMAN, O. T. et al. Dissecting Communication Barriers in Healthcare: A Path to Enhancing Communication Resiliency, Reliability, and Patient Safety. **Journal of patient safety**, v. 17, n.8, e1465-e1471. 2021. DOI:10.1097/PTS.0000000000000541

HENEKA, N. et al. Clinicians' perceptions of opioid error—contributing factors in inpatient palliative care services: A qualitative study. **Palliative medicine**, v. 33, n. 4, p. 430-444, 2019. <https://doi.org/10.1177/0269216319832799>

MAGALHÃES, L. F. A. A imigração haitiana em Santa Catarina: perfil sociodemográfico do fluxo, contradições da inserção laboral e dependência de remessas no Haiti. 2017. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, SP. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12733/1630825>

MATOS, I. B. et al. Haitianas, formação médica e Sistema Único de Saúde. **Tempus—Actas de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, 115-134 2020. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v14i3.2702>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização - PNH. Brasília: **Ministério da Saúde**,

2013.16p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

SANTOS, F. V. A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. **Historia, ciencias, saude--Manguinhos**, v. 23, n. 2, p.477–494. 2016 <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016000200008>

SILVA, R. G. M. et al. Estratégias de comunicação do enfermeiro com paciente estrangeiro: relato de experiência. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 20, n. 2, p.145-148 2016.

SOUZA, J. B. de et al. Vulnerability and health promotion of Haitian immigrants: reflections based on Paulo Freire's dialogic praxis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, n. 55, e03728. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020011403728>

SULIBURK, J. W. et al. Analysis of human performance deficiencies associated with surgical adverse events. **JAMA network open**, v. 2, n. 7, p. e198067-e198067, 2019. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.8067>

WITISKI, M. et al. Barreiras de comunicação: percepção da equipe de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 18, n. 3, 2019. DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v18i3.46988

TOPCU, I. et al. Physicians' and nurses' medical errors associated with communication failures. **J Pak Med Assoc**, v. 67, n. 4, p. 600-604, 2017.

SOBRE OS ORGANIZADORES



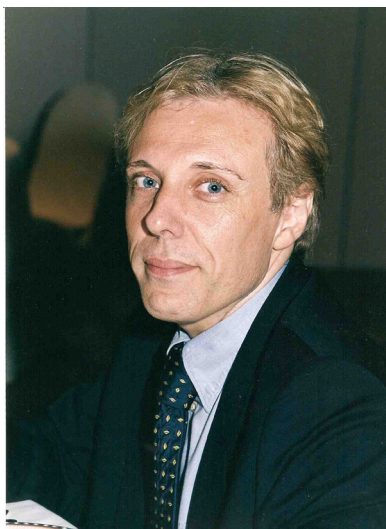
Lia Maristela da Silva Jacob

Possui Graduação em Enfermagem e Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza(UNIFOR) . Doutora em Ciências da Saúde com Área de Concentração em Cuidado e Inovação Tecnológica em Saúde e Enfermagem na Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP. Pós- doutoranda em Saúde Pública no Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto- Portugal. Graduação em Pedagogia pela Faculdade de Conchas(FACON). Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher e do Recém- Nascido(UNICAMP). Tem experiência na assistência em enfermagem, gestão em unidades de saúde, consultoria em saúde pública, docência e gestão de IES. Atuando principalmente nas seguintes áreas : Saúde da Mulher , Saúde Coletiva, Educação em Saúde, Estomaterapia, Cuidados Integrados e Metodologias Ativas . Docente na Faculdade São Leopoldo Mandic (medicina)- Araras/SP. Professora Titular na Faculdade Municipal Professor Franco Montoro (enfermagem)- Mogi Guaçu/SP. Coordenadora pedagógica na Internacional Foundation of Integrated Care- IFIC/ Brasil. Consultora externa do Bando Interamericano de Desenvolvimento- BID.



Fátima Aparecida Henrique Lotufo

Possui graduação em medicina pela Faculdade de Medicina de Campos (1990), mestrado em Tocoginecologia pela Universidade Estadual de Campinas (2010) e doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Campinas (2016). Pós-doutoranda em Saúde Pública no Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto-Portugal. Atualmente é coordenadora técnica do departamento de ginecologia e obstetrícia do Hospital Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Araras. Docente e coordenadora das disciplinas de Saúde da Mulher e do Internato da Faculdade São Leopoldo Mandic de Araras. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Gestão de Alto Risco.



