

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS GESTANTES SOBRE A
GRAVIDEZ E A CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL**

MARIA GORETI DE LIMA

Dissertação apresentada como requisito parcial, à obtenção do título de Mestre, no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Helena Eri Shimizu

Prof^a. Adjunta da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

**Brasil
2006**

MARIA GORETI DE LIMA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS GESTANTES SOBRE A
GRAVIDEZ E A CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL**

**BRASÍLIA
2006**

LIMA, Maria Goreti de

Representações sociais das gestantes sobre a gravidez e a consulta de enfermagem no pré-natal. Brasília, 2006.

Número 142 p.

Dissertação (mestrado) apresentado à Universidade de Brasília,
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Orientadora: Shimizu, Helena Eri

1. Saúde da Mulher. 2. Cuidado Pré-Natal. 3. Educação em Saúde. 4. Valores Sociais.

MARIA GORETI DE LIMA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS GESTANTES SOBRE A
GRAVIDEZ E A CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL**

Dissertação aprovada como requisito para a obtenção do grau de Mestre, no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, linha de pesquisa Aspectos Psicossociais em Saúde e Gerenciamento dos Serviços de Saúde, pela comissão formada pelas professoras:

Orientadora - Prof^a. Dr^a. Helena Eri Shimizu - Universidade de Brasília.

Membro Efetivo - Prof^a. Dr^a. Ângela Maria de Oliveira – Universidade de Brasília.

Membro Efetivo – Prof^a. Dr^a. Mirian Santos Paiva – Universidade Federal da Bahia

Membro Suplente – Prof^a. Dr^a. Jane Lynn Garrison Dytz – Universidade de Brasília.

Brasília, 08 de agosto de 2006.

Dedico a minha irmã, Guina, amada, querida e lembrada sempre, mesmo em outra dimensão, impedida de compartilhar comigo este momento. Como muitas mulheres nesse Brasil afora, faz parte da triste estatística da morbi-mortalidade materna, consequência de um atendimento inadequado.

Agradecimentos especiais

A **Deus**, que me iluminou e capacitou para a realização deste trabalho.

À Professora Dr^a Helena Eri Shimizu, minha orientadora, pelo profissionalismo e dedicação na condução deste trabalho. Jamais esquecerei a autoridade de suas mãos.

À minha querida filha Mariana, que ao meu lado, compartilhou desse sonho com carinho, respeito, ajuda e muito amor.

À minha mãe, Alzira pela vida e ao meu pai, que, em vida, sempre me apoiou e incentivou.

Aos meus irmãos, minha cunhada e sobrinhos que torceram por mim.

Agradecimentos

Agradeço a todos que compartilharam e fizeram parte direta ou indiretamente dessa minha caminhada

Às gestantes, pela confiança e colaboração.

À equipe do Centro de Saúde de Brasília n. 11, especialmente, a Dr^a Roseane, Dr. Manuel, Bete, Bernadete, Mana e aos funcionários da Sala da Mulher, pelo apoio na realização deste trabalho.

Às amigas Stella Mares, Fidélia, Ana Lúcia, Tânia, Socorro Pt, Daniela e Jaciara, por me acompanharem nesta jornada que, em muitos momentos foram difíceis para mim.

Aos meus amigos André, Rinaldo e Jansler

As Professoras: Dr^a. Mirian S. Paiva por ter vindo de tão longe me prestigiar e Dr^a. Ângela M. de Oliveira, pela oportunidade de ter cursado a disciplina Teoria das Representações Sociais e ao Prof. Dr^o. Aldry Sandro, pelo apoio na realização do ALCESTE,.

A Gussi, pelas horas de descontração com a Bella.

À Sonia, bibliotecária da ABEn Nacional. Obrigada, por sua contribuição na revisão bibliográfica, orientação e apoio.

Às funcionárias da ABEn Nacional. Obrigada pelo acolhimento e carinho.

À Prof^a. Emília, não vou esquecer a sua grande contribuição na revisão do meu trabalho.

RESUMO

LIMA, M. G de. Representações sociais das gestantes sobre a gravidez e a consulta de enfermagem no Pré-natal, 2006. 142 p. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília – DF.

Considerada um momento importante para a vida da mulher, a gravidez sintetiza o encontro de sentimentos ambivalentes: medo, alegria e auto-afirmação. Pela importância desse evento para a mulher, decidi refletir sobre a Consulta de Enfermagem no Pré-Natal como espaço que a gestante tem para expressar suas necessidades. Esse estudo tem como objetivo conhecer e analisar as representações sociais das gestantes atendidas no Pré-Natal do Centro de Saúde N.11 de Brasília, sobre a Consulta de Enfermagem, com a finalidade de oferecer subsídios para melhorar a qualidade dessa assistência. Preliminarmente, procedi à caracterização do perfil da gestante atendida no Pré-Natal no ano de 2004, por meio dos Prontuários e/ou Fichas de Atendimentos. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 13 gestantes. Para sistematizar os dados, utilizei o software ALCESTE, com o intuito de conhecer o discurso coletivo e a identificação dos significados compartilhados por essas mulheres. Os resultados da análise lexical mostraram que as falas se organizaram em torno de três Eixos e seis Classes Temáticas, a saber: Eixo I - Vivenciando a gravidez: mostra elementos significativos acerca da experiência vivida pelas mulheres durante a gravidez, o que possibilita identificar e entender como elas perceberam que estavam grávidas, bem como as mudanças biológicas e emocionais experienciadas. Eixo II - Recebendo orientações sobre a gravidez: encontram-se, as representações apontadas pelas gestantes acerca da Consulta de Enfermagem no Pré-Natal, o que tem revelado a natureza do acolhimento à gestante, bem como as orientações dadas a esta, tanto para vivenciar bem o processo da gravidez, quanto para instruir-se sobre o planejamento familiar associado, principalmente aos métodos para o controle da gravidez. Eixo III - Cuidando do bebê: as gestantes, através de suas representações, revelam que os cuidados com o recém-nascido estão centrados no Modelo Biológico, nos princípios de higiene e de prevenção de doenças, para o seu crescimento e desenvolvimento, e o aleitamento materno, como uma prática importante para o bebê e a nutriz. Mesmo a Consulta de Enfermagem sendo representada como um espaço interativo e de acolhimento, faz-se necessário repensar o paradigma de uma consulta normativa, informativa e centrada no Modelo Biológico. Para tanto, deve ser focado, pelas enfermeiras, nas orientações à gestante sobre os cuidados com o pré-natal, o paradigma da integralidade.

Descritores: saúde da mulher; cuidado pré-natal.

ABSTRACT

LIMA, M. G de. Social Representations of Pregnant patients about pregnancy and nurse attendance, 2006. 142 p. Master dissertation – Faculty of health science, University of Brasilia, Brasilia – DF.

Considered as an important moment of the woman's life, the pregnancy synthesizes the sum of ambivalent feelings: fear, cheerfulness and self fulfillment. Thinking about the importance of this event led me to reflect on the nursing attendance in pre natal process as the space the pregnant women have to express their necessities. This study aims at learning and analyzing the social representations of pregnant women attended in "Centro de Saúde N.11" of Brasilia, about the nursing attendance, with the objective of offering subsidies to improve the quality of the assistance. The work primarily developed was the characterization of the profile of the pregnant women attended in the pre natal process of the year 2004, examining the attendance files. There were semi structured interviews with 13 pregnant women. In order to organize data, I applied the software ALCESTE, with the intention to learn from the collective speech and to identify the meaning shared by these women. The results of the lexical analyses showed that their speech were organized around three axes and six thematic classes which specifies: Axe I - living the pregnancy: shows the significative elements about the experience the women are living during their pregnancy, which makes possible to identify and understand how they notice they were pregnant as well as the biological and emotional changes. Axe II – Receiving orientations about the pregnancy: There are representations appointed by the pregnant women about the pre natal nursing attendance which reveals the nature of the attendance to the pregnant, as well as the orientations given to them, whether to experience well the pregnancy process, as well as to reveal the care of the associated family planning mainly for the methods of pregnancy control. Axe III – taking care of the baby: the pregnant women, through their representations reveal that the care provided to the newly born is centered in the biological model, in the principles of hygiene and prevention of the diseases, for the growth and development, and the breast feeding, as an important practice for the baby and the mother. Even when the nursing consultation represented as an interactive and welcoming space it is necessary to rethink the paradigm of normative attendance which is informative and centered in the Biological Model. In order to achieve this end, the nurses should reinforce the paradigm of integrality along with the orientations to the pregnant women concerning the care which involves the pre natal process.

Descriptors: women's health ; prenatal care

LISTA DE ABREVIATURAS DE SIGLAS

ABEn	- Associação Brasileira de Enfermagem
ANS	- Agência Nacional de Saúde
CE	- Comissão de Ética
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CSB	- Centro de Saúde de Brasília
COFEn	- Conselho Federal de Enfermagem
COREn	- Conselho Regional de Enfermagem
DST	- Doença Sexualmente Transmissível
FHDF	- Fundação Hospitalar do Distrito Federal
FSESP	- Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
MS	- Ministério da Saúde
NAISMC	- Núcleo de Assistência Integral a Saúde da Mulher e da Criança
NAISM	- Núcleo de Assistência Integral a Saúde da Mulher
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PAISM	- Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PN	- Pré-Natal
RS	- Representação Social
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	- Secretaria do Estado da Saúde
SIAS	- Sistema de Informação de Assistência a Saúde
SINASC	- Sistema de Informações Nascidos Vivos
SUS	- Sistema Único de Saúde
UnB	- Universidade de Brasília
UFRJ	- Universidade Federal do Rio de Janeiro.
USP	- Universidade de São Paulo

LISTA DAS FIGURAS

FIGURA 01 - LOCALIZAÇÃO DO PLANO-PILOTO, onde encontram-se as Unidades de Saúde em estudo, as cidades-satélites e do entorno. **pág 49.**
FONTE: <http://www.guianet.com.br/>, 2006.

FIGURA 02 – DENDOGRAMA, **pág 60.** FONTE: ALCESTE. Brasília, 2006.

TABELA 01 - PROPORÇÃO DE COBERTURA POR CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL – BRASIL NAS GRANDES REGIÕES, **pág 14.** FONTE: Prontuário. Brasília, 2002.

TABELA 02 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO A REGIÃO, **pág 49.** FONTE: o Prontuário. Brasília, 2004.

TABELA 03 - NÚMERO E PROPORÇÃO DAS GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO A SUA PROFISSÃO, **pág 50.** FONTE: O Prontuário. Brasília, 2004.

TABELA 04 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO GRUPO ETÁRIO, **pág 50.** FONTE: O Prontuário. Brasília, 2004.

TABELA 05 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO O ESTADO CIVIL, **pág 51.** FONTE: o Prontuário. Brasília, 2004.

TABELA 06 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO QUANTIDADE DE ANOS DE ESTUDO, **pág 51.** FONTE: O Prontuário. Brasília, 2004.

TABELA 07 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO O HÁBITO DE FUMAR EM 2004, **pág 51.** FONTE: O Prontuário. Brasília, 2004.

TABELA 08 - NÚMERO E PROPORÇÃO DAS GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO O HÁBITO DE CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA, **pág 52**. FONTE: O Prontuário. Brasília, 2004.

TABELA 09 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE GESTANTES SEGUNDO O NÚMERO DE GESTAÇÕES, **pág 52**. FONTE: O Prontuário. Brasília, 2004.

TABELA 10 - PROPORÇÃO DE GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO A SUA IDADE GESTACIONAL AO ENTRAR NO PROGRAMA, **pág 53**. FONTE: O Prontuário. Brasília, 2004.

TABELA 11 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO O TIPO DE PARTO REALIZADO ANTERIORMENTE, **pág 53**. FONTE: O Prontuário. Brasília, 2004.

TABELA 12 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO O PARTO A TERMO, **pág 54**. FONTE: O Prontuário. Brasília, 2004.

TABELA 13 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO O RISCO GESTACIONAL, **pág 54**. Brasília, 2004.

TABELA 14 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO A OCORRÊNCIA DE ABORTO, **pág 55**. FONTE: O Prontuário. Brasília, 2004.

TABELA 15 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO A OCORRÊNCIA DE CASOS DE NATIMORTOS, **pág 55**. FONTE: O Prontuário. Brasília, 2004.

TABELA 16 - NÚMERO E PROPORÇÃO DE GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO A REALIZAÇÃO DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM. **pág 56**. FONTE: O Prontuário. Brasília, 2004.

TABELA 17 – QUANTITATIVO DE UCES E DE PALAVRAS GERADAS POR UCE, **pág 58**. FONTE: ALCESTE. Brasília, 2006.

TABELA 18 - ENTREVISTAS INDIVIDUAIS - CLASSE TEMÁTICA 1, **pág 61**. FONTE: ALCESTE. BRASÍLIA,2005.

TABELA 19 - ENTREVISTAS INDIVIDUAIS - CLASSE TEMÁTICA 4. **pág 68**. FONTE: ALCESTE . Brasília, 2005.

TABELA 20 - ENTREVISTAS INDIVIDUAIS - CLASSE TEMÁTICA 2, **pág 76**. FONTE: ALCESTE. Brasília, 2005.

TABELA 21 - ENTREVISTAS INDIVIDUAIS - CLASSE TEMÁTICA 6 **pág 91**. FONTE: ALCESTE. Brasília, 2005.

TABELA 22 - ENTREVISTAS INDIVIDUAIS - CLASSE TEMÁTICA 3, **pág 101**. FONTE: ALCESTE. Brasília, 2005.

TABELA 23 - ENTREVISTAS INDIVIDUAIS - CLASSE TEMÁTICA 5, **pág 111**. FONTE: ALCESTE. Brasília, 2005.

QUADRO 01 - DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES ATENDIDAS NA CONSULTA PRÉ-NATAL SEGUNDO A LOCALIDADE DE RESIDÊNCIA, **pág 48**. FONTE: O Prontuário. Brasília, 2004.

QUADRO 02 - PROPORÇÃO DE GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO AS QUEIXAS FISIOLÓGICAS, **pág 56**. Brasília, 2004.

QUADRO 03 - PROPORÇÃO DE GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO AS QUEIXAS BIOLÓGICAS, **Pág 57**. Brasília, 2004.

QUADRO 04 - PROPORÇÃO DE GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO AS QUEIXAS EMOCIONAIS, **Pág 58**. Brasília, 2004.

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Lista de abreviaturas

I

Lista de Ilustrações

1.INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Objetivos	6
1.1.1 <i>Objetivo geral.....</i>	6
1.1.2 <i>Objetivos específicos</i>	6
2. A ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL NO BRASIL.....	7
3. HISTÓRICO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM E DA SUA INSERÇÃO NO PRÉ-NATAL.....	19
4. A CONSULTA DE ENFERMAGEM NO DISTRITO FEDERAL.....	33
5. CAMINHO TEÓRICO METODOLÓGICO.....	37
5.1 Referencial Teórico.....	37
5.1.1. As Representações Sociais.....	37
5.2.Referencial Metodológico.....	40
5.2.1. Campo da Pesquisa.....	40
5.2.2. Sujeitos do Estudo.....	42
5.2.3.Aspectos Éticos.....	43
5.3 Procedimentos de Coletas de Dados.....	43
5.3.1 <i>Etapa 1 – Análise retrospectiva de prontuários.....</i>	43
5.3.2 <i>Etapa 2 – Entrevistas semi-estruturadas com as gestantes atendidas no pré-natal</i>	44
5.4 Procedimento de Análise de Dados.....	46
6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	48
6.1 Perfil das Gestantes Atendidas no Pré-Natal no CSB 11.....	48
6.2 As Representações Sociais das Gestantes sobre a Consulta de Enfermagem no Pré-Natal	58
6.2.1 <i>Resultados dos dados textuais das entrevistas</i>	58
6.2.2 <i>Primeiro eixo: vivenciando a gravidez.....</i>	61
6.2.2.1 <i>Classe Temática 1 – O impacto da descoberta da gravidez.....</i>	61

6.2.2.2 Classe Temática 4 – Gravidez como estado de mudanças.....	68
6.2.3 Segundo Eixo: Recebendo orientações sobre a gravidez.....	75
6.2.3.1 Classe Temática 2 – Consulta de enfermagem: acolhimento e orientação....	76
6.2.3.2 Classe Temática 6 – Programa de planejamento familiar.....	91
6.2.4 Terceiro Eixo: Cuidando do bebê.....	101
6.2.4.1 Classe Temática 3 – Como cuidar do recém-nascido.....	101
6.2.4.2 Classe Temática 3 – Aleitamento materno.....	111
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	120
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	127
ANEXOS.....	142

1. INTRODUÇÃO

A saúde da mulher é minha área de atuação desde o início da formação acadêmica. O exercício profissional, atuando como enfermeira há 9 anos em uma Unidade Básica de Saúde Pública no Distrito Federal, no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), especificamente na Assistência Pré-Natal, estimulou-me a buscar decifrar a visão da gestante, no que diz respeito à Consulta de Enfermagem durante o período da gravidez.

Essa vivência profissional tem-me permitido constatar que a gravidez é um período importante, representando, para a mulher, a síntese de diversos sentimentos ambivalentes, como medo, insegurança, alegria e afirmação como mulher. Por todas essas alterações que a gestante vivencia, pude perceber a necessidade que ela tem de ser ouvida e considerada, tanto no aspecto social quanto no pessoal, de modo a possibilitar-lhe revelar suas percepções e representações.

Maldonado (1986, p. 11) afirma que a gravidez é, no ciclo vital da mulher, um dos três períodos críticos de transição que, juntamente com a adolescência e o climatério, constituem fases do desenvolvimento da personalidade. É também, para esta autora, um período de tensão biologicamente determinado, caracterizado por mudanças metabólicas complexas, estado de equilíbrio temporariamente instável, devido às perspectivas de mudanças em seu papel social, necessidades de novas adaptações, reajustes interpessoais, intrapsíquicos e mudanças de identidade.

Lemos (1994), por sua vez, enfatiza que “essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece no interior do seu corpo”.

Neste sentido, Rosas (1998) ressalta que a enfermeira, no desempenho de suas atividades por ocasião do Pré-Natal, ao compreender e respeitar o modo de vida, os hábitos e a cultura da gestante, contribuirá para amenizar as ansiedades e as expectativas que podem ser geradas no ciclo grávido puerperal.

Concordo com a autora, pois, na convivência com as usuárias gestantes, percebi o papel relevante dessa profissional, no atendimento do Pré-Natal, que mobiliza ações fundamentais para um enfrentamento saudável, considerando os

múltiplos aspectos biopsicossociais que envolvem a condição da mulher nesse estado.

A experiência mostra que o espaço da Consulta de Enfermagem propicia um efetivo contato com a gestante, de modo a possibilitar compreender, a partir da identificação de dados sobre sua família, o ambiente em que vive, sinais e sintomas que retratem suas condições de saúde e dos seus familiares; hábitos de vida física, afetiva e social, entre outros aspectos que realmente subsidiem todo o seguimento de sua gestação.

Conforme Oliveira (1996, p. 32):

Para atender esses aspectos, faz-se necessário que ao planejar as ações de saúde orientadas para a usuária, estas possibilitem sua participação durante a consulta levando em conta seus sentimentos e atitudes, considerando que essas atividades constituem a base para o atendimento das necessidades da mulher no período do pré-natal.

Embora a normalização e os estudos demonstrem ser a Consulta de Enfermagem um instrumento eficaz e de responsabilidade (Moura e Vargens, 2003, p.85), observa-se que, desde a sua institucionalização em 1968 e regulamentação em 1986, ainda persistem fatores que impedem a enfermeira de realizar efetivamente essa Consulta.

Entre estes fatores, Lima (2003) destaca a estrutura física inadequada, a infra-estrutura insuficiente, a falta de instrumentos necessários ao atendimento, o acúmulo das funções administrativas e assistenciais desenvolvidas, a carência de pessoal na equipe, a falta de conhecimento técnico e o desconhecimento dos aspectos legais, o que resulta em omissão e descuido quanto à prioridade da Consulta de Enfermagem como atividade específica da enfermeira.

Tyrrell e Carvalho (1993) ressaltam que a Consulta de Enfermagem já constava como proposta governamental desde 1978, embora na prática observem-se limitações nas instituições de saúde para a sua implantação e cobertura da clientela. Ao abordar o assunto, Martins (2001) observa que a Consulta de Enfermagem, ainda, é negligenciada nos serviços de saúde pública e privada, sendo

utilizada com mais freqüência nas unidades básicas, em consequência dos Programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Campedelli (1986) destaca que não basta a legalização institucional para levar a efeito a Consulta de Enfermagem. Faz-se necessária, além disso, uma preparação do profissional para a sua execução, em que competência e habilidade, associadas a uma metodologia e a um princípio científico para a resolução dos problemas identificados, sejam os elementos-chaves, pois, assim configurada, tal prática ganhará visibilidade dentro dos serviços da instituição, seja esta de caráter público ou privado, e credibilidade por parte da população, no que diz respeito à sua função.

Quanto aos fatores intervenientes da Consulta de Enfermagem à gestante, Nery (1991, p. 71) sublinha em seu trabalho de pesquisa a percepção de uma equipe de enfermeiras, em que estas afirmam:

As enfermeiras em saúde pública e enfermeiras obstetras recebem preparo para observar a clientela e identificar sinais e sintomas de complicações ou intercorrências, além de decidir sobre a conduta indicada. A enfermeira obstetra é formada para assumir toda a assistência à mulher no ciclo grávido puerperal normal e recém-nascido, com importante função de orientar a família para a saúde e realizar a Consulta de Enfermagem no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher no Pré-natal. No entanto, essas enfermeiras consideraram que, apesar dessa qualificação, a Consulta de Enfermagem está sendo realizada sem uma metodologia própria, centrando seu atendimento principalmente nos aspectos biológicos. Elas também ressaltaram que o aprendizado desse tipo de consulta na formação acadêmica não é suficiente para o exercício dessa prática.

Para Henriques (1993a), o Curso de Graduação em Enfermagem é o principal elemento determinante do tipo de formação da enfermeira, que, dentre outras atribuições, é também responsabilizada por centrar seu atendimento nos aspectos biológicos, durante o desenrolar da Consulta de Enfermagem. Com isto, esta autora ressalta que a formação volta-se principalmente para o paciente hospitalizado, focalizando-se a doença e o tratamento especializado. Tal realidade dificulta entrar-se em contato com o cliente sadio ou com o agravo, que pode ser acompanhado no âmbito ambulatorial ou por meio dos programas institucionalizados pelo Ministério da Saúde.

Refere-se ainda a autora que o Modelo Biomédico é o eixo delineador definido pelo Ministério da Saúde para a Consulta de Enfermagem no Pré-Natal, o que para Madeira *apud* Oliveira (1996) é um modelo que contribui de certa forma para o fracionamento do corpo em partes, impedindo, assim, a percepção deste como um todo indiviso e singular, com necessidades e características de um organismo complexo.

Em conformidade com as principais concepções defendidas acerca da postura da enfermeira na contemporaneidade, pode-se afirmar que, quando a profissional centra seu posicionamento nesse modelo biomédico, compromete seu atendimento junto à gestante, deixando de lado toda a possibilidade de um trabalho profilático, balizado num processo comunicativo e dialogal.

Ressalte-se que a existência de fatores restritivos muitas vezes desestimula as enfermeiras na implantação e/ou implementação da Consulta de Enfermagem. Mas, mesmo diante dessa realidade, o acolhimento à gestante, por meio desse tipo de consulta, assegura uma assistência de enfermagem qualificada, que contribui para a promoção da gestante no seu processo gestacional.

Como bem salienta Perestrello *apud* Oliveira (1996, p. 34), “a consulta de enfermagem com a gestante, a depender do desempenho da enfermeira, poderá constituir-se em uma relação transpessoal com significado terapêutico ou anti-terapêutico”.

Essas análises reforçam a minha preocupação no que diz respeito à forma como a Consulta de Enfermagem está sendo realizada no Pré-Natal, por entender que esta deve se dar por meio de uma ação dialógica, em que se constrói um processo educativo que transcende os determinantes biológicos estabelecidos pelo atendimento convencional.

Ademais, considero que, na prática, a Consulta de Enfermagem significa um instrumento relevante que deu maior visibilidade à importância da assistência integral à mulher gestante, que busca nos serviços de saúde pública a resolução de suas necessidades assistenciais e as intervenções para o desenvolvimento saudável do binômio mãe-filho.

No exercício da prática profissional, ao realizar a Consulta de Enfermagem, tenho buscado ir além do que preconiza o Modelo Biomédico, que centra as condutas a partir dos sinais e sintomas, dificultando um olhar ampliado para as necessidades da gestante. Assim, logo que iniciei a realização de consultas no Pré-Natal, considerei importante estabelecer um acolhimento digno, com foco no

atendimento integral a essa nova condição de vida da mulher-gestante, enfatizada nos princípios da equidade, universalidade e integralidade apontados pelo Sistema Único de Saúde (SUS-MS).

Além disso, no cotidiano do trabalho, tenho me empenhado para que a relação enfermeira-usuária possibilite a partilha de experiência, determinando a expressão do atendimento às necessidades ali apresentadas e identificadas, tendo como resultado: aprendizado profissional; valorização do trabalho; humanização da assistência; autonomia para executar o autocuidado e, principalmente, um preparo adequado da gestante para o parto e nascimento humanizado.

Neste sentido, percebo ainda que, ao proporcionar uma atenção integral à saúde da gestante, estou seguindo as diretrizes do PAISM (MS, 2000, p. 13), que estabelece “os cuidados de saúde dispensados à mulher no pré-natal de forma integral, considerando os aspectos bio-psico-social”.

Considerando a complexidade e as dimensões que envolvem o ato dessa consulta, tomei como objeto de estudo a Consulta de Enfermagem, a fim de verificar o impacto dessa intervenção no processo gestacional, no parto e no puerpério e, a partir dessas informações, constatar como essa intervenção está se dando na prática, bem como identificar os fatores que levam a gestante a retornar a esse tipo de Consulta

Nesta perspectiva, elaborei, para nortear o estudo, as seguintes questões:

- I. Qual a representação da gestante sobre a Consulta de Enfermagem no Pré-Natal?
- II. Qual a relação entre a Consulta de Enfermagem no Pré-Natal e as expectativas e necessidades vivenciadas pela gestante durante o Pré-Natal?
- III. Quais os conhecimentos apreendidos a partir da Consulta de Enfermagem sobre os cuidados com a gestação, parto e puerpério?

A partir dessas interrogações, delineei os seguintes objetivos.

1.1. Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Conhecer as representações sociais das gestantes que freqüentam o Programa Pré-Natal no Centro de Saúde N° 11 de Brasília – DF sobre a Consulta de Enfermagem, com a finalidade de oferecer subsídios para melhorar a qualidade da assistência prestada.

1.1.2. Objetivos Específicos.

- I. Identificar e analisar as representações das **gestantes** sobre a gravidez e a Consulta de Enfermagem no Pré-Natal;
- II. Verificar as expectativas e necessidades das gestantes em relação às Consultas de Enfermagem;
- III. Analisar as contribuições e limitações da Consulta de Enfermagem no Pré-Natal percebidas pelas gestantes para enfrentamento do processo de gestação, parto e puerpério.
- IV. Caracterizar o perfil dos gestantes atendidas na Consulta de Enfermagem no Pré-Natal.

2. A ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL NO BRASIL

Na história da Saúde Pública, a atenção materno-infantil tem sido considerada uma área prioritária, principalmente no que diz respeito aos cuidados da mulher durante a gestação, englobando o pré-natal, o parto e o puerpério, a fim de manter um ciclo gravídico-puerperal com o menor risco possível para o binômio mãe-filho.

Segundo Dióz (1998), até a década de 70, as políticas públicas com relação à saúde das mulheres enfocavam a função procriativa e eram traduzidas em cuidados com o ciclo gravídico-puerperal, com ênfase na visão da mulher como mãe, constituindo o Modelo Materno-Infantil.

A atenção ao Pré-Natal deu-se, no Brasil, a partir do Século XX, decorrente da preocupação de grupos organizados da Sociedade, principalmente o Movimento de Mulheres, que questionava a omissão do Estado em não implantar políticas públicas direcionadas à saúde da mulher gestante e ao recém-nascido. As reivindicações se pautavam em exigir do Estado políticas que impactassem as taxas de mortalidade materno-infantil, existentes no Brasil desde o final do século passado.

Desta feita, faz-se necessário retornar ao entendimento do Pré-Natal, nos séculos anteriores, para avaliar melhor a evolução dos conceitos. Segundo Rezende (2002), considerava-se Pré-Natal aquele atendimento que visava apenas ao aconselhamento dietético, com o intuito somente de proteger a gestante.

Para Sheneviz (2003), mudanças ocorreram em relação a essas medidas, o que propicia realizar atualmente uma atenção à gestante de forma ampliada, integral, para que a gravidez transcorra o mais normalmente possível, pois, no geral, a maioria das complicações do período gestacional pode ser tratada ou minimizada com a garantia de medidas que possibilitem a perfeita estruturação física do concepto e a saúde físico-psíquica da mãe.

Nesta retrospectiva, destaca-se Maretti e Neme (1994), os quais informam que no Brasil foi criado, no ano de 1932, o serviço de Pré-Natal, por Raul Briquet, com cunho universitário, tendo Álvaro Guimarães Filho dado origem a esse serviço no Instituto de Higiene, atual Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Conforme Marcon (1989), a primeira referência sobre a assistência do período gestacional no Brasil relaciona-se à figura de Fernando de Magalhães, fundador da Escola Obstétrica Brasileira, em 1911, o que o consagra como um nome reconhecido na história e no desenvolvimento da Obstetrícia no Brasil.

Segundo Rezende (2002), o tratamento da infecção puerperal, a operação cesariana, que passou de evento bissexto e mortífero a evento seguro e de proteção à vida embrionária, bem como o problema da distorcia pélvica e a conduta nas hemorragias obstétricas constituem algumas das importantes contribuições de Magalhães em relação à obstetrícia.

O mesmo autor considera, ainda, que as teorias de Magalhães representaram um novo marco no paradigma do tratamento dos eventos mórbidos da gravidez, e que, até à década de 70, essas teorias constituíam a mais importante contribuição para o desvendamento do mecanismo do parto.

No ano de 1979, conhecido como o Ano Internacional da Criança, dá-se início ao processo de sistematização sobre um modelo de assistência referente ao acesso e à qualidade das ações e dos serviços ao pré-natal, parto e puerpério. Nesse particular, foi criado, na Europa, um Comitê Regional para estudar os limites das intervenções propostas para reduzir a morbidade e a mortalidade perinatal e a materna nesse Continente (Marcon, 1989).

De acordo com as informações de Dióz (1998), ao final do estudo, o Comitê detectou vários problemas, dentre eles: “aumento de custos dos serviços, sem a respectiva melhoria dessa assistência; falta de consenso dos serviços sobre os melhores procedimentos e a extrema variabilidade geográfica de opiniões”.

A partir desse Comitê, foram criados grupos de profissionais visando a sistematizar estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, ao parto e ao pós-parto. No plano geográfico global, o apoio da Organização Mundial de Saúde, (OMS), representada por sua Comissão de Peritos, considerou a “Assistência Pré-Natal” um conjunto de cuidados médicos, nutricionais, psicológicos e sociais, destinados a proteger o binômio feto-mãe durante a gravidez, parto e puerpério, tendo como principal finalidade a diminuição da morbi-mortalidade materna e perinatal.

Após a conclusão desse trabalho, em 1982, a OMS, por intermédio de sua Comissão, determina a proteção ao pré-natal e maternidade, com o objetivo de salvaguardar a saúde das mulheres durante a gravidez, orientar sobre o aleitamento

materno, parto e puerpério. Além de lhes ensinar os cuidados a serem dispensados às crianças, Dentro desse enfoque, a referida Organização passa a definir a saúde da gestante como “a sensação de bem estar físico, psíquico e social dentro das condições especiais da grávida”.

Com essa abordagem, Dióz (1998) considera que esse trabalho, envolvendo o processo de sistematização, fortaleceu a evolução da assistência à mulher grávida, e que o investimento em pesquisas nas comunidades permite o delineamento da necessidade de ações preventivas e de programas assistenciais, além de visualizar as péssimas condições de saúde da população. Para a autora, a criação de uma Política Nacional de Saúde voltada para o Grupo Materno-Infantil deveu-se à força de pressão desse Grupo sobre o Governo, que passou a considerá-lo desde então como um grupo prioritário nas Políticas de Saúde.

O interesse manifestado por parte do Governo com a saúde materno-infantil fez com que o Brasil fosse escolhido em 1974 para sediar um Programa de Desenvolvimento de Projetos em Países Latino-Americanos, durante um período de cinco anos (Marcon,1990).

Para Tyrrel (1993), o direito da mulher e da criança à assistência materno-infantil evoluiu junto com a luta dos direitos políticos, jurídicos e sociais, constituindo-se elementos fundamentais na garantia dos seus direitos de cidadania.

Como coroamento desse processo histórico, em 1983, foi criado o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), como proposição do Movimento Feminista e do Movimento de Mulheres, resultante de sua crítica ao Modelo Materno-Infantil, a partir da perspectiva de gênero. Dessa forma, é incorporado um novo enfoque nas políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, centrado no conceito de saúde integral e com ênfase na função educativa dos serviços.

Assim, em 1984, a atenção à Mulher foi contemplada com contornos mais amplos pelo Ministério da Saúde, que divulga o PAISM, através do documento “Assistência Integral à Saúde da Mulher: base de ação programática com uma nova e diferenciada abordagem”.

Ressalto que, até o advento do PAISM, em 1984, os Programas Institucionais existentes, em especial o Programa Nacional Materno-Infantil, lançado em 1974, pelo Ministério da Saúde, focalizavam apenas o atendimento à mulher. Toda a atenção volta-se exclusivamente para o período gravídico-puerperal, no sentido de

assegurar o parto “assistido” e um conceito “vivo”, ou seja, sem garantir ações educativas, cobertura e qualidade das ações do pré-natal, parto e puerpério, segundo relata OLIVEIRA (2003).

Destarte, o PAISM surge como uma nova e diferenciada abordagem, propondo um atendimento à saúde reprodutiva das mulheres no âmbito da atenção integral, com vistas ao aperfeiçoamento do controle do pré-natal, parto e puerpério.

Para o PAISM, a assistência do Pré-Natal foi definida com um conceito mais amplo:

Constitui um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do conceito. (BRASIL, 1984, P.19).

Dióz (1998, p. 38) considerou que, em relação à implantação do PAISM, “em algumas medidas, as ações já faziam parte da prática de atendimento da rede de saúde, e a ênfase a este, naquele momento, deveria se resumir em melhorias”.

Como assinalou Ávila *apud* Lima (2003, p.23), o PAISM rompe com o modelo denominado *Materno-Infantil*, que focalizava a mulher somente no exercício da função de reprodução biológica; por isso, a atenção específica era dirigida para a gravidez, parto e puerpério. A principal crítica a essa orientação deve-se ao fato de que a mulher era considerada como mero aparelho reprodutor, sendo objeto central garantir apenas a saúde do nascituro.

Como compete ao Ministério da Saúde (MS) estabelecer as políticas, bem como as normas técnicas para garantir a atenção do Pré-Natal de boa qualidade por intermédio das Secretárias de Saúde dos Estados e Municípios, em 1984, esse Ministério elaborou um documento definindo os mínimos procedimentos para o atendimento às gestantes no Pré-Natal.

Este documento definiu os seguintes procedimentos para garantia da efetivação desse acompanhamento: os profissionais de saúde deveriam realizar a captação da gestante na comunidade, fazer os controles periódicos, contínuos e extensivos à população-alvo; garantir o agendamento às consultas, bem como reuniões educativas, área física adequada; equipamento e instrumental mínimo; medicamentos básicos e apoio laboratorial (Brasil, 1986).

Para Mendes (2000), essa sistematização propiciou aos Estados e Municípios operacionalizar essa atenção às gestantes no Pré-Natal, com o intuito de obter melhores efeitos sobre a saúde destas e do recém-nascido.

No entanto, Dióz (1998) considerou que as ações propostas por esse documento restringiram-se basicamente à sistematização do atendimento e ao controle do ciclo gravídico-puerperal, ou seja, não se avançou na atenção integral à mulher gestante, conforme as determinações do PAISM.

A adoção do PAISM representou, sem dúvida, um passo significativo em direção à saúde da mulher, embora fique constatado que, decorridas duas décadas do lançamento do referido Programa, as ações voltadas para a nova abordagem de atendimento à saúde da mulher e ao acompanhamento no pré-natal, parto e puerpério ainda não tenham sido implementadas na sua totalidade. Como resultado, a assistência à mulher, especialmente no que tange ao Pré-Natal, continua deficiente, tanto no paradigma do atendimento, quanto na extensão de cobertura.

Conforme Araújo (2000, p.22), “o que temos hoje são serviços, ações e medidas que não correspondem aos princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção em saúde, reforçando a lógica predominante no setor privado”.

Uma vez que os problemas relativos ao Pré-Natal não tinham sido resolvidos com os procedimentos mínimos estabelecidos, o Ministério da Saúde oficializou, em 1988, as normas de atenção a esse especial período da gravidez, traduzidas no primeiro Manual de Assistência Pré-Natal, destinado aos profissionais da Rede Básica de Saúde, segundo o qual, “O acompanhamento pré-natal deve ser realizado com vistas a atender às necessidades da gestante obtendo assim, melhores efeitos sobre a saúde da mãe e do recém-nascido” (DIÓZ, 1998).

Para a efetivação do acompanhamento ao Pré-Natal, esse Manual esclarece que os Estados e Municípios, investidos da função de gestores das Políticas Públicas, devem criar condições necessárias para a implantação e implementação das ações para o funcionamento do Programa de Assistência à Gestante.

Recomenda, também, o Manual que, para isto, sejam destinadas áreas físicas e disponibilizados os insumos necessários (medicamentos básicos, apoio laboratorial mínimo), bem como instrumentos de registro e estatística, sistema eficiente de referência e contra-referência e avaliação das ações da assistência pré-natal, além de orientar os profissionais de saúde capacitados para esse atendimento na definição de estratégias, visando à captação da gestante na comunidade, e no controle periódico,

contínuo e extensivo à população alvo. Uma das estratégias recomendadas é a visita domiciliar realizada principalmente pelo agente comunitário (BRASIL, 2001).

A realidade de cada gestor tem pesado nas alterações que o MS tem feito nas publicações que norteiam esses procedimentos. A última modificação foi realizada em 2000, com o objetivo de oferecer referências à organização da rede assistencial, capacitação profissional dos gestores e profissionais de saúde e normatização das práticas de saúde (Brasil, 2000. p. 5). Araújo (2000, p.11) esclarece que: “estas normas são desenvolvidas em unidades de saúde, devendo ser adaptadas à realidade de cada região”.

Segundo o Manual Técnico de Assistência ao Pré-Natal de Baixo Risco (BRASIL, 2000. p. 18):

Após a confirmação da gravidez, se dá o início ao acompanhamento da gestante, pelo médico, enfermeira e a nutricionista; nesse momento a gestante deverá receber as orientações necessárias referentes ao acompanhamento pré-natal, bem como as seqüências das consultas, reuniões educativas e visitas domiciliares.

Pelo que é observado, o Ministério da Saúde tem procurado estimular o desenvolvimento de práticas educativas direcionadas ao Pré-Natal, que venham possibilitar um atendimento à gestante além de sua dimensão biológica. O Ministério também tem enfatizado a importância do envolvimento do pai na gravidez, no parto e no puerpério, destacando, além do mais, que as informações devem ser trocadas entre os profissionais de saúde e as mulheres grávidas, pois as diferentes vivências enriquecerão e propiciarão uma relação de confiança, transmitindo maior segurança à mulher grávida.

A XI Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 2000, trouxe importantes proposições relacionadas ao Pré-Natal, tendo como referências os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002).

Ademais, para assegurar a qualidade da assistência às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal, nessa Conferência foi elaborado um documento, que prevê: o acesso universal das mulheres grávidas para realizar o Pré-Natal em serviços de qualidade; a implantação efetiva em todos os Estados e Municípios de comitês de

mortalidade materna; cuidados especiais e adequados à gravidez; capacitação dos gestores e dos profissionais de saúde, como condições indispensáveis para a melhoria da atenção à saúde da mulher grávida (BRASIL, 2002a).

Assim, para garantir o desenvolvimento da atenção ao Pré-Natal de forma efetiva, conforme os princípios e diretrizes do SUS, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a) elaborou as seguintes determinações:

- I. Identificação precoce de todas as gestantes na comunidade e o pronto início da discussão permanente com a população da área, em especial com as mulheres, sobre a importância da assistência pré-natal na Unidade de Saúde e nas diversas ações comunitárias;
- II. Acompanhamento pré-natal, ainda no primeiro trimestre da gravidez, visando às intervenções oportunas em todo o período gestacional, sejam elas preventivas ou terapêuticas;
- III. Acompanhamento periódico e contínuo de todas as mulheres grávidas, visando a assegurar o seguimento da gestante durante toda a gestação, em intervalos preestabelecidos, acompanhando-a tanto na Unidade de Saúde quanto em seu domicílio, por meio de reuniões comunitárias;
- IV. Sistema eficiente de referência e contra-referência, objetivando garantir a continuidade da assistência pré-natal em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, para toda a clientela, conforme a exigência de cada caso.

Soares (2001) destaca estas determinações contidas no documento como um grande avanço para a assistência pré-natal. No entanto, considera que estas práticas, para serem efetivamente desenvolvidas no País, fazem-se necessários recursos adicionais de ordem humana, área física adequada, equipamento e instrumental mínimo, apoio laboratorial e instrumentos de registros nas diferentes esferas de atendimento, federal, estadual e municipal.

Nos Estados e Municípios brasileiros, conforme Sheneviz (2003), os serviços de saúde que oferecem a assistência pré-natal, na sua grande maioria, estão muito aquém para atender essas determinações. Ela considera que falta investimento concreto por parte dos gestores, no que tange à área física, qualificação dos

profissionais, suporte laboratorial, equipamentos e recursos materiais suficientes para atender a essa demanda, porque a assistência concentra-se nos hospitais.

Para Costa *et al.* (2005), idealmente, todo serviço de atenção ao pré-natal de baixo risco, realizado para estabelecer um processo de vigilância à saúde das mulheres gestantes, necessita dispor de uma estrutura ambulatorial adequada e de contar, quando necessário, com serviço hospitalar de referência aos riscos identificados.

O estudo realizado por Halpern *et al.* (1998) afirma existir na cobertura do Pré-Natal uma grande desigualdade entre Estados e Regiões brasileiras. Na sua pesquisa, o Nordeste teve uma cobertura definida em torno de 50%, o Norte de 40% e o Sul de 75%. No Centro-Oeste, conforme dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC/2002), essa cobertura foi em torno de 70%. Nessa perspectiva, o SINASC-SUS/MS em 2002 fez um levantamento da cobertura do Pré-Natal, considerando o número de consultas realizadas, conforme indica a tabela a baixo:

TABELA 01 - PROPORÇÃO DE COBERTURA POR CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL – BRASIL NAS GRANDES REGIÕES – 2002

REGIÃO	NENHUMA	DE 1 A 3	DE 4 A 6	7 OU MAIS
Norte	7,12	19,38	46,94	26,55
Nordeste	6,34	15,18	43,57	34,9
Sudeste	1,9	6,94	30,55	60,54
Sul	1,7	7,23	30,02	61,05
Centro Oeste	2,05	8,66	33,44	55,85
Brasil	3,77	10,83	36,26	49,14

FONTE: SINASC/SUS/MS.

Quanto à assistência pré-natal, os dados acima evidenciam que sua cobertura ainda se distancia do número ideal, que é de seis ou mais consultas para cada gestante, realizadas por médicos ou enfermeiras. Embora, em 2002, quase metade das parturientes tenha realizado sete ou mais consultas pré-natais, nas Regiões Norte e Nordeste, registraram-se proporções bem reduzidas.

Conforme os dois estudos realizados por Halpern *et al.*, em 1998, e o SINASC (Brasil, 2004a), é possível perceber que ainda é presente uma significativa discrepância na cobertura do Pré-Natal, nas referidas Regiões, em relação às demais.