José Manuel Peixoto Caldas

Profissionalmente atua: Professor Titular de Cuidados Paliativos e Bioética da Universidade Federal da Paraíba; Cientista Convidado da USP/FAPESP na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; Coordenador do Grupo de Pesquisa: Medicina Social: Direito, Saúde e Cidadania; Professor Titular do Máster Universitario Oficial en Políticas de Salud y Bienestar del Instituto de Humanidades y Ciencias de la Salud de la Fundación Ortega y Gasset; Investigador Integrado do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto; Ex-Professor Visitante da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, Ex-Professor Visitante do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Pesquisador Senior da FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, Ex-Professor Associado do College of the Americas - Inter-American Organization for Higher Education, Ex-Investigador Auxiliar da FCT no CIIE - Centro de Investigação e Intervenção Educativas, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Responsável pela Cátedra Educação, Género e Saúde e coordenador do Master em Género(s), Diversidad, Salud Sexual y Reproductiva no Colégio de las Américas (COLAM-OUI). Exerce as funções de Director do Iberoamerican Observatory of Health and Citizenship (<http://www.iohc-pt.org/index.php/pt/>) e da Revista Iberoame-

ricana de Salud y Ciudadanía ISSN 2182-4185 (<http://revista.iohc-pt.org/index.php/pt/>). Académicamente é: Postdoc em Sociologia e Comunicação (2020) pela Universidad Rey Juan Carlos de Madrid; Postdoc em Antropologia (2003) pela Universidad de Barcelona; Doutor em Sociología (2001) - Universidad de Barcelona; Mestre em Medicina (1997) - Universidad de Barcelona e Mestre em Sociologia (1997) pela Universidade Nova de Lisboa. Graduado em Medicina (1993) e Filosofia (1986) pela Universidade Nova de Lisboa. Editor Associado da University of São Paulo Nursing School Journal. É membro de distintas redes de investigação iberoamericanas: Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud (RIUPS); CLACSO Conselho Latinoamericano de Ciências Sociais, REDIAL Red Europeia de Información y Documentación sobre América Latina, CEISAL Consejo Europeo de Investigaciones Sociales de América Latina e LASA Latin American Studies Association. Além de pertencer a várias Associações europeias como FES Federación Española de Sociología, APS -Associação Portuguesa de Sociologia e da ESHMS - European Society for Health and Medical Sociology, da Associação Lusófona de Luta Contra a SIDA, da International Sociological Association. Foi Research Fellow do Instituto de Investigación Gino Germani da Universidad de Buenos Aires - UBA, do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento - CEBRAP, investigador e professor convidado da Universidad de Barcelona, Consultor da Universitat Oberta de Catalunya. As suas principais linhas de pesquisa centram-se nos seguintes temas: Sida/HIV, Cuidados Paliativos, Promoção e Educação para a Saúde, Comportamentos Sexuais e DSTs, Violência de Género, Políticas de Saúde Pública e Cidadania, Vulnerabilidade/Risco e Antropología Social e Sociología da Saúde.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Atenção primária à saúde, 11

B

Barreiras de comunicação, 92

C

Centro cirúrgico, 24

Complicações na Gravidez, 76

Comunicação em saúde, 92

Condições de trabalho, 24

Criança, 42

Criança Hospitalizada, 42

Cuidado Pré-Natal, 76

Cuidados de enfermagem, 24

D

Detecção precoce de câncer, 11

E

Enfermagem obstétrica, 76

Enfermagem Oncológica, 42

Equidade em saúde, 92

H

Hospitalização, 42

M

Mortalidade Materna, 76

N

Neoplasias da mama, 11

P

Parto, 24

Parto humanizado, 57

Prevenção secundária, 11

Programas de rastreamento, 11

S

Saúde da Mulher, 76

Saúde materna, 92

T

Tomada de Decisão, 57

Trabalho de Parto, 57

ISBN 978-65-5388-068-9



9 786553 880689 >