No Brasil como um todo, assim como nos demais Países da América Latina, em que pesem os esforços governamentais, a mortalidade materna continua sendo

um problema grave, pois morrem anualmente mais de duas mil mulheres e mais de 38 mil recém-nascidos, por complicações na gravidez, no aborto, no parto ou no pós-parto. Quase todas essas mortes poderiam ser evitadas se os direitos da gestante fossem garantidos (BRASIL, 2003).

De acordo com o Manual dos Comitês de Mortalidade Materna (1994, p.12), esse problema “é um dos indicadores das condições de vida da população e de qualidade da atenção à saúde da mulher”.

Para Oba e Tavares (2000), a diminuição destes índices associa-se à valorização que os profissionais deveriam dar ao atendimento às gestantes, pois, muitas vezes, as mulheres são tratadas como normais, não considerando os aspectos individuais, além, conforme as autoras, de um outro fator agravante: a desarticulação entre o período do pré-natal, parto e puerpério. Para elas, não houve a busca de procedimentos técnicos assistenciais para viabilizar essa integração.

Para que haja uma efetiva ação por parte do Estado brasileiro, há que se pensar em formas de expandir o acesso das gestantes aos serviços de saúde, bem como em melhorar a qualidade das consultas, principalmente no que diz respeito ao acolhimento das gestantes, por parte da equipe, a fim de garantir a adesão ao Programa Pré-Natal.

Nesse sentido, no ano de 2000, foi instituído o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, pelo Ministério da Saúde, através da Portaria/GM Nº 569, de 01/06/2000, baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante e ao recém-nascido, visando a reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal; adotar medidas para assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; e ampliar as ações até então adotadas na área de atenção à gestante. (BRASIL, 2004b).

Entretanto, para humanizar esse atendimento, não basta apenas criar e tentar promover mudanças por meio de programas, mas examinar a relação destas com outras questões sociais mais profundas, buscando as raízes das causas.

Segundo Matamala (1999), para humanizar a qualidade da atenção no pré-natal, é necessário associar um conjunto de aspectos, englobando as questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais, o que, para a autora, implica a superação do enfoque biologicista e medicalizador hegemônicos nos serviços de saúde. Conclui Matamala que, para humanizar e qualificar a

atenção, é preciso que os atores envolvidos saibam compartilhar saberes e reconhecer direitos.

No ano de 2004, o Ministério da Saúde efetivou outra medida, no sentido de melhorar a qualidade dessa assistência: o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal¹, assumido pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) – União, Estados, Distrito Federal e Municípios -, em conjunto com outros órgãos de governo e com o apoio da Sociedade Civil Organizada, por meio de entidades médicas, de enfermagem, científicas e de movimentos feministas.

O Pacto tem como meta a redução materna e neonatal em 15%, até o final de 2006, e, em 75%, até o ano de 2015. Seu objetivo estratégico é a redução desses indicadores aos níveis considerados aceitáveis pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Essa medida definiu ações estratégicas, com vistas a garantir:

- I. o acompanhamento de toda mulher grávida no Pré-Natal, para assegurar uma gestação saudável e a detecção, bem como o tratamento precoce nos serviços de referência, dos eventuais riscos e agravos;
- II. a ampliação do acesso e o aprimoramento dos serviços de pré-natal e de pós-parto, com expansão da estratégia de saúde na família;
- III. a universalização dos serviços para o atendimento no momento do parto, abolindo definitivamente a peregrinação em busca de um leito dentro da área de abrangência dessa mulher gestante.;
- IV. a definição de ações preventivas e a adoção de práticas acolhedoras humanizadas no tratamento do aborto;
- V. a criação de serviços especializados, com recursos humanos capacitados para a atenção às mulheres vítimas de violências sexuais, que precisem realizar o aborto previsto em lei;
- VI. o direito do acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato e o alojamento conjunto, inclusive nos serviços privados.

¹ Política governamental do Ministério da Saúde aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Para acompanhar a iniciativa, foi criada, em 2005, a Comissão Nacional de Monitoramento do Pacto, composta por representantes da Sociedade, Civil Organizada e dos órgãos do Governo afetos ao tema (Brasil, 2006).

Nesse processo de construção de estratégias para a qualidade da atenção no Pré-Natal, o MS e a Agência Nacional de Saúde (ANS), entidades representantes das Operadoras de Plano de Saúde, Prestadoras de Serviços de Saúde e os representantes de Saúde Suplementar, celebraram entre si, no dia 17 de fevereiro de 2005, o Protocolo de Intenções, objetivando fixar condições de cooperação mútua, com o propósito de propiciar a melhoria da atenção obstétrica e neonatal no País; bem como intensificar a vigilância de saúde da criança; qualificar a assistência prestada às mulheres grávidas, visando à redução da morbi-mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2004c).

Outro importante passo para a redução dos índices de mortalidade materno-infantil, adotado pelo MS, na gestão de Humberto Costa², foi a inclusão das urgências obstétricas e pediátricas no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), lançado no ano de 2004 e implantado no ano seguinte. No discurso, o Ministro considerou relevante essa iniciativa, porque contemplou os Municípios das regiões mais carentes, ressaltando que esse atendimento garante o transporte seguro das gestantes para a unidade de acesso e evita a peregrinação em busca de assistência.

Consoante à filosofia do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no dia 27 de abril de 2005, foi sancionada a Lei de nº 11.108/05, que estabelece a presença de um acompanhante durante o parto, na Rede Pública. A grávida, assim, poderá escolher um acompanhante, que irá participar de todo o trabalho de parto. Para a autora do Projeto, Senadora Ideli Savate³, a presença de um parente ou de uma pessoa de confiança facilita esse trabalho (BRASIL, 2005a)

Tanaka (1995) considera importante definir estratégias, aprimorar e humanizar o atendimento voltado às mulheres gestantes, para que estas possam não apenas realizar consultas no Pré-Natal, mas vivenciar a gravidez como um processo fisiológico possível de alterações e modificações, e preparar-se para o parto, momento considerado marcante, podendo deixar saldos negativos (medo, depressão pós-parto), e o puerpério, período bastante vulnerável para a ocorrência

² Ministro da Saúde, no período de janeiro 2003 a agosto de 2005

³ Ideli Savate – Senadora pelo Estado de Santa Catarina – Espírito Santo – Partido dos Trabalhadores.

de crises na mulher, por conta das profundas mudanças intra e interpessoais desencadeadas pelo parto.

Conforme Largura (1998, p. 48), “observa-se que no Brasil, é muito forte a representação social das usuárias gestantes sobre o processo gestacional como um fenômeno natural”. Com bases nessas crenças e valores, um grande número de gestante deixa de cuidar de sua gravidez; algumas se inscrevem no Pré-Natal, mas grande número dessas mulheres evade-se do Programa, o que contribui para que cheguem ao hospital apresentando distúrbios graves BRASIL (2000).

Nesse sentido, o Pré-Natal deve estar ancorado no conceito da Atenção Humanizada à Saúde da Mulher, considerando o princípio da integralidade da atenção, que se inicia no Pré-Natal e se estende até o nascimento e puerpério, enfatizando a promoção da saúde. Ou seja, é preciso seguir um dos principais objetivos do Pré-Natal, que é o de acolher a mulher desde o início de sua gravidez, para que esta possa compreender o processo gestacional e a importância de cuidar da sua gravidez considerando o binômio mãe-filho (BRASIL, 2000).

Segundo Araújo (2000), está plenamente comprovado que os eventos nocivos que atuam nessa etapa da vida humana determinam conseqüências extremamente complexas, com repercussões tanto para o organismo da mulher quanto para o do feto, o do recém-nascido e o da criança, pois, abstraídas as ocorrências cuja gravidade aparece já na simples convivência social, muitas delas são identificadas em fases posteriores e já avançadas da vida, traduzidas pela dificuldade do indivíduo em alcançar a plenitude de seu desenvolvimento neuropsicomotor.

Pelo que é observado, a formulação e execução das políticas públicas de assistência ao Pré-Natal devem ser consideradas como prioritária pelos Governos Federal, Estadual e Municipal, para que toda gestante seja beneficiada, não importando sua condição social, racial e econômica, e respeitada em sua singularidade. Para isso ocorrer, é preciso que os serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde sejam adequados e reestruturados, de forma que se concretizem os seus princípios básicos da universalidade, da equidade e da integralidade.

3. HISTÓRICO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM E DA SUA INSERÇÃO NO PRÉ-NATAL

No Brasil, a evolução e construção histórica da Consulta de Enfermagem tem início na década de 20, quando enfermeiras americanas, em Missão Técnica no País, elaboraram um manual contendo rotinas destinadas às enfermeiras que atendiam na área de Saúde Pública, especificamente do atendimento às Doenças Sexualmente Transmissíveis, antes denominadas “doenças venéreas”. Dentre as rotinas, evidenciava-se a entrevista pós-clínica e a prevenção da doença. Posteriormente esses procedimentos foram extensivos às gestantes e crianças sadias.

A história mostra que a assistência individual realizada pela enfermeira vem-se caracterizando preliminarmente tanto como um atendimento no âmbito da prevenção primária, quanto como pós-consulta, função delegada da consulta médica, consistindo em orientações complementares sobre o tratamento instituído pelo médico e outras orientações de educação para a saúde, usando, conforme Henriques (1993 a, p. 46), o mesmo discurso higienista e normatizador de condutas.

Caracterizado o início da Consulta de Enfermagem como uma atividade intrínseca de prevenção primária, associada ao seu processo evolutivo por meio da institucionalização das práticas de enfermagem em saúde pública, é percebido que as políticas públicas de saúde e suas propostas de modelo técnico-assistencial constituíram marcos importantes para o fortalecimento e normatização dessa prática.

Conforme aponta Castro (1975), a partir desse caráter de prevenção primária, a Consulta de Enfermagem passou a fazer parte dos manuais técnicos de vários serviços, conquistando seu apogeu com a implantação de Programas de Saúde Materno-Infantil.

Na trajetória da Consulta de Enfermagem, podem ser visualizadas mudanças em diversos períodos, com fases de declínio e de ascensão. Em vista disso, serão abordados a seguir fatos que contribuíram para o desenvolvimento e consolidação dessa atividade, visando a caracterizar a profissional enfermeira como liberal e autônoma.

De acordo com as informações do Relatório do Comitê de Consulta de Enfermagem – Associação Brasileira de Enfermagem (1979), para Basso e Veiga (1998) e Araújo (2000), esse tipo de Consulta no País evoluiu acompanhando aspectos

importantes do desenvolvimento da profissão, até tornar-se uma atividade assistencial da enfermeira no cotidiano das Instituições de Saúde Pública e/ou Privada.

Lima (2003) afirma que a Consulta de Enfermagem, ao longo de sua evolução e implantação, sofreu várias alterações conceituais e metodológicas, até ser inserida nos serviços de saúde, buscando seu prestígio e aceitação e sempre acompanhando as mudanças conjunturais.

Para Castro (1975, p. 76):

[...] a história da consulta de enfermagem remonta aos meados do século passado, quando a assistência de enfermagem era realizada fora do âmbito hospitalar a uma clientela composta por recém-nascidos e tuberculosos, por meio de visitas domiciliares, utilizando como metodologia a entrevista pós-clínica.

Para a referida autora, essa modalidade de consulta emergiu em nosso país com a criação da inovadora Escola de Enfermagem “Anna Nery”, adaptada do modelo *nightingaleano* e vinculada aos serviços de Saúde Pública do Estado do Rio de Janeiro, nos anos de 1923.

A década de 30 marcou a criação das normas legais para o ensino e exercício da Enfermagem no Brasil. A instalação do Ministério da Educação e Saúde ampliou o espaço de atuação da Enfermagem para a área de Ensino e de Saúde Pública, prioritariamente. Vale lembrar que nos hospitais continuava a prática leiga e subserviente da Enfermagem desenvolvida por religiosas. (GEOVANINI et al. p. 25, 1995)

Na década de 40, a Escola “Anna Nery” foi incorporada à Universidade do Brasil e, em 1949, o Projeto de Lei nº. 775 controlou a expansão das escolas, exigindo que a Educação em Enfermagem fosse centralizada nos Centros Universitários.

Castro (1975) destaca que, também nessa época, deu-se a consolidação da posição da Enfermagem voltada para a Saúde Pública no País, evidenciada com o surgimento dos Núcleos de Saúde Pública, e, principalmente, do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que realizava ações de promoção e proteção à saúde e de educação sanitária, cujas atividades desempenhadas pelas enfermeiras notadamente ocorriam nos locais de difícil acesso e eram desvinculadas da ação médica.

Na década de 50, começam a ocorrer amplas transformações no panorama econômico brasileiro, com a sua integração ao sistema capitalista ocidental, favorecendo, assim, o crescimento industrial. A abertura ao capital estrangeiro

contribuiu para a ampliação de frentes de trabalho em áreas interioranas, com o conseqüente aumento do espaço de atuação da enfermeira na assistência individual ao trabalhador e à sua família.

Esse período identifica-se, ainda, com a reorganização da Previdência Social, favorecendo a política de saúde médico-hospitalar e relegando a saúde pública a uma posição secundária, o que resultou no enfoque da prática curativa especializada e na ampliação do campo de trabalho hospitalar para a Enfermagem.

No contexto desse novo modelo de política, o SESP, que, desde a sua criação, apresentava como principal estratégia a assistência à família, passa a focalizar o atendimento no indivíduo com problemas de saúde; e suspende as visitas domiciliares realizadas pelas enfermeiras, restringindo a atuação às famílias sob controle de tratamento na Unidade. Segundo Araújo (2000, p. 8), “apesar da mudança de estratégia do SESP, a enfermagem continuou considerando a família como o centro da atenção e a visita domiciliar como sendo a principal fonte de identificação de problemas de Saúde Pública”.

É comum considerar a década de 60 um período que se destaca pelo fortalecimento dos serviços de Enfermagem e formação das primeiras equipes de planejamento em saúde. Em São Paulo, a reforma administrativa e a criação do quadro de enfermeira na área de Saúde Pública consolidam a ascensão da profissão. Para Araújo (2000, p. 20):

Estes fatos contribuíram para a consolidação da consulta de enfermagem, porque com as enfermeiras desenvolvendo função de assessoramento, os assuntos de enfermagem puderam ser melhor estudados e a consulta de enfermagem foi considerada, assim como a visita domiciliar e a imunização, uma atividade resolutiva.

Historicamente, a Consulta de Enfermagem começou a ser realizada com essa denominação em nosso País na década de sessenta, pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), sendo o atendimento voltado exclusivamente para gestantes e crianças saudáveis, consolidando as consultas de enfermagem no Pré-Natal, em meio a várias mudanças estruturais, em especial, a transferência da Capital, do Rio de Janeiro para o Distrito Federal.

O Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961, regulamentou o exercício profissional da Enfermagem e de suas funções auxiliares em todo o território nacional. Além disso, a enfermeira passou a contar com o respaldo em prescrições nas atividades preventivas, preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Em 1968, por ocasião do segundo Curso de Planejamento de Saúde da Fundação Ensino Especializado de Saúde Pública (hoje Instituto “Presidente Castelo Branco”), os profissionais participantes entenderam ser o atendimento de Enfermagem uma das atividades finais da unidade sanitária de maior importância e exclusiva da enfermeira. Essa atividade era considerada, até então, como um dos componentes da consulta médica, que a partir desse entendimento, passa a denominar-se “Consulta de Enfermagem”, difundindo-se particularmente em gestantes e crianças saudáveis.

Para Castro (1975), esse tipo de consulta no Pré-natal nasce associado à entrevista da mulher gestante para a coleta de dados, agendamento para consulta médica, encaminhamento para serviços especializados, colheita de material para exames e aplicação do tratamento prescrito; ou seja, em uma relação direta com a pós-consulta.

Autores como Lima (1975) e Guedes (1981) consideram que a implementação da Consulta de Enfermagem tem relação direta com a entrevista pós-clínica e com a divisão de trabalho entre o médico e a enfermeira. Entretanto, ao comentar sobre o assunto, Castro (1975, p. 84) considerou que tal implementação deveu-se à evolução das duas profissões, com uma expansão do papel da enfermeira, destacando que a consulta no Pré-Natal, antes de ser uma função inteiramente nova, na realidade, consiste na reunião de várias tarefas em uma só atividade.

Segundo Henriques (1993a, p. 51):

[...] muito embora a consulta de enfermagem e seu potencial resolutivo diferissem do modelo atual, este momento significou um avanço em relação à autonomia profissional e isto abalou as relações sociais e de trabalho, os papéis de subordinação e dominação no interior da equipe de saúde.

O exercício desta função delega à enfermeira autonomia para avaliar e decidir com o usuário sobre as metas a serem atingidas no seu tratamento, afastando essa profissional, assim, da função burocrática que tanto absorve seu tempo.

O Seminário Nacional sobre Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem, promovido em novembro de 1968 pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) e patrocinado pela Organização Pan-Americana de Saúde, definiu, entre outros objetivos, difundir a Consulta de Enfermagem como atividade final de maior importância e exclusiva da enfermeira, sem possibilidade de delegação. A Seção “Técnica de Enfermagem”, do Serviço Especial de Saúde de Araraquara, em 1969, já havia implantado a prática de Consultas de Enfermagem nas clínicas de saúde materna, saúde infantil e seguimento de algumas doenças crônicas de adultos.

Ainda sobre a difusão da Consulta de Enfermagem, no ano de 1969, Coelho et al (1970), referenciaram a experiência da Universidade Federal da Bahia, em colaboração com a Secretaria de Higiene e Saúde Pública do Estado, em diferentes campos da prática da enfermeira.

Vale destacar que, na década de 70, a Consulta de Enfermagem desenvolvia-se de acordo com as normas estabelecidas pela Fundação Serviço Essencial de Saúde Pública (FSESP), e, segundo Vanzin e Nery (1996, p.50), essa modalidade de Consulta consistia em orientar a gestante sobre:

[...] os recursos assistenciais da Unidade, na anamnese, na verificação dos sinais vitais, no pedido de exames de laboratório, nos agendamentos de consulta médicas ou de enfermagem, na orientação quanto a sua saúde e da criança ao controle das vacinas, do tratamento anti-sifilítico, do encaminhamento para visita domiciliar e da orientação sobre o parto.

Apesar da Consulta de Enfermagem já ser uma prática na FSESP, Castro (1975) ressalta que, somente em 1973, quando a referida Fundação foi integrada ao Ministério da Saúde, a Consulta foi reconhecida e adotada em seu Manual de Assistência Médico-Sanitária.

No ano de 1975, com a publicação do trabalho de Wanda Horta “Sistematizando a atividade e traçando o paralelo com o processo de Enfermagem”, consolidou-se a incorporação dessa Consulta, o que possibilitou à Enfermagem brasileira, conforme Cruz (2000), atingir o *status* de ciência,

Na década de 80, ocorreram alguns avanços para a Enfermagem, como a aprovação da Lei nº 7.498, em julho de 86, que, em substituição à defasada Lei nº

2.604 de 1955, trouxe novas disposições sobre a regulamentação do Exercício Profissional da Enfermagem {Alínea i, Inciso I, Artigo III}, publicada no DOU de 26/06/86 e regulamentada pelo Decreto nº 94.406, 08/06/87, legitimando a Consulta de Enfermagem como atividade privativa da enfermeira (Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal - COREn –DF – 1994).

Campedelli e Benko (1989, p. 17), ao comentarem sobre a questão legal, esclarecem que:

[...] a legislação regulamentadora de uma atividade por si só não garante que ela seja legitimada. O que a legitima é o existir da atividade continuamente. Foi o que ocorreu com o processo da consulta de enfermagem; fez-se importante e legitimada em algumas Instituições de Saúde, antes da aprovação da lei do exercício profissional.

A partir dessa regulamentação, em 1986, é observada uma nova compreensão em relação ao desenvolvimento da Consulta de Enfermagem. As enfermeiras passaram a executá-la como sendo uma ação independente e resolutiva, ou seja, deixa esse tipo de consulta de tomar como respaldo as funções delegadas e passa a ser um componente importante na assistência à saúde, exigindo cada vez mais habilidades do profissional, com vistas à representação junto ao usuário.

No final da década de 80, a Consulta de Enfermagem passou a contribuir para a aplicação dos princípios finais da universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde, impulsionada principalmente pela Reforma Sanitária, que estabelecia a “saúde como um direito de todo e qualquer cidadão brasileiro, cabendo ao Estado o dever de zelar por ela” (BRASIL, 1988, p. 133).

A década de 90 marca, segundo Moreira (1995), grande retrocesso em relação à saúde pública no País. O sucateamento da rede de serviços públicos de saúde chegou ao auge, e a Iniciativa Privada passou a responder por mais de 80% da prestação de serviços de saúde no País, contrapondo-se fortemente aos preceitos constitucionais, que previam a complementaridade do Setor Público pelo Setor Privado. A Medicina passa a ser mais um comércio, perde sua autonomia para os Planos de Saúde e fomenta o surgimento da Medicina de Grupo, Cooperativas de Assistência Médica, entre outros.

Assim, em defesa do Serviço Público de Saúde, no ano de 1992, acontece a IX Conferência Nacional de Saúde, considerada o marco de mudanças políticas governamentais no campo das Políticas Públicas de Saúde. Nesse contexto, a Enfermagem ocupa duas posições distintas em relação ao mercado que se apresenta: um grupo significativo de enfermeiras se especializa para atender às expectativas do mercado privado de saúde, e outro, mais reduzido, investe no resgate da Saúde Pública no País, empreendendo esforços quase que individuais, conforme Moreira (1995. p, 30).

Dentre as investidas operacionalizadas por algumas dessas enfermeiras em prol da saúde coletiva, destacou-se aquelas em que a enfermeira assumiu seu papel através da consulta de enfermagem em uma determinada região ou comunidade, servindo de mediador entre esta e o sistema local de serviços de saúde, atuando com tecnologia simplificada e de baixo custo e tendo como foco principal a educação em saúde com ênfase no autocuidado.

Nas Instituições de Saúde, passa a ser reconhecido o papel da enfermeira, a qual assume a Consulta de Enfermagem mediante acordos formalizados com a equipe de Saúde. Essa nova postura da Enfermagem, que defende e incentiva os Serviços de Saúde Pública e a multidisciplinaridade, tendo como objetivo a manutenção da saúde humana, contribui para o fortalecimento da Consulta de Enfermagem, no contexto da saúde coletiva.

Nos anos 90, esta Consulta torna-se reconhecida, passando a ser expressada no paradigma da integralidade, o que possibilita à enfermeira a autonomia junto ao usuário. A assistência passa a ser pautada por meio de planejamento, onde as ações de saúde são implementadas, tendo como base a promoção da saúde e a atenção primária.

Outro marco para a Consulta de Enfermagem deu-se no dia 19/04/1993, quando o Conselho Federal de Enfermagem, por meio da sua Resolução – 159/93, resolve no seu Art. 1º - “Em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada, a Consulta de Enfermagem deve ser obrigatoriamente desenvolvida na Assistência de Enfermagem”.

Ainda nessa década, Campedelli (1990, p 25), objetivando garantir as condições necessárias para o desenvolvimento da Consulta de Enfermagem, verificou, após estudos, que, para sua consolidação, seriam necessários:

Reconhecimento pela Instituição da consulta de enfermagem como atividade inerente à função da enfermeira; competência técnica da enfermeira quanto às condutas frente aos problemas detectados; respeito da equipe multiprofissional pelo papel da enfermeira nesta atividade; elaboração de um guia de orientação contendo as condutas, visando ao maior entendimento entre as equipes de saúde responsáveis por este tipo de atendimento e considerando as necessidades sentidas pelas enfermeiras executantes; adequação dos recursos humanos à realidade da Instituição; adequação na planta física de um espaço próprio para execução da Consulta de Enfermagem: um consultório de enfermagem a fim de que a população possa identificar a profissional enfermeira; existência de um impresso específico que conste do prontuário do paciente; garantia de um sistema de avaliação que subsidie questionamentos, de forma a favorecer o desenvolvimento desta atividade; valorização do registro das intervenções com o objetivo de propiciar aos outros profissionais o uso deste para melhoria do atendimento; existência de um vocabulário próprio e uniforme, de forma a favorecer a comunicação entre as enfermeiras e outros profissionais da área de saúde; estabelecimento de critérios para selecionar os pacientes que necessitem de Consultas de Enfermagem, bem como dos horários em que estas irão ocorrer (relação recursos humanos x demanda).

No ano de 2002, o Ministério da Saúde, ao reestruturar os programas de atenção à tuberculose, à hanseníase e ao controle da hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, não só garante a Consulta de Enfermagem, como também elenca atribuições e competências da enfermeira, tais como:

- I. realizar Consulta de Enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário;
- II. solicitar, durante a Consulta de Enfermagem, os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe;

- III. acrescentar, na Consulta de Enfermagem, o exame dos membros inferiores para identificação do pé em risco. Realizar, também, cuidados específicos nos pés acometidos e nos pés em risco (*Diabetes Mellitus*).

Em 2002, um grupo de enfermeiras do município de Curitiba iniciou um projeto propondo a implantação da Sistematização das Práticas de Enfermagem na Rede Básica de Saúde, objetivando a inclusão da Consulta de Enfermagem no prontuário eletrônico e a incorporação da linguagem CIPESC - Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - desenvolvida pela Associação Brasileira de Enfermagem.

No desenvolvimento desse trabalho, Antunes e Chianca *apud* Nóbrega *et al.* (2004) identificam que uma das razões para a pouca visibilidade da atuação da enfermeira, a qual identifica problemas, planeja, trata e avalia a clientela na Consulta de Enfermagem, é a falta de documentação e linguagem padronizada nos prontuários dos pacientes, o que fomentou a criação deste trabalho.

Consoante ao pensamento das autoras, Tocantins (1984, p.4) também considerou que:

Apesar da Consulta de Enfermagem ser uma atividade institucionalizada há aproximadamente quinze anos, não se tem documentos básicos que a norteiam, o que vem a refletir-se em uma prática inadequada, principalmente na fase de identificação dos problemas de saúde passíveis de serem assistidos pela enfermagem.

No município de Curitiba, em 2004, a Consulta de Enfermagem foi disponibilizada no sistema informatizado⁴ como um Projeto-Piloto, em um dos oitos distritos sanitários, abrangendo nove das cem Unidades Básicas e do Programa Saúde da Família (PSF), da Rede Municipal de Saúde. Após a implantação desse sistema, outras Unidades foram gradativamente incorporando essa metodologia, culminando, no ano de 2005, com a cobertura de todas as 109 Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (Associação Brasileira de

⁴ A Consulta de Enfermagem está inserida no prontuário eletrônico, composto pelas seguintes telas: 1 – Queixa/História da Doença/Atual/Exame Físico; 2 - Dados no Momento da Consulta –Vitais e Antropométricas; 3-Diagnóstico de Enfermagem; 4- BPA –Boletim de Procedimentos Ambulatorial e 5-Orientações. (ABEn/PR, 2005)

Enfermagem – Seção Paraná, 2005). Este Projeto representou outro grande marco para a prática da Consulta da Enfermagem, como um verdadeiro “trabalho coletivo”. (NOBREGA *et al.*, p.12, 2004).

Possivelmente, quando este Projeto for implantado em todo o País, proporcionará significativos reflexos que resultarão na valorização da Consulta de Enfermagem e do trabalho da Enfermagem, oferecendo visibilidade às suas atividades no âmbito do SUS. Além disso, no ponto de vista de Nóbrega *et al.* (2004, p. 12), o “Projeto possibilitará melhoria na qualidade da assistência prestada aos usuários”.

Com todas estas informações, posso perceber que a Consulta de Enfermagem, da sua implantação e implementação, passou por várias transformações, acompanhando sempre as mudanças conjunturais e as políticas de saúde.

Após apresentação do percurso histórico dessa Consulta, considerei relevante destacar alguns trabalhos realizados e publicados nestas últimas décadas, que tratam de conceitos, finalidades e benefícios desse tipo de Consulta, bem como de algumas dificuldades para sua operacionalização.

Horta (1979, p. 68), abordando o processo de enfermagem, considera a Consulta de Enfermagem como “sendo a aplicação do processo de enfermagem; portanto, a assistência profissional prestada ao indivíduo aparentemente sadio ou em tratamento ambulatorial”.

O Comitê de Consulta de Enfermagem, em 1979, a define como sendo uma atividade diretamente prestada pela enfermeira ao cliente, por meio da qual são identificados problemas de saúde-doença e implementadas medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, recuperação ou reabilitação.

Vanzin e Nery (1996, p.18) referem-se à Consulta de Enfermagem como uma necessidade social e, neste sentido, conceituam-na como “uma atividade privativa da enfermeira, que enfatiza a proteção e promoção da saúde, tendo o ser humano como sujeito e como marco referencial às teorias relacionadas com a cultura, autocuidado, níveis de prevenção e outras”.

Benko e Castilho (1992, p. 89) enfatizam que a finalidade da Consulta de Enfermagem é “a aplicação de uma metodologia de cuidado, de aproximação do cliente, colocando em movimento a técnica e a sensibilidade de forma complementar, com o objetivo de detectar desvios de saúde e, principalmente, de manter o padrão saudável de cada indivíduo”.

Henriques (1993 a), estudando a realidade e os mitos construídos em torno da Consulta de Enfermagem em uma Unidade Básica de Saúde, afirmou: “a consulta de enfermagem está revestida de símbolos por representar autonomia e saber próprio para as enfermeiras e possibilidade de resgate do valor profissional”.

Santiago e Madeira (2002), em “A consulta de enfermagem sob a ótica de mães adolescentes – um estudo compreensivo”, registram o depoimento de adolescentes, que se reportaram à Consulta com satisfação, destacando a forma diferente da enfermeira atender.

Lima (2003, p. 35), ao analisar as necessidades e expectativas das gestantes na Consulta de Enfermagem no Pré-Natal, além de discutir as possibilidades e os limites para a qualidade da Consulta, verificou que a satisfação das usuárias centrou-se no acolhimento e na possibilidade de expressarem seus problemas além do biológico, principalmente no que diz respeito aos de natureza emocional, social e até mesmo pessoal com que se deparam nesta importante fase de sua vida, corroborando com o fundamento da autora sobre o pressuposto de que a Consulta de Enfermagem constitui uma assistência mais efetiva, humana e integral.

Fazendo-se um recorte histórico específico para a Consulta de Enfermagem no Pré-Natal, percebo que a intervenção da enfermeira na pós-consulta significou um impacto qualitativo no atendimento do Pré-Natal, visto que o olhar dessa profissional ia além do contexto binômio mãe-filho, considerando os aspectos sociais, culturais e ambientais. Conforme Lima (2003), contrariando a percepção das Assistentes Sociais, houve, por parte de alguns serviços, tentativas de integrar o contexto da família a essa prática, no momento do atendimento às gestantes.

Castro (1975) considera que a assistência materno-infantil foi determinante para a enfermeira assumir a Consulta de Enfermagem no Pré-Natal. Acredita a autora que tal tipo de consulta se firmou como importante instrumento do cuidado, devido à complexidade dos diversos aspectos sociais e vulnerabilidades vinculadas à maternidade e à infância.

Mota (1980) considera que, para a assistência materno-infantil, a prioridade das gestantes na Consulta de Enfermagem no Pré-Natal se deu por se acreditar que os objetivos propostos para a realização desta teriam impactos no perfil da morbimortalidade no binômio mãe-filho.

O movimento de consolidação da Consulta de Enfermagem no Pré-Natal acompanhou a conjuntura sociopolítica, o que viabilizou as enfermeiras a assumir

essa prática, bem como acompanhar a implementação das políticas propostas, servindo aos interesses das instituições e organizações.

Em 1972, a Consulta de Enfermagem ficou definida como uma das atribuições da enfermeira. Assim, o Setor de Enfermagem da Divisão Nacional de Organização Sanitária resolveu adotá-la no atendimento à gestante e à criança sadia, como uma atividade reconhecida e importante (SPENCER, *apud* Castro 1975).

Dessa forma, a Consulta de Enfermagem no Pré-Natal adquiriu maior impulso, observando-se que sempre esteve associada ao Grupo Materno-Infantil.

Outros acontecimentos consolidaram na prática o caminhar da consulta da enfermeira no Programa Pré-Natal. Dentre esses, é ressaltado o surgimento do Programa de Atenção à Saúde da Mulher (PAISM), que reivindica um espaço para um atendimento especial à saúde da mulher. Assim, em 1984, o Ministério da Saúde separa o Programa Materno-Infantil, desvinculando a saúde da mulher da saúde da criança, o que leva a enfermeira a definir a sua opção para o atendimento a um dos Programas e a adquirir maior capacitação teórica e técnica para o exercício dessa prática (MARTINS, 2001).

Padilha (1993) afirma que o início da Consulta de Enfermagem no Pré-Natal, na Unidade Básica de Saúde, não foi bem recebido pelos profissionais médicos, que consideraram como uma invasão no seu exercício profissional, até então realizado de forma exclusiva e independente, além de ressaltarem que era uma atividade surgida com o propósito tão-somente de descongestionar o seu atendimento e, se necessário, como uma conduta delegada. Henriques (1993b) reafirma que essa percepção ainda se mantém nos dias atuais por uma significativa parcela dos médicos.

Nessa perspectiva, percebe-se que o Projeto de Lei do Ato Médico Nº 025/2002 tende a confirmar esse comportamento, ao buscar, por meio deste, assegurar a hegemonia médica sobre o conjunto das profissões da área de Saúde, quando estabelece que o médico assumirá todo o diagnóstico e o controle das ações de Saúde.

No Pré-Natal, a Consulta de Enfermagem é estruturada com base nas normas de atendimento à gestante, instituídas pela OPAS/OMS e adaptadas à realidade de cada País. No Brasil, a referida Consulta é realizada de acordo com as normas estabelecidas pelo MS.

Em conformidade com as normas do Manual de Atenção ao Pré-Natal (Brasil 2000, p. 13), a Consulta de Enfermagem tem como objetivo:

Proporcionar o acompanhamento clínico-obstétrico do período pré-natal de maneira periódica e sistemática; solicitar os exames de rotinas, avaliar os exames de rotina, orientar quanto ao processo de evolução da gestação, parto, puerpério, lactação, aleitamento materno, prevenção de intercorrências relacionadas à mama e amamentação; orientar quanto aos cuidados com o recém-nascido; orientar para o autocuidado; encaminhá-la para outros profissionais; orientar a gestante para a prevenção do tétano neonatal e encaminhá-la para a vacina antitetânica; realizar a coleta do exame citopatológico.

Assim, no Pré-Natal, conforme Lima (2003), a Consulta de Enfermagem é uma atividade fundamental para o acompanhamento da gestante, porque permite reconhecer quais as necessidades por ela descritas e o cuidado integral adequado.

Dessa forma, o MS, em seu Manual Técnico de Assistência ao Pré-Natal, estabelece a normatização desse atendimento, elencando os passos que devem ser seguidos após a inscrição da gestante no Pré-Natal. É relevante destacar que, na situação de baixo risco, tal atendimento pode ser inteiramente acompanhado pela enfermeira, respaldado pelo Decreto 94.406/87, que regulamenta a Lei 7.498/86 (Brasil, 2000, p. 18).

No referido Manual, constam dois roteiros diferentes para a realização da Consulta de Enfermagem, sendo um para a primeira consulta e outro para as consultas subseqüentes.

Na primeira consulta, a enfermeira deve realizar a história clínica para colher dados da identificação da gestante, dados socioeconômicos e culturais, investigação dos antecedentes (familiares, pessoais, ginecológicos, obstétricos e outros) e dados referentes à sexualidade e gestação atual.

O exame físico, considerado o segundo passo de todas as consultas, deve ser realizado no sentido céfalo-caudal, usando as técnicas de inspeção, palpação, ausculta e toque, realizado de forma geral e específico para exames gineco-obstétrico. No exame geral, faz-se a avaliação do peso, estado nutricional, altura uterina, frequência cardíaca, temperatura axilar e pressão arterial. No exame gineco-obstétrico, procede-se à ausculta dos batimentos cardíofetais, identificação da situação e apresentação fetal, inspeção dos órgãos genitais externos, exame especular e toque vaginal.

Durante todo o processo de acompanhamento pré-natal, os procedimentos e condutas normatizadas devem ser realizadas sistematicamente e avaliadas em todas as consultas, com registro de anotação no Prontuário e no Cartão da Gestante.

É preciso ressaltar que a Consulta de Enfermagem no Pré-Natal deve ser realizada de forma sistematizada, com uma metodologia própria, visando atender às necessidades da gestante, bem como sensibilizar essas usuárias a participarem desse processo assistencial, adquirindo elementos suficientes para a construção de uma maternidade segura.

Assim sendo, é percebido que a Consulta de Enfermagem é um instrumento que contribui para consolidar o exercício profissional da enfermeira, pois norteia suas ações, define condutas de forma autônoma, repercutindo na assistência ao indivíduo, família e comunidade.

4. A CONSULTA DE ENFERMAGEM NO DISTRITO FEDERAL

Até o ano de 1979, o acompanhamento pré-natal na Rede Pública de Saúde do Distrito Federal era realizado no Hospital de Base e nos hospitais atualmente denominados “regionais”, apenas, pelo profissional médico. Com a criação das Unidades Básicas de Saúde, no ano de 1980, o Programa do Pré-Natal é implantado e a enfermeira passa a fazer parte desse atendimento, quando é introduzida a Consulta de Enfermagem no Pré-Natal.

Na época, o Núcleo de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (NAISMC), da Secretaria do Estado de Saúde, hoje “Núcleo de Assistência Integral à Saúde da Mulher (NAISM)”, assume essa assistência como uma de suas prioridades – SES/DF (Distrito Federal, 2000), adotando medidas com o objetivo de proporcionar o acesso imediato das gestantes ao Programa do Pré-Natal, em conformidade com as orientações da Divisão Nacional Materno-Infantil, que incorporava o Programa Materno-Infantil e preconizava o atendimento à mulher e à criança, de forma conjunta, com o objetivo de reduzir a sua morbi-mortalidade.

Em 1984, com o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, elaborado pela Divisão Nacional Materno-Infantil, a SES/DF realiza a separação desses Programas, atendendo às determinações do Ministério da Saúde (DISTRITO FEDERAL, 2000).

O Programa de Pré-Natal da SES/DF segue o que estabelece o Ministério da Saúde: que a equipe responsável por esse atendimento seja composta por médico, enfermeiro e nutricionista, mas também por assistente social, odontólogo ou psicólogo, quando as gestantes necessitarem.

A enfermeira inserida no Programa do Pré-Natal realiza, além da Consulta de Enfermagem, atividades como reuniões educativas e supervisão do atendimento na Sala de Triagem. De acordo com o Manual de Assistência ao Pré-Natal, a Consulta de Enfermagem, em pré-natal de baixo risco, tem como objetivo:

Proporcionar o acompanhamento clínico-obstétrico do período pré-natal de maneira periódica e sistemática; solicitar os exames de rotina no pré-natal; prescrever medicações conforme estabelecido no Manual de Atenção ao Pré-Natal; exame físico, atentando para alterações não previstas na fase gestacional; orientar quanto ao processo de evolução da gestação, parto,

puerpério, aleitamento materno, planejamento familiar; orientar sobre os sinais e sintomas próprios do processo gestacional e puerperal; orientar quanto aos cuidados com o recém-nascido; orientar quanto ao parto, cuidados, tipos de parto; controle da vacina antitetânica à gestante para prevenção do tétano neonatal e avaliação do cartão da gestante SES/DF (DISTRITO FEDERAL, 1989),

Destaca-se que na SES/DF não há padronização dessa Consulta, realizada pela enfermeira. Tudo fica a critério de cada serviço, respeitadas as normas constantes no Manual de Atenção à Saúde da Mulher para as Unidades Básicas de Saúde da SES/DF (DISTRITO FEDERAL, 2006).

A destinação de um espaço físico para a sua realização ainda é um problema que remonta às primeiras tentativas de sua implantação, pois existem serviços que não garantem o consultório para a enfermeira realizar seus atendimentos.

A assistência de Pré-Natal no CSB n. 11 realiza-se desde o ano de 1981, seguindo as orientações estabelecidas pela SES/DF. O acolhimento da gestante na Unidade dá-se por meio de inscrição no Programa do Pré-Natal, que obedece aos seguintes critérios: residir ou trabalhar na área de abrangência; confirmar a gravidez mediante exame laboratorial ou ultrassonografia obstétrica; participar da reunião educativa realizada pela enfermeira para orientações sobre o processo gestacional, consultas agendadas e aconselhamento para adesão ao exame do Anti-HIV.

No momento da reunião educativa, solicitam-se os exames laboratoriais de rotina e agenda-se a consulta médica. A primeira consulta com o médico ocorre em média 15 dias após o atendimento de enfermagem, possibilitando que a gestante esteja com todos os resultados dos exames laboratoriais e possa iniciar o tratamento imediato, caso se faça necessário.

Para a adequada assistência à gestante no Pré-Natal, são desenvolvidas atividades, como: pré-consulta de enfermagem; consulta de enfermagem; consulta médica; consulta nutricional; coleta de material cérvico-uterino; exames laboratoriais; imunização; reunião educativa; fornecimento e administração de medicamentos. Havendo necessidade, realiza-se a visita domiciliar e os encaminhamentos de acordo com o Manual.

As informações da usuária grávida e do atendimento prestado são registradas no Livro de Inscrição do Pré-Natal, no Prontuário, no Cartão da Gestante e na Ficha do SIS- Pré-Natal. (Sistema de Informação do SUS)

Os profissionais que atendem à gestante atuam de acordo com o seu processo de trabalho, respeitando suas competências específicas dentro das diretrizes legais que regem sua área de trabalho, compartilhando também aquelas relativas à equipe interdisciplinar.

As consultas com a gestante são intercaladas entre o médico e a enfermeira. Com a nutricionista, a consulta pode ser realizada em qualquer momento. Até à 36ª semana, a gestante é atendida com frequência mensal. Após esse período, ela passa a ser acompanhada a cada quinze dias, visando à avaliação da pressão arterial, presença de edemas, altura uterina, movimentos e batimentos cardíacos fetais. A enfermeira atende em média nove a dez gestantes por período de quatro horas, agendadas na Sala da Mulher, para dias e horários pré-estabelecidos. É prevista uma duração de 40 minutos para a primeira consulta e de 30, para as subseqüentes.

No Centro de Saúde nº 11, a enfermeira que realiza essa Consulta não segue o roteiro padronizado pelo Ministério da Saúde, por considerar que tal Consulta está direcionada à prática médica, o que dificulta a identificação pela enfermeira das reais necessidades da gestante atendida, a exemplo do que enfatizam Tocantins e Rodrigues (1996 p.113):

O fazer está, geralmente, devidamente preconizado por Programas e Propostas Institucionais, distanciados do modo de viver das pessoas e, portanto, nem sempre este fazer contempla as necessidades do outro, das pessoas que vivenciam o mundo de maneira própria.

É importante destacar que, nessa Unidade, à Consulta de Enfermagem realizada no Pré-Natal incorporam-se alguns passos do Processo de Enfermagem, como a entrevista para o levantamento de dados, o diagnóstico de enfermagem, o plano assistencial e os encaminhamentos, a fim de sistematizar os procedimentos e as intervenções necessárias, permitindo, assim, um atendimento completo à gestante.

Na Consulta de Enfermagem, coletam-se dados da gestante referentes aos antecedentes pessoais e familiares, ginecológicos e obstétricos, bem como sobre a gestação atual. Realiza-se também avaliação do Cartão da Gestante, que informa sobre o exame físico e os exames laboratoriais de rotinas realizados, orientações, solicitações de exames complementares e o exame físico mínimo. O exame físico para a enfermeira, segundo Iyer *et al.* (1993, p.35), concentra-se em:

[...] definir, detalhadamente, a reação da gestante, especialmente aquelas reações tratáveis por ações de enfermagem, estabelecer os dados de partida para comparação, ao avaliar a eficácia das intervenções médicas ou de enfermagem e comprovar dados subjetivos, obtidos durante entrevistas ou outras interações enfermeira-usuária.

Durante a realização da entrevista, a gestante participa, de forma efetiva, com questionamentos acerca do desenvolvimento de sua gestação, alterações físicas, bem como sobre outras dúvidas que por ventura possam ter. Pode-se afirmar que o direcionamento da Consulta de Enfermagem no Pré-Natal depende dos questionamentos das gestantes, os quais definirão o desenvolvimento e os seus encaminhamentos.

Tal metodologia usada nessa Consulta por ocasião do Pré-Natal, embora não esteja preconizada nas normas e rotinas, favorece a interação entre a profissional enfermeira e a gestante, na busca por uma gestação saudável, sem risco de danos.

5. CAMINHO TEÓRICO - METODOLÓGICO

5.1 Referencial Teórico

5.1.1 As Representações Sociais

O estudo da Teoria das Representações Sociais tem como pressuposto básico a compreensão das construções oriundas do conhecimento das sociedades em seus diferentes segmentos e culturas. O processo desse conhecimento só ocorre porque o indivíduo procura perceber o que está em sua volta (Moscovici, 1978).

Neste estudo, as gestantes que são acompanhadas no Pré-Natal, no Centro de Saúde de Brasília, nº 11, foram convidadas a terem uma participação que pudesse revelar suas representações sociais sobre a Consulta de Enfermagem.

O objetivo de se vir a conhecer as representações sociais é compreender como as gestantes interpretam a abordagem realizada pela enfermeira na Consulta de Enfermagem de Pré-Natal.

A Teoria das Representações Sociais, de Serge Moscovici, surgiu em 1961, com a publicação de *Psychanalyse son image et son public*, distinguindo-se por sugerir a existência de um pensamento social, resultante das experiências, das crenças e das trocas de informações presentes na vida cotidiana, configurando-se assim como uma teoria menos individualista que a psicologia social, mediadora entre o homem e o seu meio Moscovici (1978).

As representações sociais são expressas pelos sujeitos pensantes, a partir das experiências vividas no seu cotidiano, socialmente elaboradas e compartilhadas, de modo a permitir ao indivíduo ou ao grupo dar um sentido às suas condutas (Alfoufa 1991).

Segundo Herzlich (1991), Moscovici fez sua análise a partir da crença de que a Sociedade atual, sendo mais técnica e complexa, necessitaria de um outro conceito, menos genérico que as representações coletivas de Durkheim, para acompanhar, explicar e tentar compreender como ocorre a formação do pensamento e do conhecimento social.

Moscovici, ao elaborar a Teoria das Representações Sociais, inspirou-se no termo “representações coletivas” proposto por Durkheim, embora o estudo de

Moscovici tivesse como pressuposto observar os efeitos da dispersão de um novo corpo de conhecimento - a Psicanálise - sobre uma população humana. Segundo Farr (1995), o estudo deste autor foi uma contribuição para a Sociologia do Conhecimento e sua representação social.

Para Moscovici (2005, p. 45), as representações sociais são vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que nós já sabemos. Elas ocupam, com efeito, uma posição curiosa, em algum ponto, entre conceitos que têm como seu objetivo abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções, que o reproduzem de forma significativa.

Ainda para o autor, essas representações constituem um conjunto de conceitos que se originaram no cotidiano por meio de comunicações interindividuais, contribuindo para a formação de condutas e para a orientação das comunicações sociais, podendo assim serem compreendidas como “teoria do senso comum”, que designa, numa perspectiva ampliada, uma forma de pensamento social. Tais representações se encontram no imaginário de cada pessoa e tornam-se sociais porque apresentam semelhanças.

A compreensão do conceito de representações sociais tem destacada contribuição de Jodelet (1990, p. 361), principal seguidora do trabalho do seu criador, que, de forma mais concisa, define esta teoria como “uma forma de conhecimento socialmente partilhado, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. São características fundamentais desse tipo de representações, segundo Ibanez (1994): sua produção via comunicações e interações dos grupos sociais, refletindo assuntos que são objetos de seu dia-a-dia; seu caráter compartilhado, coletivo; sua contribuição fundamental para a configuração e manutenção dos grupos sociais.

As representações sociais, segundo Herzlich, (1991), permitem compreender por que alguns problemas se sobressaem numa sociedade e esclarecer alguns aspectos de sua apropriação pela sociedade, como os debates e os conflitos que se desenrolam dentro de um grupo e/ou entre diferentes grupos de atores.

Na visão de Moscovici (1978, p. 85), a representação social é uma forma de conhecimento por meio da qual aquele que conhece se substitui no que ele conhece. Daí decorre a alternância que a caracteriza: ora representar, ora representar-se. Para esse autor, no real, a estrutura de cada representação possui duas faces interdependentes, como duas faces de uma folha de papel: a face icônica ou figurativa

e a face simbólica ou de significação, querendo com isto dizer que a representação faz corresponder a toda figura um sentido e a todo sentido uma figura.

Dessa configuração estrutural, nascem dois processos sociocognitivos que atuam, dialeticamente, na formação das representações sociais: a objetivação e a ancoragem, e seus desdobramentos, como o núcleo central e o sistema periférico. Na dinâmica de formação da representação social, esses processos formadores têm por função destacar a imagem e ao mesmo tempo dar-lhe sentido, incorporá-la à percepção do sujeito da realidade individual e interpretá-la. Palmonari e Doise, *apud* Lemos (1994)

A objetivação pode ser definida como a transformação de uma idéia, de um conceito ou de uma opinião em algo concreto (Franco, 2004), cristalizando-se por meio de um processo figurativo e social e passando a constituir o núcleo central de uma determinada representação, seguidamente evocada, concretizada e disseminada como se fosse o real daqueles que a expressam. A duplicação de um sentido por uma figura pela qual se dá materialidade a um objeto abstrato é cumprida pelo processo de objetivação (Sá, 1993).

A ancoragem é um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias, comparando-o com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada. Ancorar é, pois, classificar e dar nome a coisas que não são classificadas e que não possuem nome, são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras. (Moscovici, 2005: 61). A duplicação de uma figura para um sentido pela qual se fornece um contexto inteligível ao objeto é cumprida pelo processo de ancoragem (Sá, 1993).

Palmonari e Doise *apud* Lemos (1994) afirmam que a palavra “ancoragem” tem origem gestáltica. Assim, pode ser o equivalente a “por um objeto novo num quadro de referência bem conhecido para poder interpretá-lo”.

Torna-se, pois, importante conhecer e compreender esses processos que caracterizam as representações sociais, como elementos importantes para o nosso mecanismo cognitivo, na medida que viabilizam a transformação de algo não familiar, estranho, em algo familiar, conhecido, consoante ao pensamento de Moscovici (2005), um mundo cotidiano mais conhecido, mas não menos interessante e desafiador.

Com base no exposto, adentrei-me no universo das mulheres gestantes com o propósito de captar as suas representações sociais sobre a Consulta de Enfermagem no acompanhamento do Pré-Natal. Procurei verificar também os conhecimentos que

as gestantes absorvem do processo gestacional ao parto e ao puerpério, como forma de garantir condições necessárias para sua saúde e a de seu concepto.

5.2 Referencial Metodológico

A proposta metodológica é de natureza qualitativa, porque, segundo Minayo (2004), este referencial permite uma compreensão do universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes correspondentes ao espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos sociais.

Para Ludke e André (1986, p. 18), “metodologia qualitativa, é o que se desenvolve numa situação natural, é rica em dados descritivos, tem um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada”.

A pesquisa qualitativa é vista por Taylor *apud* Ângelo (1989) como um processo de estudo que permite perceber o conhecimento pessoal dos indivíduos, o desenvolvimento de suas próprias definições de mundo, além de possibilitar a exploração de conceitos cuja essência se perderia em outras abordagens de pesquisa.

Trivinos (1987) considera a pesquisa qualitativa como uma forma de compreender as condutas humanas, sem correr o risco de se ter situações que artificializam e falsificam a realidade.

5.2.1 Campo da Pesquisa

Inicialmente foi definido como local da pesquisa o Centro de Saúde de Brasília n. 13 - Unidade Básica de Saúde da Regional Norte -, por ser o local de trabalho da pesquisadora e por ter no seu organograma de atendimento o Programa de Pré-Natal, seguindo as definições do PAISM.

No entanto, em novembro de 2005, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) resolve reestruturar o organograma de atendimento dessa Unidade. Dentre as modificações, uma foi a extinção do Programa “Saúde da Mulher”. Assim, para continuar atuando em um Programa de Pré-Natal, solicitei junto à Gerente da Saúde da Comunidade da Regional de Saúde Norte, a minha transferência para o Ambulatório de Pré-Natal Semanal, no Centro de Saúde n. 11, o que foi prontamente autorizado.

Como consequência, foi necessário alterar o local da pesquisa, sendo escolhido o Centro de Saúde de Brasília n. 11 (CSB-N. 11), inaugurado em 1981, pertencente à SES/DF. Esse Centro representa uma das dez Unidades Básicas de Saúde, subordinada à Regional de Saúde Norte Asa Norte, Brasília, Capital do Distrito Federal. Essa Unidade responde, como centro de referência de saúde, por uma área de abrangência que corresponde às quadras residenciais e comerciais ímpares, quais sejam: 100; 300; 500; 700 e 900, do número 1 ao número 10, bem como o Setor Comercial Norte, cuja população é de 34.492 habitantes.

Segundo o Relatório da Sala de Situação da Regional Norte DF, o Centro atendeu, no ano de 2005, uma demanda feminina de 19.0000 habitantes. Deste total, o número de mulheres em idade fértil foi de 13.100 habitantes. Foram registrados 101 partos para 101 crianças nascidas vivas. Os dados estatísticos da Sala de Situação da referida Unidade não revelaram nenhuma incidência de óbito materno, neonatal ou pós-natal.

Para atender à clientela, o Centro de Saúde dispõe de uma equipe multiprofissional, composta por cinco enfermeiras, quinze médicos, quatro odontólogos, um assistente social, dois psicólogos, uma nutricionista (sistema de rodízio com outras duas Unidades), um técnico de higiene dentário, um técnico de laboratório, cinco técnicos administrativos, um técnico em nutrição, dezessete auxiliares de enfermagem e três técnicos de enfermagem, um agente de portaria e cinco agentes de saúde pública. O serviço de segurança, limpeza e conservação é realizado por uma firma terceirizada. A administração da Unidade é composta por um gerente da Unidade, um chefe de enfermagem, um administrador, um chefe de recursos humanos e um chefe de Gerência e Regulamentação Cadastro e Arquivo.

Os Programas de Atenção à Saúde desenvolvidos na Unidade constam de: Saúde da Mulher (Pré-Natal e Ginecologia); Saúde do Adulto (Diabetes, Hipertensão e Clínica Geral); Saúde da Criança (Atendimento às creches, Crescimento e Desenvolvimento, Teste do Pezinho, Cárie zero); Imunização, Vigilância Epidemiológica e Serviço Odontológico interno e externo (escolas e creches). O Centro de Saúde é, ainda, referência no atendimento às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS e às hepatites virais. Além do atendimento ambulatorial, são desenvolvidas atividades educativas em saúde, reuniões educativas, atividades de grupo com a comunidade (automassagem), visitas domiciliares e campanha de vacinas.

No que tange ao atendimento à mulher no ano de 2005, compreendido o período de janeiro a dezembro, de acordo com o relatório da sala de situação, realizaram-se 388 inscrições de gestantes e 2.523 consultas de Pré-Natal; 3.504 consultas ginecológicas; 2.152 coletas de material para exames preventivo de câncer cérvico-uterino; 285 imunizações anti-tetânica nas mulheres gestantes não imunizadas e atendidas no Pré-Natal anteriormente, além da demanda espontânea.

Seguindo as recomendações de Minayo (2004), procurei, de forma cautelosa, me aproximar do campo de trabalho e de pesquisa, principalmente da equipe escalada na sala da mulher, constituída pela enfermeira responsável pelo atendimento no Pré-Natal, as gineco-obstetras, e, por fim, de todos os funcionários que, de alguma forma, estariam envolvidos no trabalho. Houve acolhimento por parte de todos, facilitando o contato com as gestantes e a operacionalização dos espaços para realizar as entrevistas.

O campo escolhido atendeu às expectativas da pesquisadora, especialmente porque existe o Programa de Pré-Natal sob orientação do Programa Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), que conta com a participação efetiva da profissional enfermeira.

5.2.2 Sujeitos do Estudo

Nesta pesquisa, elegi como sujeitos as gestantes de baixo risco inscritas no Programa do Pré-Natal do CSB nº 11 e que realizaram Consulta de Enfermagem. Foi estabelecido como critério para participação neste estudo que as gestantes deveriam ser maiores de dezoito anos e tinham se submetido a, no mínimo, 2(duas) Consultas de Enfermagem, considerado como um número suficiente para a gestante expressar as suas representações sociais sobre o processo dessa consulta e contribuir para o alcance dos objetivos do estudo.

A amostra constituiu-se de quinze gestantes (incluindo duas do teste-piloto), definida pelo critério de saturação dos dados obtidos nas entrevistas individuais. Essas gestantes foram selecionadas por ocasião da pré-consulta, na Sala da Gestante e na Consulta de Enfermagem.

5.2.3 Aspectos Éticos

A pesquisa foi realizada após aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF (Anexo A), respeitando-se a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde-(CNS), que contém as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil -CNS, 1998).

Solicitei a autorização no dia 12 de maio de 2005 ao Comitê de Ética, sendo o Projeto aprovado em 17 de junho de 2005. A pesquisa foi iniciada no dia 18 de junho de 2005 (Anexo A).

Neste sentido, atendendo às diretrizes do citado documento, a solicitação à gestante para participar do estudo foi feita mediante contato pessoal, fornecimento de informações detalhadas sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e da concordância em particular, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

5.3 Procedimentos de Coletas de Dados

5.3.1 – 1ª Etapa – Análise retrospectiva de Prontuários.

Para maior compreensão dos sujeitos do estudo, busquei caracterizar o perfil da gestante atendida na Consulta de Enfermagem, no Pré-Natal. Para tanto, foi realizado levantamento retrospectivo dos Prontuários e Fichas de Pronto Atendimento das gestantes inscritas no Programa do Pré-Natal, no período de janeiro a dezembro de 2004, maiores de 18 anos, e que realizaram no mínimo 2 (duas) Consultas de Enfermagem.

O conhecimento desse perfil é de extrema importância para o Programa de Pré-Natal, pois, além da obtenção de informação sociodemográfica, como o local de residência, estado civil, esse conhecimento pode fornecer subsídios para direcionar certos cuidados e atenções especiais às gestantes em situações mais delicadas, possibilitando, então, que os profissionais que atendem no Programa atuem com maior eficiência.

O número de mulheres inscritas no Pré-Natal foi de 365 mulheres. Desse total, 118 atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos. Assim, a amostra constituiu-se de quarenta Prontuários, calculados pela fórmula usada em estudo de prevalência, perfazendo 30%, acrescido de 3%. A amostra apresenta significância de 87,4%, sendo a probabilidade de erro existente na amostra de 12,6%.

Utilizei um formulário para registrar os dados sociodemográficos (sociais, culturais e econômicos) e outros relacionados às informações gineco-obstétricas (idade gestacional, número de gestação, tipo de parto e risco gestacionais) e fatores que motivaram a busca do Pré-Natal.⁵ (Anexo C)

A compilação da frequência dos dados foi realizada por meio do Programa SPSS-12, devendo estes serem apresentados no capítulo seguinte.

5.3.2 – 2ª Etapa – Entrevistas semi-estruturadas com as gestantes atendidas no Pré-Natal.

Essa etapa consistiu em realizar entrevistas com as gestantes, para conhecer as representações sociais acerca da Consulta de Enfermagem no Pré-Natal. Para tanto, utilizei a entrevista semi-estruturada para a coleta das informações, em função da possibilidade de dialogar com a gestante a respeito de sua experiência singular. Conforme nos informa Trivinos (1987), esse tipo de entrevista valoriza e oferece perspectivas possíveis para que o entrevistado alcance a liberdade e a espontaneidade necessária, enriquecendo a investigação.

Segundo Neto (2003), esta técnica prevê a abordagem do objeto de estudo através de questionamentos previamente elaborados, os quais constituem um roteiro norteador da conversa com os participantes do estudo, permitem ao entrevistador uma maior flexibilidade, na medida que se pode alterar a ordem das perguntas e se tem ampla liberdade para fazer intervenções, de acordo com o desenvolvimento da entrevista. E, de acordo com Minayo (2004), o questionário possibilita aos sujeitos da pesquisa grande liberdade para responder às questões formuladas. Em outras palavras, nesse tipo de instrumento, os sujeitos devem seguir a orientação, o raciocínio lógico, baseado na temática principal, proposta pela pesquisadora, que

⁵ Os dados não informados devem-se ao fato de, por motivo desconhecido, essas informações não constarem nos Prontuários utilizados para a pesquisa.

valoriza a presença do sujeito e oferece perspectivas de esclarecimentos com a preocupação de não se distanciar do objeto de estudo.

Foi elaborado um roteiro de entrevista com questões norteadoras (Anexo D), que visavam a suscitar a representação das gestantes em relação à Consulta de Enfermagem e a sua contribuição no processo gestacional, parto e puerpério. Os principais conteúdos explorados foram os seguintes: significados da gravidez; a percepção da Consulta de Enfermagem para o enfrentamento do processo da gestação, parto e puerpério, bem como as sugestões para sua melhoria.

O contato com os sujeitos da pesquisa ocorreu por ocasião do seu comparecimento à consulta agendada no Pré-Natal, com a enfermeira ou com o médico. Na oportunidade, o profissional que atendia a gestante na consulta encaminhava-a para a pesquisadora falar sobre o estudo. Nesse momento, era apresentada a proposta do trabalho, os objetivos e, se a usuária atendesse aos critérios de inclusão para participar como sujeito da pesquisa, era feito o convite para sua participação. Quando a gestante aceitava o convite, de imediato, era realizada, ou agendada, a entrevista, combinando dia, hora e local, de acordo com a sua disponibilidade. Os dados foram coletados nos meses de julho a dezembro de 2005.

Vale ressaltar novamente que, antes de iniciar a entrevista, era apresentado ao sujeito do estudo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que informava sobre os objetivos do estudo, procedimento de coleta de dados e garantia do anonimato e o uso exclusivo do material para fins de pesquisa científica.

As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, após a obtenção da aquiescência dos sujeitos, em consultórios disponíveis, sendo que: duas entrevistas foram feitas fora da Unidade de Saúde, uma no local do trabalho e outra no domicílio da entrevistada. A duração média de cada entrevista variou entre 30 e 50 minutos, posteriormente transcrita na íntegra.

Os sujeitos foram entrevistados de forma que a individualidade e a privacidade de cada usuária fossem respeitadas. Para manter o anonimato das participantes da pesquisa, identifiquei-as com o número seqüencial das entrevistas.

Na fase de coleta e organização das informações, procedi à leitura e interpretação inicial, com o intuito de avaliar a suficiência do material registrado. Assim, no momento das leituras, pude perceber quando as respostas começaram a se repetir ou apresentar semelhanças. A partir do momento que constatei a saturação dos dados, considerei como finalizada essa etapa da pesquisa.

5.4 Procedimento de Análise de Dados

Para sistematizar a análise dos dados, optei pelo uso do *software* ALCESTE (*Analyse Lexicale por Contexte d' un Esemble de Segments de Texte*). A escolha desse Programa deu-se a partir do referencial teórico da pesquisa - Representações Sociais. De acordo com Soububiele e Roussieu (1998) e Ribeiro (2000), o ALCESTE, enquanto uma ferramenta de análise de dados textuais, pode ser usado para destacar os componentes estruturais de uma Representação Social.

Esse *software*, considerado um recurso informatizado importante na pesquisa qualitativa, foi desenvolvido na França por Max Reinert, em 1983. Além de uma tecnologia informatizada para a análise de texto. Para Kronberger e Wagner (2002 p. 426), tal recurso é também, uma metodologia, integrando:

[...] uma grande quantidade de métodos estatísticos sofisticados para análise de dados textuais, realizando uma complexa classificação hierárquica descendente, combinando elementos de diferentes métodos estatísticos, como segmentação, classificação hierárquica e dicotomização, baseadas em médias recíprocas, ou análise de correspondência e matemática, propõe descobrir a informação essencial do texto .

Por essa ferramenta, um *corpus* é analisado por Unidade de Contexto Elementar – U.C.E, registrada por seqüência de palavras, ou frase, de extensão variável. Dentro de cada uma delas é desenvolvido um procedimento de análise de recorrência de palavras, sendo considerado válido um critério de freqüência mínima. Infere-se que onde há alta recorrência e valores de Qui-quadrado significativos, existe núcleo de sentido potencialmente válido (Reinert, 1990).

Para tanto, o Programa executa quatro etapas de análises. A primeira prepara o material para cálculos posteriores, reconhecendo as Unidades de Contexto Iniciais (U.C.I), que são constituídas pelas próprias entrevistas, dividindo-as em segmentos de texto de tamanho similar denominados “unidades de contexto elementar”, ou U.C.E, e agrupando as ocorrências das palavras em função das suas raízes, além de realizar o cálculo das suas respectivas freqüências. A segunda etapa é caracterizada por cálculos que têm como objetivo classificar os enunciados simples ou as Unidades de Contexto Elementar, a partir da distribuição das formas

reduzidas por palavras ou léxicos que elas apresentam. Isso é realizado com a ajuda de matrizes de frequências que cruzam as formas reduzidas do vocabulário com as U.C.E do *corpus* em análise. Utiliza-se nessa etapa o método de classificação hierárquica descendente, que consiste em repartir as UCEs em duas classes, em função do vocabulário que as compõe, de forma tal que se obtenha o maior valor possível numa prova de associação χ^2 : (Qui-quadrado). Na terceira etapa, em que são gerados os resultados mais importantes, o Programa executa cálculos complementares para cada uma das classes obtidas na etapa precedente, com a finalidade de possibilitar sua descrição.

No nível analítico, essas classes são compostas de vários segmentos de texto (UCE) que têm vocabulário semelhante. No nível interpretativo, elas são consideradas indicadores de diferentes noções. Reinert (1990) considerou as classes como noções de mundo ou como quadros perceptivo-cognitivos com certa estabilidade temporal associados a um ambiente complexo. A quarta etapa é um prolongamento da terceira etapa e nessa são fornecidas as U.C.Es mais características de classe, permitindo que se tenha o contexto de ocorrência do vocabulário dessas unidades.

Para Ribeiro (2000), essa análise ajudará ao pesquisador reconstituir o “discurso das falas coletivas”, utilizando a relação entre as palavras, a frequência e o percentual com que aparecem e seu significado, observado a partir dos enunciados que permitem identificar o contexto em que se inserem as classes de palavras. Com isso, permite-se o acesso à contextualização do vocabulário mais significativo das classes.

6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo descreve os resultados obtidos após o tratamento dos dados coletados ao longo de toda a pesquisa.

Preliminarmente, apresento o perfil das gestantes atendidas na Consulta de Enfermagem no Pré-Natal, no decorrer do ano de 2004, para facilitar a compreensão dos sujeitos atendidos na Unidade Básica de Saúde onde foi desenvolvida a pesquisa e melhor situar esses sujeitos em termos de contexto sociocultural.

6.1 Perfil das Gestantes Atendidas no Pré-Natal no CSB 11

As características que descrevem o perfil das gestantes atendidas no Programa do Pré-Natal são as seguintes.

QUADRO 01 – DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES ATENDIDAS NA CONSULTA PRÉ-NATAL SEGUNDO A LOCALIDADE DE RESIDÊNCIA . Brasília, 2004

LOCAL	TOTAL (%)
Asa Norte	52,5
Cidades-Satélites	35,0
Entorno	7,5
Não Informado	5,0
Total (Σ)	100,0

FONTE: O prontuário

Quanto à localização das residências das gestantes, constatei que 52,5% residem na Asa Norte, região de abrangência do CSB 11, e as demais, nas cidades-satélites do Distrito Federal e cidades do entorno. Estas últimas foram criadas mais recentemente, caracterizando-se como cidades-dormitórios, o que contribui para a grande maioria de sua população trabalhar, estudar e utilizar os serviços de saúde do DF. (Distrito Federal - Brasília : Geografia e Clima, 2005).

FIGURA 01 - LOCALIZAÇÃO DO PLANO-PILOTO, ONDE ENCONTRAM-SE AS UNIDADES DE SAÚDE EM ESTUDO, AS CIDADES-SATÉLITES E DO ENTORNO.



FONTE: <http://www.guianet.com.br>

TABELA 02 – NÚMERO E PROPORÇÃO DE GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO A REGIÃO. Brasília, 2004.

LOCALIDADE	FREQUÊNCIA	TOTAL (%)
Asa Norte	21	52,5
Ceilândia	4	9,8
Gama	1	2,4
Planaltina	2	4,9
Samambaia	2	4,9
Sobradinho	2	4,9
Sobradinho II	1	2,4
Taguatinga	3	7,3
Entorno	5	12,2
Total (Σ)	40	100,0

FONTE: O prontuário

Como pode ser vista na Tabela 2 e na Figura 1, Mapa do Distrito Federal, 48,8% das gestantes residem distantes da Unidade de Saúde onde são atendidas. Isso ocorre porque a maioria das gestantes - 62,5% - trabalha no Plano-Piloto e busca atendimento no CSB 11, porque fica próximo do local do trabalho.

TABELA 03 – NÚMERO E PROPORÇÃO DAS GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO A SUA PROFISSÃO. Brasília, 2004

PROFISSÃO	FREQÜÊNCIA	TOTAL (%)
Empregada Doméstica	25	62,5
Autônoma	6	15,0
Desempregada	3	7,5
Do Lar	2	5,0
Estudante	2	5,0
Não Informado	2	5,0
Total (Σ)	40	100,0

FONTE: O prontuário

Quanto ao tipo de profissão exercida pelas gestantes, na Tabela 3, foi possível perceber que a maioria é composta por trabalhadoras, majoritariamente empregada domésticas (62,5%). Geralmente elas trabalham durante a semana na Asa Norte e algumas dormem no trabalho por exigência dos patrões.

TABELA 4 – NÚMERO E PROPORÇÃO DE GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO GRUPO ETÁRIO. Brasília, 2004

IDADE	FREQÜÊNCIA	TOTAL (%)
20 ---- 25 anos	12	30,0
26 ---- 30 anos	12	30,0
31 ---- 35 anos	12	30,0
36 ---- 40 anos	3	7,5
Mais de 40 anos	1	2,5
Total (Σ)	40	100,0

FONTE: O prontuário

Pode ser constatado, na Tabela 4, que as gestantes atendidas estão concentradas entre as idades de 20 a 35 anos, perfazendo um total de 90% da amostra, o que demonstra uma população jovem em idade considerada fértil.

TABELA 5 – NÚMERO E PROPORÇÃO DE GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO O ESTADO CIVIL. Brasília, 2004

ESTADO CIVIL	FREQÜÊNCIA	TOTAL (%)
Casada	20	50,0
Solteira	8	20,0
Separada	1	2,5
Não Informado	11	27,5
Total (Σ)	40	100,0

FONTE: O prontuário

A Tabela 5 evidencia que 50% das gestantes são casadas e apenas 2,5% delas são separadas; as demais não têm união estável

Para Vitiello (1994), o perfil da gravidez associada à relação civil estável vem se modificando na última década, ou seja, tem crescido o número de mulheres assumindo sua gravidez de forma independente. O mesmo autor constatou em seu estudo que 35,5% das mulheres grávidas no Brasil não tinham uma relação civil ou estável, principalmente entre adolescentes grávidas.

TABELA 6 – NÚMERO E PROPORÇÃO DE GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO QUANTIDADE DE ANOS DE ESTUDO. Brasília, 2004

ANOS DE ESTUDO	FREQÜÊNCIA	TOTAL (%)
01 ---- 4 anos	10	25,0
04 ---- 8 anos	14	35,0
08 ---- 12 anos	9	22,5
Mais de 12 anos	3	7,5
Não Informado	4	10,0
Total (Σ)	40	100,0

FONTE: O prontuário

A escolaridade das gestantes pesquisadas, em relação aos anos de estudo, demonstrou que a maioria - 60,0% - tem escolaridade mínima, ou seja, o Ensino Fundamental. Trata-se de mulheres jovens com pouco investimento intelectual e profissional.

Segundo Rosemberg (2000), pode-se afirmar que o grau de instrução das mulheres apresenta uma forte relação com a sua condição social e com sua participação na população ativa, ou seja, quanto maior o nível de instrução, maior a probabilidade da mulher trabalhar fora de casa. Do ponto vista do mercado de trabalho, o autor afirma que as mulheres com baixa escolaridade se encontram nos empregos de mais baixo prestígio e remuneração, como o emprego doméstico, o que pode ser observado neste estudo.

TABELA 7 – NÚMERO E PROPORÇÃO DE GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO O HÁBITO DE FUMAR EM 2004. Brasília, 2004.

FUMANTE	FREQÜÊNCIA	TOTAL(%)
Não	24	60,0
Sim	11	27,5
Não Informado	5	12,5
Total (Σ)	40	100,0

FONTE: O prontuário

Em relação ao hábito de fumar, observa-se na Tabela 7 que uma maior parte das gestantes não é adepta do tabagismo (60%), embora cerca de um terço delas permaneça com o hábito de fumar (27,5%), fato que representa uma proporção ainda significativa.

Segundo Siqueira *et al.* (1995), o fumo durante a gravidez está relacionado a vários problemas, tais como: o baixo peso fetal, a rotura prematura das membranas, a gravidez tubária, o descolamento prematuro da placenta e a placenta prévia, os quais aumentam o risco da mortalidade fetal e infantil.

Estudos como o de Hultman (2002) mostram que os efeitos tóxicos do fumo durante a gravidez apresentam um impacto no crescimento fetal, a partir do quarto mês da gestação, além de ser um fator independente para aumentar o risco do autismo.

TABELA 8 – NÚMERO E PROPORÇÃO DAS GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO O HÁBITO DE CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA Brasília, 2004

CONSUME BEBIDA ALCOÓLICA	FREQUÊNCIA	TOTAL(%)
Não	34	85,0
Sim	1	2,5
Não Informado	5	12,5
Total (Σ)	40	100,0

FONTE: O prontuário

A Tabela 8 evidencia que 85% das gestantes não consomem bebida alcoólica. Para Aleixo Neto (1990), as gestantes no processo da gravidez diminuem ou evitam o consumo de bebida alcoólica, porque consideram prejudicial ao bebê. No entanto, afirma o autor: “as gestantes tabagistas têm dificuldade em eliminar esse hábito”.

TABELA 9 – NÚMERO E PROPORÇÃO DE GESTANTES SEGUNDO O NÚMERO DE GESTAÇÕES. Brasília, 2004

GESTAÇÕES	FREQUÊNCIA	TOTAL (%)
1	9	22,5
2	13	32,5
3	4	10,0
4	1	2,5
Primigesta	13	32,5
Total (Σ)	40	100,0

FONTE: O prontuário

Os dados da Tabela 9 demonstram que as mulheres atendidas no Pré-Natal - em torno de 65,0% - possuíam até duas paridades, ou seja, números de filhos em quantidade reduzida.

Esse resultado está de acordo com o estudo apresentado por Alves (2000) sobre o controle reprodutivo, o qual mostrou que a redução da fecundidade vem acontecendo no Brasil depois da aprovação da Lei do Planejamento Familiar, em 1999, apesar da disponibilidade de métodos contraceptivos na Rede Pública continuar baixa, devido à crise fiscal do Estado Brasileiro.

Berquo e Cavenaghi (2006) consideram que a redução do número de filhos vem acontecendo no Brasil com a entrada das mulheres no mercado de trabalho, o processo de industrialização, urbanização e o aumento dos níveis educacionais.

TABELA 10 – PROPORÇÃO DE GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO A SUA IDADE GESTACIONAL AO ENTRAR NO PROGRAMA. Brasília, 2004

PERÍODO	FREQUÊNCIA	TOTAL (%)
12 ---- 16 semanas	23	57,5
16 ---- 24semanas	9	22,5
Após 24 semanas	4	10,0
Não Informado	4	10,0
Total (Σ)	40	100,0

FONTE: O prontuário

Conforme a Tabela 10, a maioria das gestantes - 57,5% - fez a inscrição no Programa Pré-Natal com idade gravídica inferior a 16 semanas, ou seja, as mulheres atendidas, em geral, entraram no Programa no primeiro trimestre gestacional, fato que atende à orientação recomendada pelo Manual de Atenção ao Pré-Natal do Ministério da Saúde: “o pré-natal deve começar logo após a confirmação da gravidez” (Brasil, p. 18, 2000)

Lima (2003) ressalta que a grávida, iniciando o Pré-Natal no primeiro trimestre, poderá realizar em média quatro a seis consultas durante a gestação, o que proporcionará uma gestação com mais atenção e livre de riscos.

Atualmente há uma maior conscientização das mulheres quanto à importância do Pré-Natal, para uma gestação saudável e com menor risco.

TABELA 11 – NÚMERO E PROPORÇÃO DE GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO O TIPO DE PARTO REALIZADO ANTERIORMENTE Brasília, 2004

TIPO DE PARTO	FREQUÊNCIA	TOTAL (%)
Cesárea	8	20,0
Vaginal	12	30,0
Vaginal/Cesárea*	3	7,5
Não Informado	17	42,5
Total	40	100,0

FONTE: O prontuário

*Realizou parto vagina e cesárea

Quanto ao tipo de parto, a Tabela 11 evidencia que 30% das gestantes realizaram partos vaginais e 20% foram submetidas à cesárea. Contudo, chama atenção a proporção significativa de 42,5% sem registro do tipo do parto no Prontuário. Em parte isso ocorre porque algumas puérperas passam a buscar o Centro de Saúde próximo das suas residências, ou por não haver, ainda, sistema de

prontuário integrado na rede de serviços da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, ou ainda, em parte, por problemas relativos à falta de registro por parte dos profissionais de saúde ao fazer a anamnese. Concorro com Tanaka (1996) que a falta de registro relativo a qualquer informação sobre a gestante pode comprometer a integridade da assistência.

Dados do Ministério da Saúde (2001) indicam que 44,1% dos partos na Rede Pública de Saúde e Conveniados foram cesarianas.

TABELA 12 – NÚMERO E PROPORÇÃO DE GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO O PARTO A TERMO. Brasília, 2004

PARTO A TERMO	FREQUÊNCIA	TOTAL (%)
Não	21	52,5
Sim	19	47,5
Total	40	100

FONTE: O prontuário

Segundo a Tabela 12, 52,5% das mulheres não tiveram parto a termo. Todavia, não foram encontrados dados precisos relativos ao número de parto pré-termo ou pós-termo. Diante do número considerado significativo de parto pós-termo, é sugerido que as enfermeiras na Consulta de Enfermagem atendam gestantes que não são consideradas de baixo risco e que precisem de cuidados mais complexos.

Esses dados demonstram que as enfermeiras, de fato, atendem gestantes com maior risco. Vale lembrar que o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pela enfermeira, tendo como base legal o Decreto nº 94.406/87.

TABELA 13 – NÚMERO E PROPORÇÃO DE GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO O RISCO GESTACIONAL. Brasília, 2004

RISCO	FREQUÊNCIA	TOTAL (%)
Alto	13	32,5
Médio	12	30,0
Baixo	10	25,5
Não Informado	5	12,0
Total	40	100

FONTE: O prontuário

Constata-se na Tabela 13 que 32,5% das usuárias em período gestacional foram consideradas de alto risco, 30%, médio risco, e 25%, baixo risco.

Segundo Ministério da Saúde (2000), os fatores de risco reprodutivo estão associados à probabilidade e ao encadeamento entre um fator de risco e um dano, que nem sempre está explicado ou é conhecido.

TABELA 14 – NÚMERO E PROPORÇÃO DE GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO A OCORRÊNCIA DE ABORTO. Brasília, 2004

ABORTOS	FREQUÊNCIA	TOTAL (%)
Não	30	75
Sim	10	25
Total	40	100

FONTE: O prontuário

Segundo a Tabela 14, pode ser observado que 25% das gestantes fizeram referência à informação da ocorrência de aborto.

No Brasil, de acordo com o Dossiê sobre Aborto Inseguro, Brasil (2001), 31% das gravidezes terminam em abortamento. Anualmente ocorrem, de acordo com as estimativas, cerca de 1,4 milhão de abortamento espontâneos e/ou inseguros, com uma taxa de 3,7 abortos para 100 mulheres na faixa de 15 a 49 anos. Consta no referido Dossiê que no Distrito Federal o número de internações relacionadas a abortos foi de 6.177.

Para Rezende (2002), os fatores que aumentam a ocorrência de abortos são: pobreza, desigualdade, exclusão, gravidez indesejada, práticas sexuais inseguras, desigualdade de gênero, entre outros.

TABELA 15 – NÚMERO E PROPORÇÃO DE GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO A OCORRÊNCIA DE CASOS DE NATIMORTOS. Brasília, 2004

NATIMORTOS	FREQUÊNCIA	TOTAL (%)
Não	39	97,5
Sim	1	2,5
Total	40	100,0

FONTE: O prontuário

A Tabela 15 apresenta a ocorrência de apenas um caso de natimorto (2,5%). Vardanega *et al.* (2002) consideram que ainda existe escassez de registros hospitalares fidedignos a respeito dos fetos natimortos, dificultando desse modo a real prevalência dos casos, bem como a realização de estudos que visem a conhecer fatores determinantes do óbito fetal e a possibilidade de sua prevenção. No entanto, esses autores referem-se em seu estudo que tem decrescido no País o número de natimorto, atribuído principalmente aos avanços da Obstetrícia e à melhoria da assistência pré-natal.

A natimortalidade, apesar de ainda pouco explorada pelas estatísticas oficiais, fornece informações valiosas sobre as condições de assistência perinatal, tornando-a assim evento sentinela da qualidade da atenção pré-natal e ao parto (AERTS, 1999).

TABELA 16 – NÚMERO E PROPORÇÃO DE GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO A REALIZAÇÃO DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM. Brasília, 2004.

REALIZAÇÃO DE CONSULTA	DE	NÚMERO DE CONSULTAS	DE	FREQUÊNCIA	TOTAL(%)
Não				1	2,5
	1			4	10,0
	2			1	2,5
Sim				8	20,0
	3			3	7,5
	4			8	20,0
Primigesta	-			15	37,5
Não Informou				40	100,0
Total					

FONTE: O prontuário

De acordo com a Tabela 16, é constatado que 42,5% das gestantes atendidas com mais de uma gravidez realizaram Consultas de Enfermagem anteriormente, o que contribui para que tenham a condição de fazer uma avaliação mais profunda sobre esse tipo de Consulta. É verificado, contudo, que, em 37,5% dos Prontuários, esse dado não foi registrado, comprometendo, assim, uma análise mais real dos dados.

QUADRO 2 – PROPORÇÃO DE GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO AS QUEIXAS FISIOLÓGICAS. Brasília, 2004

QUEIXA	TOTAL (%)
Azia	15,1
Baixo Peso	1,3
Câimbras	1,3
Febre	1,3
Cansaço	3,3
Cefaléia	5,2
Cólicas no baixo ventre	11,1
Corrimento vaginal	6,5
Dispareunia	2,6
Dor nas mamas	3,9
Dor na região lombar	3,3
Dor nas pernas	2,0
Fadiga	2,6
Inapetência	3,9
Micções Freqüentes	10,3
Náuseas	3,9
Obstipação Intestinal	8,3
Sangramento vaginal	1,3
Sonolência	1,3
Tontura	3,0
Vômitos	8,5
Total	100,0

FONTE: O prontuário

No Quadro 2, foram relacionadas as queixas fisiológicas referidas pelas gestantes, com destaque para azia (15,1%), as cólicas no baixo ventre (11,1%) e as micções freqüentes (10,3%).

Ziegel & Cranley (1985) afirmam que provavelmente os distúrbios fisiológicos mais comuns da gestação sejam os referidos, ocorrendo em cerca de 50 a 70% das grávidas e variando entre as náuseas leves, a azia, vômitos e as cólicas no baixo ventre. Esta última queixa é decorrente do aumento do útero. Consideram estes autores que a azia, vômito e náuseas, embora possam ocorrer devido a certas alterações orgânicas, podem ter também como causa fatores emocionais.

QUADRO 3 – PROPORÇÃO DE GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO AS QUEIXAS BIOLÓGICAS. Brasília, 2004

QUEIXAS	TOTAL (%)
Crescimento acentuado das mamas	4,5
Edema	20,8
Edema MMSS (Mãos)	18,6
Estrias	4,2
Melasma	8,3
Varizes	43,6
Total	100,0

FONTE: O prontuário

No Quadro 3, são apresentadas as alterações biológicas percebidas durante o processo da gestação, com destaque para as varizes, com 43% das citações, seguidas dos edemas, que representam 39,4%, da amostra.

Para Ziegel e Cranley (1985), as varizes não são peculiares à gestação, embora se enquadrem nos sintomas de compressão que acompanham a gravidez durante os últimos meses, particularmente entre as múltiparas. No entanto, os referidos autores afirmam que o edema relativo aos Membros Inferiores (MMII) é peculiar à gravidez, tornando-se mais acentuado à medida que a gestação progride.

QUADRO 4 – PROPORÇÃO DE GESTANTES ATENDIDAS SEGUNDO AS QUEIXAS EMOCIONAIS. Brasília, 2004

QUEIXA	TOTAL (%)
Ansiedade	10,7
Dificuldade de dormir	5,4
Medo	16,0
Nervosismo	5,4
Preocupação	25,0
Outros	14,3
Não Informado	23,2
Total	100,0

FONTE: O prontuário

No Quadro 4, são destacadas as alterações emocionais mais presentes na gravidez percebidas pelas gestantes, quais sejam: preocupação (25%), medo (16%) e ansiedade (10%). Uma parcela significativa da amostra não informou (23,2%).

Segundo Maldonado (1986), essas alterações emocionais vêm sendo alvo de vários estudiosos para justificar as características psicológicas pertinentes a cada trimestre da gravidez, que muitas vezes, para a autora, se somatizam em reações de medo, preocupação, angústia, ansiedade, tristeza e na ambivalência afetiva.

6.2 As Representações Sociais das Gestantes sobre a Consulta de Enfermagem no Pré-Natal

6.2.1 Resultados dos dados textuais das entrevistas

TABELA 17 – QUANTITATIVO DE UCES E DE PALAVRAS GERADAS POR UCE.

	CLASSE1	CLASSE 2	CLASSE 3	CLASSE4	CLASSE 5	CLASSE 6
Número de UCES	37	132	33	35	41	26
Percentual em relação ao total de UCES	12,17%	43,42%	10,51%	11,51%	13,49%	8,55%
Palavras analisadas por UCE	24,30	23,88	26,18	24,03	25,29	25,04
Tipicidade da Entrevista	Entrevista 1, 3 e 3	Entrevistas 7 e 8	Entrevistas 9, 10 e 13	Entrevista 2	Entrevistas 2, 9 e 12	Entrevistas 5 e 6

FONTE: ALCESTE

A Tabela descreve os quantitativos de UCES por Classe Temática e a tipicidade semântica das entrevistas individuais por classe temática gerados com a análise do *corpus* textual pelo ALCESTE. Do total de UCES que o programa produziu em todo o *corpus* textual, 304 foram classificadas e processadas para a geração das seis classes temáticas apresentadas. Globalmente, os resultados se mostram homogêneos em relação ao percentual de UCES por classe temática, com exceção da Classe 2, que é representada por 43,42% do total. As demais classes encontram-se assim representadas: Classe 1: 12,17%; Classe 3: 10,86%; Classe 4: 11,51%; Classe 5: 13,39% e Classe 6: 8,55%.

A quantidade de palavras analisadas por UCEs mostra-se também homogênea, havendo variações discretas sem significado relevante para a identificação e interpretação das tendências de sentido das classes temáticas, assim como das relações estatísticas e semânticas entre si.

Por outro lado, observa-se uma heterogeneidade na participação das entrevistas para a formação das classes, o que evidencia as singularidades de cada entrevista isoladamente, quanto à tendência de sentido predominante, sem entretanto significar dissociação do contexto geral do *corpus*, haja vista os níveis de correlação entre si, conforme será descrito logo posteriormente. Observa-se pontualmente a participação na composição de UCEs unicamente da Entrevista 2 para a composição da Classe 4, da mesma forma que as Classes 1, 3 e 5 apresentam UCEs de três entrevistas. De qualquer modo, a tipicidade das entrevistas por classe temática mostra-se assim distribuída: Classe 1: Entrevistas 1, 3 e 10; Classe 2: Entrevistas 7 e 8; Classe 3: Entrevistas 9, 10 e 13; Classe 4: Entrevista 2; Classe 5: Entrevistas 2, 9 e 12; e Classe 6: Entrevistas 5 e 6.

Na análise dos resultados, procurei identificar as representações das gestantes que realizaram o pré-natal na referida unidade de saúde sobre a Consulta de Enfermagem, as expectativas e necessidades em relação a esse atendimento, para o enfrentamento do processo da gestação, parto e puerpério. A análise centrou-se na busca de identificação dos significados compartilhados por essas mulheres.

No primeiro momento, apresentarei a análise das entrevistas individuais semi-estruturadas, realizadas com as 13 mulheres gestantes, com o auxílio do *software* ALCESTE, enfatizando o discurso coletivo, a associação entre as palavras utilizadas, sua frequência de aparecimento e as associações entre elas dentro de classes razoavelmente homogêneas quanto ao sentido das palavras no contexto.

Os resultados da análise lexical individual mostraram que as falas das gestantes se organizaram em torno de três Eixos principais e seis Classes Temáticas, conforme mostra a Figura 2.

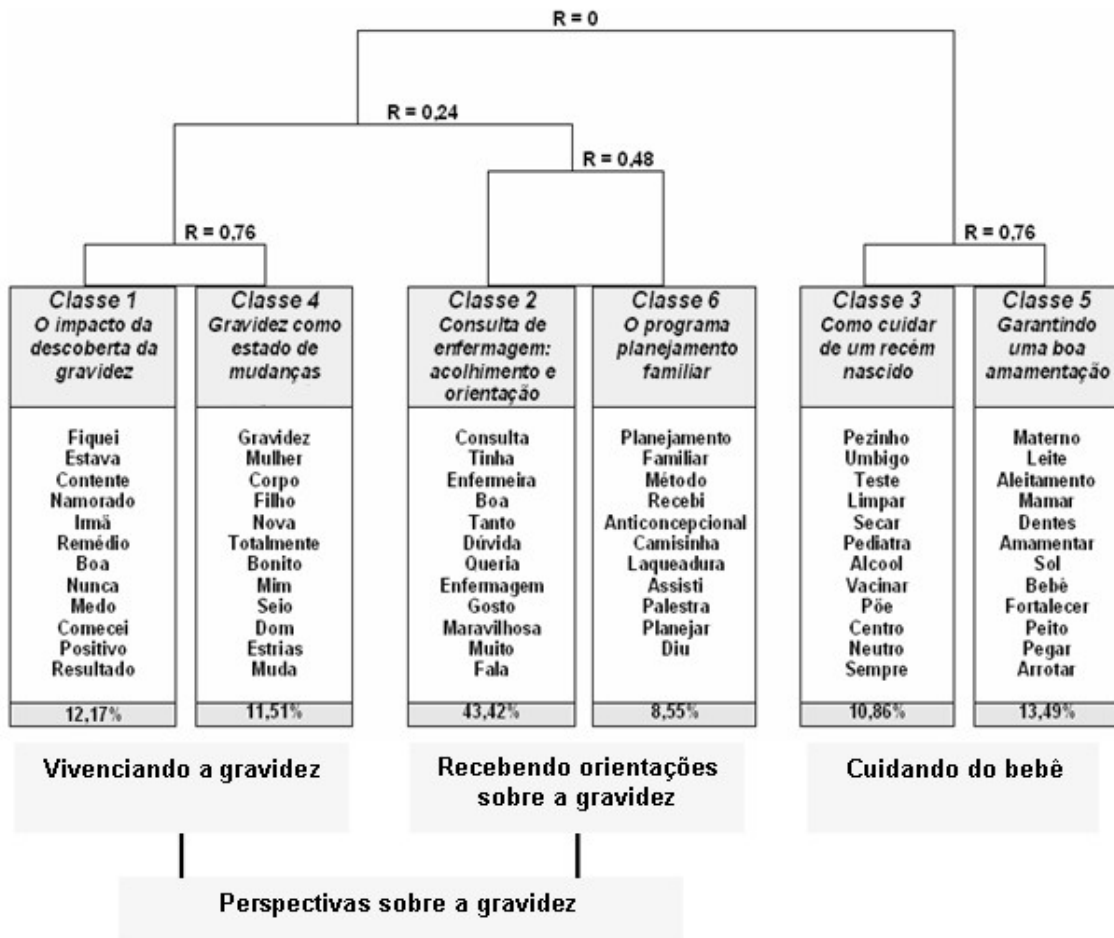


FIGURA 02 – DENDOGRAMA.

O primeiro eixo temático - **Vivenciando a Gravidez** (Classes 1 e 4) - descreve o impacto da descoberta da gravidez, a experiência de estar grávida, como também o processo de mudanças corporais. As falas centram-se nas descrições de conceitos, como representam a gravidez e o que essa fase significa em suas vivências. O segundo eixo temático - **Recebendo orientações sobre a Gravidez** (Classes 2 e 6) - descreve as representações das gestantes sobre a Consulta de Enfermagem, como um espaço de acolhimento, de cuidados com a gestante, de orientações recebidas sobre o processo gestacional e de planejamento familiar, reconhecido como importante, por ajudar a programar a família e conhecer as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). O terceiro eixo temático - **Cuidando do Bebê** (Classes 3 e 5) - descreve o aprendizado das gestantes para cuidar do recém-nascido, da higiene e do aleitamento materno.

6.2.2 Primeiro Eixo: Vivenciando a Gravidez

Este Eixo, que traz elementos importantes sobre a experiência vivida pelas mulheres durante a gravidez, possibilita identificar e entender como elas perceberam a descoberta da gravidez, bem como as mudanças biológicas e emocionais experienciadas. Composto por duas Classes Temáticas (1 e 4), analisadas a seguir, tal Eixo representa 23,68% do *corpus* das entrevistas individuais, revelando que, para as mulheres, vivenciar o período de uma gestação é uma experiência constituída de diferentes momentos ou etapas compartilhadas no seu contexto social.

6.2.2.1 Classe Temática 1 – O impacto da descoberta da gravidez.

Esta Classe Temática demonstra o significado da descoberta da gravidez, representada como uma experiência que comumente suscita sentimentos de surpresa no momento de sua constatação.

TABELA 18 - ENTREVISTAS INDIVIDUAIS - CLASSE TEMÁTICA 1. BRASÍLIA, 2005

PALAVRAS	FREQÜÊNCIA (F)	PERCENTUAL (%)	CHI-QUADRADO (X ²)
Fiquei			
Estava			
Contente			
Namorado			
Irmã			
Remédio			
Boa			
Nunca			
Medo			
Comecei			
Positivo			
Resultado			

FONTE: ALCESTE

Para Klaws e Kennell (1984), a confirmação da gravidez é, sem dúvida, um momento muito importante para a mulher. Por ser um período marcado por grandes e significativas mudanças, nele, sempre ocorre variação de sentimentos, como o de surpresa, alegria e tristeza, os quais transformam-se de acordo com a situação em que se encontra a gestante, sobretudo no que diz respeito à aceitabilidade por parte do parceiro.

Maldonado (1996) afirma que as reações apresentadas pelas gestantes frente à sua gestação poderão variar em função de fatores como o planejamento pessoal e, principalmente, o desejo da mulher em relação à maternidade. Desta feita, mesmo quando se deseja a vinda de um filho, há sempre uma parcela de dúvida. O atraso menstrual é vivido com um misto de alegria e apreensão entre as mulheres, entre o desejo real de sua chegada ou não.

Para Marcon (1989), a intensidade dessa mistura de sentimentos frente à gravidez varia não só de pessoa para pessoa, mas também de época ou de momento de vida que esta mulher atravessa.

Dessa forma, quando a gravidez é planejada, os sentimentos marcantes são de felicidade e alegria, como podemos observar nas seguintes exposições

A gente planejou e fiquei grávida em fevereiro, estou com oito meses e está sendo uma experiência super nova, tanto para mim quanto para ele. A gente está vivendo assim, estamos grávidos eu e ele, estamos grávidos e porque ele participa muito da minha gravidez (Sujeito 5)

[...] quando fiz a ecografia que o médico falou que era menina eu nem acreditei, fiquei radiante, não sinto nada, para mim tudo é normal nessa gravidez (Sujeito 9)

[...] estamos curtindo bastante [...] é uma gravidez planejada e bastante desejada por mim e pelo meu marido e está sendo ótima minha gravidez (Sujeito 2).

É observado, porém, que, quando a gravidez não é planejada, a gestação passa a ser representada como um momento difícil e solitário, sobretudo no período inicial, embora com o passar do tempo gere sentimentos prazerosos.

[...] essa gravidez não foi, como digo, não estava nos planos. Só sei que no final do mês falhou, fiz o exame e deu positivo [...] meu marido ficou muito contente (Sujeito 11).

A gravidez não planejada, entretanto, pode suscitar, também, sentimentos positivos de realização como mulher, de felicidade e alegria, principalmente, quando

o parceiro, ao tomar conhecimento da gravidez, manifesta de forma positiva o desejo de assumir com a parceira a chegada do bebê.

[...] não foi uma gravidez planejada, foi um susto pra mim, meu primeiro filho, acho que a gente sempre tem um susto mesmo, não foi planejada, mas foi ótima, meu marido ficou muito feliz [...] foi tudo muito maravilhoso, apesar de não ter sido planejada, acho que não precisa planejar uma criança, ela tem que vir de um mandado de Deus (Sujeito 13).

[...] a minha gravidez! Antes eu nem queria ter, porque a minha primeira gravidez foi tão complicada [...] eu tive infecção hospitalar, mas agora fui aceitando, meu marido queria tanto ter um filho que eu fui mudando de idéia (Sujeito 3).

A aceitação por parte do parceiro propicia tranquilidade, porque permite ressignificar suas representações sobre o impacto da gravidez não planejada. Segundo Ziegel e Cranley (1985), o grau de comprometimento do homem na gravidez depende de sua idade e fase de desenvolvimento, sua aceitação da gravidez, seu próprio estilo pessoal, seu relacionamento com a parceira e até da expectativa da mulher em relação a ele.

Além disso, pode ser percebido no depoimento que o parceiro, usualmente, determina o momento do casal gerar um filho.

Bem, minha gravidez não foi planejada por mim, porque no caso eu comecei a tomar remédio [...] meu namorado, ele queria, descobriu e pegou o remédio e jogou fora (Sujeito 8).

Nas entrevistas, ficou constatado, também, que um dos parceiros não acolheu a gestante e excluiu-se da gravidez, manifestando o desejo de interrompê-la, sem considerar o significado disso para ela. Contudo, esta gestante assumiu sua gravidez sozinha e apontou a vivência de sentimentos de tristeza e a decepção por ter sido abandonada.

[...] quando eu descobri que estava grávida e ai quando eu contei, o pai falou que não queria e que eu tirasse, mas eu resolvi ter de qualquer jeito (Sujeito 12).

Como destaca Maldonado (1986), até as mulheres que se dizem independentes podem manter, mesmo secretamente, a esperança e o desejo de que o homem reconheça o filho e a sua aceitação no seio familiar. Nesse sentido, é observada para as mulheres a representação social de que um filho deve ser gerado de forma partilhada com um parceiro.

Contudo foi verificado que o desejo da mulher frente à importância de ter um filho a encoraja a enfrentar a opinião contrária do parceiro, bem como a assumir a gravidez sozinha.

{...} bom, a minha gravidez não foi planejada, né?. Eu não planejei, infelizmente eu nunca pensei em ter filho na verdade, eu falei que teria sobrinhos mas nada de filhos {...} mas fiquei sabendo que eu tava grávida com dez semanas, com os exames que eu fiz, e resolvi ter, mesmo o pai não querendo. Filho é tudo para mim, algo muito importante (Sujeito 12).

Podem ser identificadas representações que demonstram a importância da família no processo da gestação. Ao se descobrir grávida, toda mulher busca apoio e segurança, o que revela existir a expectativa da gestante com o acolhimento do parceiro e da família. Há também contradição no discurso do sujeito 12, pois inicia dizendo que não queria filho, só sobrinhos, mas ao se sentir grávida ressignifica a gravidez que passa a fazer parte de seu projeto de vida, conseqüentemente ajuda a superar as dificuldades.

{...} essa gravidez não foi planejada, mas meus filhos ficaram muito contentes e meu marido também ficou muito contente (Sujeito 06).

Para Ziegel e Cranley (1985), a aceitação da família em relação a uma gravidez pode ser positiva ou negativa, dependendo do contexto sociocultural. No geral, as famílias são mais receptivas para a gravidez planejada e compartilhada. Entretanto, quando isso não ocorre o relacionamento dentro da família costuma modificar-se, à medida que seus membros vão se conscientizando da situação que envolve as circunstâncias da gravidez.

[...] quando descobri, tive que contar pra minha mãe, minha mãe ficou decepcionada, falou que nunca esperava isso de mim e ficou brava, foi um momento muito difícil, agora já estou me entendendo com minha mãe (Sujeito 07)

O impacto e as repercussões da gravidez sobre os familiares dependem dos valores individuais da família. Segundo Almeida (1999), o modo pelo qual cada família reage frente a uma gravidez pode ser apreendido de várias formas e permite várias possibilidades de arranjos e negociações mais ou menos complexas.

A autora destaca, ainda, que em situações de não legitimação, como por exemplo, quando ocorre gravidez sem uma relação estável, a família poderá possuir poderes decisórios. Como consequência, existe o medo das mulheres que assumem a gravidez sozinha em relação aos seus familiares, pois estes podem não compartilhar deste desejo e não assumirem a sua parcela de participação e apoio nesse momento.

Há algum tempo, uma gravidez fora dos laços matrimoniais era uma situação representada de forma vexatória para a família. O casamento era representado como uma condição indispensável à “reparação do erro”, “salvando a honra da família”. Para Vieira (2000), uma parcela considerável da população brasileira ainda representa a gravidez ancorada a uma relação estável.

Assim sendo, destaca-se a dificuldade de contar sobre a gravidez aos familiares, principalmente quando não é fruto de um planejamento, de uma relação estável ou de autonomia para prover a chegada de um bebê.

[...] quando falei da gravidez, o pai não aceitou, falou que não queria essa gravidez, pediu para que eu tirasse [...] minha irmã me apoiou (Sujeito 12).

[...] acusou gravidez positivo, né? Fiquei doidinha na hora. Ah! meu Deus do céu, tava eu e minha irmã, nem minha mãe não estava, aí eu liguei pra ela e contei. Depois, minha irmã contou tudinho pra minha família. Ah, ela vai ter nenê, meu namorado chegou e conversou comigo e conversou com minha mãe [...] agora todo mundo já sabe” (Sujeito 8).

A gravidez também é representada como uma situação que gera diversos tipos de medo, relacionados com as mudanças bruscas que ocorrem em curto espaço de tempo na vida de uma mulher.

Bom, eu tô com certo medo, o meu primeiro filho, fica assim com medo, elas falam pra gente ficar mais calma que vai dar tudo certo (Sujeito 12).

Conforme Barini (2000), a gravidez sempre envolve, com maior ou menor intensidade, apreensão e temores quanto à sua evolução, ao parto e à chegada do bebê, por ser uma experiência nova e, como tal, gerar angústia e medo.

[...] a gente na gravidez, fica com medo, a enfermeira fala pra não ter medo, ficar calma, mas a gente tem medo do parto e de como vem o bebê, porque no meu caso tem a diabetes, né? (Sujeito 03).

Para muitas gestantes, persiste a idéia de que as alterações físicas e orgânicas, que causam mal-estar na gravidez, são características de doença e o parto é tido como um momento de risco. Há indícios de que algumas gestantes partilhem socialmente a visualização da gravidez como doença e um momento de risco de morte.

Possivelmente, essa representação vai prevalecer em função das condições socioeconômicas que favorecem a uma gravidez com deficiências orgânicas e debilidades psicossociais, que a tornam vulnerável ao aparecimento de complicações.

Além disso, o parto foi representado como um momento de risco de morte. Talvez isso tenha relação com o índice elevado de mortalidade materna em suas formas direta e indireta há longa data. Esta informação pode chegar às gestantes com diferentes significados gerando apreensões e medo. Segundo o Ministério da Saúde (2005), o índice de mortalidade materna ainda é considerado alto. Em 2003, a razão de mortalidade foi de 57,1 por 100.000 mil recém-nascidos vivos. As principais causas dessas mortes no país são chamadas diretas, decorrentes de complicações obstétricas durante a gravidez, o parto ou o puerpério, em conseqüências de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos relacionados a qualquer um desses fatores (BRASIL, 2005b).

De acordo com o Ministério de Saúde (2004), o índice elevado de mortalidade materna ainda neste século gerou, por parte do Governo Federal, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 2004, assumido pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

[...] tenho medo do parto. Aí quando falei que tinha medo do parto, ela informou que eu podia levar um acompanhante eu fiquei mais tranqüila (Sujeito 10)

[...] na gravidez eu tenho muito medo, tenho medo do parto, de morrer e deixar meus filhos (Sujeito 11).

[...] na primeira gravidez até desenvolvi uma diabetes gestacional, mas tenho certeza que vai dar tudo certo [...] pois, na verdade, eu tenho medo, muito medo, pois eu não morri mesmo no parto, porque não era meu dia (Sujeito 3).

O medo na gravidez, também, está relacionado com a preocupação em apoiar e suprir as necessidades de um novo ser que vem ao mundo. Nesse momento, os pais são chamados à responsabilidade para criar o filho, até que sejam autônomos e independentes.

A gravidez é um momento de alegria e medo [...] quando se vai ter um filho a gente se preocupa com as dificuldades. Colocar no mundo não é assim fácil não (Sujeito 11)

Eu acho assim, um momento de mais, como eu digo, que a gente fica mais preocupada com tudo, com o bebê que vai chegar (Sujeito 2).

[...] na minha gravidez fiquei muito preocupada, os outros é que ficaram alegres. Meu marido, coitado, também ficou assustado [...] porque a senhora sabe, um filho é sempre mais um filho pras despesas (Sujeito 1).

A decisão de ter um filho é muito séria, principalmente porque envolve um compromisso irreversível para o resto da vida. Isso é muito profundo, podendo suscitar uma gama de sensações e de emoções em diferentes intensidades (Maldonado,1996).

A mesma autora considera que essas representações das gestantes sobre a gravidez estão associadas ao nível de auto-exigência da mulher com sua condição feminina e social. A preocupação com o futuro aumenta as necessidades da gestante e intensifica suas cobranças consigo mesma, o que pode impedir a gratificação na gravidez.

6.2.2.2 Classe Temática 4 – Gravidez como estado de mudanças

Esta Classe Temática revelou que a gravidez é um momento de profundas e complexas mudanças na vida de uma mulher. Trata-se de mudanças físicas, emocionais e sociais.

TABELA 19 - ENTREVISTAS INDIVIDUAIS - CLASSE TEMÁTICA 4 – 2005

PALAVRAS	FREQÜÊNCIA (F)	PERCENTUAL (%)	CHI-QUADRADO (X ²)
Gravidez	77	37,66	69,21
Mulher	19	57,89	42,80
Corpo	12	66,67	37,30
Filho	34	41,18	33,06
Nova	4	100	31,15
Totalmente	4	100	31,15
Bonito	6	83,33	30,99
Mim	33	39,39	28,25
Seio	13	53,85	23,89
Dom	5	80	23,41
Estrias	3	100	23,29
Muda	3	100	23,29

FONTE: O ALCESTE

Nessa perspectiva, fica evidenciado que a gravidez vai além da função reprodutiva, apresentando-se associada a um dom divino, à possibilidade de gerar um novo ser, à responsabilidade sobre este, assim como a um fenômeno que representa o surgimento de novas necessidades pessoais e sociais

As falas a seguir representam a gravidez como uma experiência que se encontra vinculada a um dom divino.

[...] gravidez pra mim, eu acho que é uma benção de Deus, é um dom divino, é uma maravilha a mulher ficar grávida, gerar uma vida, gerar um filho (Sujeito 10).

[...] pra mim a gravidez é um dom de Deus. A gravidez é muito importante para a mulher, além de tudo, é um dom que Deus dá as pessoas que querem ter filhos (Sujeito 2).

Nessa visão, segundo Lemos (1994), a concepção de gravidez ultrapassa a de fenômeno biológico para constituir-se numa experiência ligada à visão sobrenatural, como algo sagrado e místico. Para Centra *apud* Lemos (1994), esse tipo de visão coloca a gestação num plano muito longe do real e isto se dá para justificar a falta de clareza sobre a natureza da gravidez e, assim, buscar no seu contexto individual os elementos que possam explicá-lo.

É percebido, por meio desses depoimentos, que há necessidade de se familiarizar com o desconhecido para entendê-lo e, assim, fazer a ressignificação do mistério que envolve a geração de uma vida.

Vivenciar a gravidez significa acompanhar todo um processo de alterações que acontecem na vida da mulher e de preparação para acolher o novo ser. Assim, as gestantes em suas falas revelam que a responsabilidade com esse novo ser é um aspecto importante dentro dessas mudanças apontadas, que ocorrem no processo gestacional.

[...] para mim, gravidez é como renascer. É uma responsabilidade muito grande, é uma nova vida, é botar no mundo e ser responsável pelo ser que a gente está gerando (Sujeito 4).

[...] a gravidez vem assim com muita mudança, é uma coisa assim nova [...] gera muita preocupação porque a gente fica sem saber se vai dar conta de segurar mais um filho, né?(Sujeito 6).

[...] eu acho que não existe coisa assim maior do que a responsabilidade da gravidez [...] mas não existe coisa melhor e, assim, transforma totalmente a nossa vida (Sujeito 10)

Para Lemos (1994), a gravidez contribui para o amadurecimento da mulher, na medida que, ao procriar, ela se dá conta – facilitada pela pressão de sua própria representação da maternidade – da responsabilidade que esta traz e de que há necessidade de mudar a sua maneira de ser e de se adaptar a uma nova forma de vida. Ao mesmo tempo que desperta o sentimento prazeroso de fertilidade, criação e concretização do feminino que são experimentados com certa leveza, a gravidez carrega, também, o componente responsabilidade e compromisso com o novo ser, agregando uma dimensão mais pesada à experiência.

Analisando a responsabilidade como um fator gerado durante o processo da gravidez, Bardwick, *apud* Cavalcante (2000), considera que esta pode desencadear sentimentos de angústia e a perda da individualidade. Para o autor, os sentimentos que emergem nesse período estão, em geral, associados à pressão social, o que pode ocasionar dificuldades para a mulher assimilar os seus próprios sentimentos. Nesse sentido, é considerado que a gravidez deve ser um momento da mulher propício para uma busca interior.

No dia-a-dia profissional, convivendo com as gestantes, percebo que elas criam um mundo de intensas preocupações e expectativas próprias de cada uma.

[...] a gravidez, a gente se preocupa com tudo. Ah! a gente se preocupa com o filho, mas a gente também fica assim feliz, né? (Sujeito 13).

Segundo Maldonado (1996), esse mundo de expectativas das gestantes, frente ao processo gestacional e ao futuro do filho, favorece o surgimento dos componentes de ambivalência e regressão psicológica na gravidez.

Aragão (2002) também considera que essas representações trazem sentimentos contraditórios, por vezes ambivalentes, que podem ocorrer simultaneamente na vida da mulher gestante, pois, ante a possibilidade de ser mãe, vem a preocupação com a vida do outro e a sensação de nunca mais estar sozinha.

A gravidez tem sido representada como o ideal máximo da mulher, caminho da plenitude, realização da feminilidade e possibilidade de gerar um novo ser como um atributo importante, associado à fertilidade da mulher. É o que revelam as falas das gestantes.

[...] pra mim a gravidez, eu acho muito importante porque você mulher tem um filho, pode gerar um filho (Sujeito 13)

[...] a gravidez eu acho demais assim pra mulher, porque só ela como mulher é que tem um filho, eu acho a gravidez importante por isso também (Sujeito 9).

Analisando os relatos das gestantes, fica evidente que, na percepção subjetiva de cada uma, a gravidez é representada como um momento sublime em suas vidas. Nas justificativas dadas, a experiência de estar grávida dá visibilidade ao feminino e reafirma a fecundidade como algo que enaltece a condição de mulher.

[...] a gravidez, ah! é a gente tá fértil, é a gente poder mostrar pras pessoas que a gente tá fértil [...] a barriga grande, totalmente grande e fértil} (Sujeito 6).

Nesse sentido, verifico, a partir das falas das gestantes, que suas representações acerca da maternidade corroboram com a visão de Lemos (1994), Braga e Amazonas (2005), quando afirmam ser a gravidez um fator importante na vida da mulher, mesmo considerando as dificuldades pertinentes ao período, porque a maternidade é concebida como um sonho almejado de mulher.

A gravidez eu acho que é o sonho de toda mulher [...] acredito que toda mulher sonha ter um filho (Sujeito 6).

[...] eu sempre sonhei em ser mãe, porque eu sempre achei muito bonito uma mulher grávida e aí eu já estou na terceira barriga [...] agradeço por ter realizado meu sonho (Sujeito 11).

Segundo Aragão (2002), Braga e Amazonas (2005), a concepção da maternidade, quando associada a um sonho, a uma necessidade de toda mulher e à insatisfação por não poder gerar um filho, é um pensamento social que talvez explique por que, até à atualidade, muitas mulheres sintam-se frustradas quando, por diferentes razões, são impedidas de gerarem um filho.

Desta forma, percebo nas falas a seguir a representação de que a mulher, ao gerar um filho, torna-se mais mulher. Além disso, o filho é representado como possibilidade de sua própria continuação.

[...] bom, gravidez é muito importante para mulher, é um filho que ela vai ter pro resto da vida, acho que é importante para mulher, para a felicidade dela. Estar ali, para quem ela olhar de manhã dá mais coragem na vida (Sujeito 12).

[...] gravidez é muito importante, na vida de uma mulher, ela se torna mais importante [...] e a gente sabe que tem de criar aquele filho e cuidar pro resto da vida (Sujeito 6).

As gestantes revelaram em suas falas as mudanças físicas e emocionais, que por vezes aparecem simultaneamente com significados ora positivos, ora negativos. Tais mudanças referem-se ao modo como as entrevistadas percebem seu corpo no desenvolvimento da gravidez.

Nesse período, há também a relação da mulher com seu próprio corpo em processo de mudanças, que começam a ocorrer na primeira semana da gestação e continuam durante todo o período gestacional. Embora sejam normais e necessárias, essas modificações causam certo desconforto à mulher, que é ainda mais acentuado em “gestantes de primeira viagem”, pois enfrentam muitas novidades em relação a seu corpo.

Para Szefer (2002), essas mudanças são observadas entre as mulheres de forma diferente; algumas percebem o seu corpo em fase de maternidade sem preocupação e com mais leveza:

[...] a gravidez para mim é uma mudança que ocorre no nosso corpo, a barriga cresce, o peito fica sensível, bastante dolorido [...] a gente fica assim, com o corpo bem diferente (Sujeito 2).

[...] meu corpo mudou bem, agora já estou no sexto mês assim, tá bacana, né?, minha barriga tá bastante grande, meu peito também cresceu bastante e tá tudo ótimo (Sujeito 10).

[...] a gravidez também é a modificação do corpo, a cabeça também, muda um pouco a cabeça, no caso, e meu corpo, também, mudou totalmente. Eu engordei um pouquinho, no começo não, no começo eu fiquei bem magrinha, fiquei magra, bem magra, de repente mudou criei perna, bunda, seios, tudo aumentou a mama tá mais bonita (Sujeito 8).

[...] os seios também ficam bonitos, bem cheios, bem bonitos, era todo peito, e o peito que toda mulher queria ter sem silicone. Mas, é assim, é bonito, eu me acho bonita, a gente fica mais bonita (Sujeito 6).

[...] aí a barriga foi crescendo, todo dia eu ficava na frente do espelho olhar um pouquinho, todo dia eu sabia que crescia, eu via [...] os meus seios começaram a ficar maiores, comecei a ver tudo, olhava no espelho e apalpava, via que eu estava ficando muito linda (Sujeito 13).

Para algumas gestantes, é difícil a aceitação das modificações que se apresentam no seu corpo, chegando a considerá-las incômodas. Essa dificuldade em aceitar o novo corpo acontece porque a mulher canaliza grande parte da atenção para o seu aspecto estético, comparando seu corpo de gestante com o modelo físico ideal de corpo feminino hegemônico na sociedade atual e propagado pela mídia. Conforme Maldonado (1996), isso ocorre porque algumas mulheres têm dificuldade para aceitar o estado grávido, ou seja, querem ter um filho, mas não “curtem” a barriga, por acreditar que a perda da silhueta é irreversível.

A minha gravidez modificou um pouquinho, porque no caso eu não tinha estrias no meu corpo, criou estrias nos meus seios, às vezes meus pés incham um pouquinho [...] agora é estranho, meu corpo mudou totalmente (Sujeito 8).

Na gravidez, a mulher sente, se sente totalmente diferente do que ela é, sem estar grávida. Ela, os seios crescem, ela fica com os quadris largos, além de ter todos aqueles outros sintomas que a gente fica meio irritada e tal (Sujeito 9).

[...] em relação ao corpo, acho que uma mulher pensar em tá grávida tudo muda, não sabe que nunca mais vai ser a mesma coisa . Eu acho que é isso que acontece com a gente na gravidez (Sujeito 10).

Para Costa *apud* Souza (1996), as repercussões psicossomáticas da gravidez são universais, embora haja variações na historicidade, temporalidade, forma, tipo e intensidade com que os fenômenos ocorrem. É possível constatar as repercussões que vem à tona durante esse período e associá-las ao pensamento da autora, a partir das representações reveladas nos depoimentos.

Contudo, para Teixeira (1999), essas alterações contribuem para que as gestantes se adaptem às modificações, tanto fisiológicas como psicológicas, de

forma a facilitar o enfrentamento no processo de gravidez, do parto e, especialmente, da maternidade.

Fica constatado que as modificações referidas nas falas das gestantes se assemelham ao que Canavarro (2001) afirma: que a repercussão da gravidez sobre o organismo da mulher está alicerçada na inter-relação entre as alterações físicas, evidentes no chamado “corpo grávidico”, e as que acontecem psicologicamente na mulher, gradativamente modificada com a evolução do processo gestacional. Durante nove meses, a mulher passa por momentos bons associados a sentimentos que vão além das mudanças físicas. São emoções, percepções e pensamentos que se manifestam no comportamento da gestante e que podem fazê-la sofrer uma verdadeira revolução durante a gravidez, tornando-se necessária a valorização da sua dimensão subjetiva.

[...] a gravidez é assim uma coisa diferente. Na gravidez a gente se sente diferente, tudo muda, o corpo, a cabeça [...] a gente fica assim, preocupada, qualquer coisa diferente a gente já fica ansiosa, eu mudei muito, no início fiquei magra, depois engordei (Sujeito 8).

É possível perceber essas repercussões emocionais que vêm à tona durante esse período.

[...] gravidez pra mim é uma mudança, a gente muda [...] às vezes, dá enjôo, mal-estar e outros sintomas, como ficar sensível, chorando por qualquer coisa (Sujeito 2).

[...] a gravidez vem assim com muita mudança [...] e sem contar das transformações, a gente fica meio chata, fica mais impaciente, apesar da gente tá sendo orientada e tudo fica meio perdida, com essa gravidez e com esse filho que vai chegar, e assim a barriga da gente que cresce, e a gente fica meio em depressão (Sujeito 6).

[...] na gravidez fiquei muito sensível, choro por qualquer coisa assim [...] uma ansiedade que a gente tem, esperando o bebê nove meses (Sujeito 3).

[...] assim, na gravidez a gente fica assim como se diz é, muito frágil, sensível, entendeu? (Sujeito 1).

De acordo com Lemos (1994), a gravidez é um momento delicado na vida de uma mulher. Nela, a gestante será levada a atribuir um novo sentido à sua vida, à própria relação familiar e em particular com o seu companheiro.

Szejer (2002) afirma que existe todo um discurso social idealizante a respeito da gestante. Segundo a autora, idealiza-se a imagem da gravidez como sendo um período bem sucedido e sempre prazeroso. Esta idealização da gestação banaliza o fenômeno da gravidez e não leva em conta a violenta experiência vivida por algumas mulheres: dramática, angustiante ou repleta de outras dificuldades.

Nesse sentido, Bydlowski (2002) diz ser interessante considerar cada sintoma que essas mulheres relatam sobre a experiência que estão vivendo, o significado das modificações que manifestam, sejam elas físicas ou psíquicas e o contexto preciso em que sua gestação se situa, a fim de estabelecer as condutas a partir de casos individuais ou coletivos.

Dessa forma, fica constatado que as transformações que vem à tona no desenvolvimento da gravidez podem provocar reações positivas ou negativas, que estão diretamente ligadas com o modo como a própria mulher se vê diante da gestação, a realidade social em que esta vive, bem como as diferenças individuais que a tornam o ser singular.

6.2.3 Segundo Eixo: Recebendo orientações sobre a Gravidez

Neste Eixo Temático, encontram-se as representações apontadas pelas gestantes acerca do acolhimento e das orientações recebidas sobre o processo da gravidez e planejamento familiar, por ocasião da Consulta de Enfermagem no Pré-Natal.

O referido Eixo apresenta a tendência do sentido descrito por meio de duas Classes Temáticas (2 e 6), apresentando um nível de correlação considerado moderado ($R = 0,48$). As Classes serão analisadas na seqüência, ocupando o maior percentual do *corpus* das entrevistas individuais (51,97%).

6.2.3.1 Classe Temática 2 – Consulta de Enfermagem: acolhimento e orientação

As representações desta Classe Temática revelam como a Consulta de Enfermagem pode contribuir para o desenvolvimento do Pré-Natal. Considerada um momento interativo, essa Consulta permite à gestante uma maior abertura para colocar suas dúvidas, suas expectativas e seus sentimentos. Ao mesmo tempo em que é acolhida, ela recebe informações e orientações para acompanhar a evolução da gestação, do parto e do puerpério.

TABELA 20 - ENTREVISTAS INDIVIDUAIS - CLASSE TEMÁTICA 2 – 2005

PALAVRAS	FREQÜÊNCIA (F)	PERCENTUAL (%)	CHI-QUADRADO (X ²)
Consulta	89	83,15	80,83
Tinha	29	48,28	39,09
Enfermeira	63	71,43	25,37
Boa	27	84,38	24,42
Tanto	11	54,55	19,17
Dúvida	20	90	18,91
Queria	12	50,00	16,72
Enfermagem	28	78,57	15,51
Gosto	11	100	14,87
Maravilhosa	11	100	14,87
Muito	120	55,83	12,43
Fala	10	90,91	10,48

FONTE: O ALCESTE

Atualmente, a organização dos serviços de atenção básica à saúde no Brasil é direcionada pela lógica dos programas específicos a cada grupo de pessoas. No caso da gestante, o programa específico é o Pré-Natal dentro do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). E, dentre as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras nesses programas institucionais, destaca-se a realização da Consulta de Enfermagem.

As falas evidenciam que o conhecimento dessa Consulta se dá a partir da participação da gestante no Pré-Natal, confirmando a posição de Wall (2001), quando diz que a maioria da população desconhece a Consulta de Enfermagem como parte essencial do trabalho da enfermeira, além de não usufruir dos Programas de Saúde direcionados a determinados grupos, dentre eles o grupo das gestantes do Pré-Natal.

[...] quando vim fazer o pré-natal no Centro, fiquei sabendo que tinha essa consulta. Aí, falei assim pro meu marido, no Postinho disseram que tem a Consulta de Enfermagem no Pré-Natal (Sujeito 11).

[...] a consulta foi uma descoberta, primeiro que eu nem sabia se tinha consulta com a enfermeira, nunca tinha visto falar [...] tomei conhecimento depois que vim fazer o Pré-Natal, depois gostei muito (sujeito 7).

[...] quando fui fazer o Pré-Natal, foi que eu fiquei sabendo que tinha a consulta com a enfermeira [...] no meu outro filho tive consulta só com o médico, é uma consulta ótima (Sujeito 9).

Os depoimentos indicam que as gestantes desconhecem a Consulta de Enfermagem como sendo uma atividade inerente da enfermeira, confundindo sua execução por outras profissionais da equipe (no caso a auxiliar ou a técnica de enfermagem). Por outro, essa Consulta recebe um atributo de menor valor na escala de complexidade da atenção, sendo considerada uma atividade técnica mais simples e mera coadjuvante do atendimento à gestante no acompanhamento do Pré-Natal.

Duas gestantes revelaram uma questão importante, que é a redução e simplificação da Consulta de Enfermagem como um procedimento básico de verificação de sinais vitais e medidas antropométricas sem identificar a formação do profissional que a realiza.

[...] e aí quando disseram que tinha Consulta de Enfermagem no Pré-Natal, aí eu pensei que era só pra ver a pressão e pesar naquela sala. Quando vim aí eu gostei muito e não faltei nunca a nenhuma (Sujeito 11).

[...] eu pensava que era apenas aquela da sala que pesam e medem a gente [...] aí descobri que não e que essa consulta é ótima (Sujeito 7).

O desconhecimento da população sobre as atribuições e competências da enfermeira foi objeto de estudo de Salles⁶ (1983, p. 25), que o apresentou como sendo o perfil do pensamento social do que é ser enfermeira:

⁶ Salles, M é jornalista. Participou do XXXV Congresso Brasileiro em São Paulo em 1983.

É aquela auxiliar do médico que não é doutor. É a moça de touca branca e da cruz vermelha dos filmes de televisão. É quem carrega a maca ou empurra a cadeira. É quem aplica a injeção ou tira a temperatura. É quem fica mais tempo ao lado do doente. Manda chamar o médico na hora precisa. É quem ajuda o cirurgião a operar ou a criança a 'nascer'.

Lima (2003), ao comentar sobre o assunto, vai além quando se refere ao fato de que a enfermeira, ainda, enfrenta dificuldade para realizar a Consulta de Enfermagem, tendo em vista as inúmeras atividades administrativas que a sobrecarregam. De acordo com Lacerda (2000), grande parte da população não desfruta de consultas com enfermeiras, o que colabora para que não reconheçam o papel social dessa profissional como categoria prestadora de importante serviço para a população.

Infere-se que essa representação da gestante sobre a enfermeira, conforme a fala desses autores, vem repleta de uma bagagem cultural, construída a partir do senso comum, e de informações recebidas por meio do pensamento popular e até da comunicação social. De acordo com Germano (1993, p 85.), a profissão da enfermeira traz, desde sua origem, muitos símbolos de subordinação ao médico, dificultando seu prestígio e reconhecimento no seu espaço de atuação.

À medida que o atendimento à saúde da população foi tornando-se mais complexo e incorporando outros profissionais, deu-se, conforme Pires (1989), uma divisão técnica e social do trabalho em saúde.

Nesse sentido, Almeida e Rocha (1989) consideraram que os cuidados de enfermagem, por sua vez, foram fragmentados em técnicas e procedimentos de diferentes escalas de complexidade, requerendo dos profissionais diferentes níveis de formação escolar. É quando surge a enfermagem profissional, que, de acordo com Silva (1989), exige deste tipo de trabalhadora o Curso Universitário, trazendo, assim, uma nova contribuição à atenção à saúde e ao cuidado de enfermagem.

Sob esta perspectiva, a enfermeira adicionou muitos saberes e práticas ao exercício de suas funções. Lacerda (2000) evidenciou que, para a realização das novas funções, era necessário mais que o simples saber acadêmico técnico-biologicista, ou seja, para o desenvolvimento desses cuidados, a profissional enfermeira precisou lançar mão de: habilidade, segurança e experiência no contato com as pessoas, grupos e comunidade.

Assim, as gestantes revelaram em suas falas que, ao se submeterem à Consulta de Enfermagem no Pré-Natal, perceberam como um momento terapêutico de interação satisfatório para assisti-las no período da gestação. Ademais, reconheceram, nesse atendimento, a enfermeira como uma profissional competente, segura, tranqüila e com habilidades educativas.

A consulta, achei muito boa, completa e a enfermeira bastante competente, muito simpática, sabe muito ouvir o paciente que é o principal [...] essa consulta está me ensinando tanto a me cuidar e como também a ter saúde. Então, gostei da consulta e toda vez que eu ficar grávida, eu vou voltar à Consulta de Enfermagem, até já falei para minhas amigas como essa consulta é boa (Sujeito 7).

Pra mim a consulta foi ótima e eu que não sabia que tinha a consulta no Pré-Natal. Gostei muito porque a enfermeira é maravilhosa, muito competente, atenciosa e escuta e ajuda a gente, né?, é isso aí!(Sujeito 13).

[...] é uma consulta importante, porque a gente que vive de serviço público, né, procurar o serviço melhor, uma informação melhor, um atendimento melhor e a gente achou isso com a enfermeira (Sujeito 9).

É apropriado dizer que as falas das gestantes exprimem a idéia da “qualidade” da Consulta de Enfermagem, quando diz que a enfermeira tem competência e habilidade para ajudá-las a entender e absorver com mais clareza todas as sensações que acontecem no transcorrer da gravidez, do parto e do puerpério.

Embora “qualidade” seja uma idéia considerada por Donabedian *apud* Adami *et al.* (1997, p.553) de difícil definição, esse autor considera e apresenta em seus estudos um conceito unificado, no qual expressa que o melhor cuidado é o que maximize o bem-estar do paciente, levando em conta o balanço dos ganhos e perdas esperados que acompanhem o processo do cuidado em todas as etapas. Entendo, assim, que assistência de qualidade implica aumentar as probabilidades de êxito da gestação, parto e puerpério saudáveis e reduzir riscos e outros eventos considerados como indesejáveis para este processo.

Reforçando esse conceito, Gomes, *apud* Vuori (1991), comenta que a qualidade possui muitas facetas e que, atualmente, denota um grande espectro de características desejáveis de cuidados que incluem a efetividade, eficácia, eficiência, equidade,

acessibilidade, adequação, aceitabilidade e qualidade técnico-científica. A essas características, Gomes, *apud* Vuori (1991), acrescenta mais dois atributos: a continuidade dos cuidados e a comunicação dialógica entre o profissional de saúde e o paciente.

Em relação à qualidade da consulta executada pela enfermeira, houve por parte das gestantes a iniciativa de compará-la com a consulta do profissional médico, conforme as falas a seguir

[...] a Consulta de Enfermagem é bem melhor que a consulta do médico, eu acho que a consulta do médico é muito rápida e quase não tem tempo, a enfermeira se dedica mais, cuida mais da gente (Gestante 8).

[...] eu prefiro a consulta com a enfermeira do que do médico. Porque no atendimento com a enfermeira, a gente fica mais à vontade até porque não tem aquela coisa do relógio controlando para sair do consultório [...] a enfermeira, ela te dá um cuidado assim, é mais voltado pra você e ela te pega como uma pessoa mesmo e ela recebe você muito bem (Sujeito 6).

[...] o enfermeiro, ele faz, né, a gente entender gravidez muito melhor do que uma consulta médica, não que eu tô desmerecendo uma consulta médica, mas o enfermeiro tem um jeito mais assim, de abordagem, né, da gente, né, vamos dizer assim, ela chega pra gente e o que a gente quer saber ela fala (Sujeito 9).

Para Zagonel (1997), o cuidado é a essência da enfermagem, porque é quando se estabelece uma maior interação entre o receptor do cuidado e o profissional que o oferece. O cuidado reconhece a presença do outro, é troca, doação, suporte e preocupação. É, enfim, uma assistência voltada para o respeito, a dignidade e a valorização do ser humano.

A partir desses discursos, é apropriado dizer que a Consulta de Enfermagem é considerada pelas gestantes mais importante que a Consulta Médica. As gestantes dizem que, no Pré-Natal, a enfermeira consegue estabelecer uma inter-relação humanística, dedicando mais tempo e proporcionando um ambiente de confiança e tranquilidade.

[...] acho muito importante a consulta, mas na minha outra gravidez eu não tive essa oportunidade. Eu só tive médico mesmo no Pré-Natal e o resto foi assim, aprendendo no dia-a-dia. A importância da enfermeira no Pré-Natal

é muito bom pra nós mães que vamos ser mães, porque a gente fala, ela tem cuidado com a gente, ela entende e sabe ensinar as dificuldades que a gente tem (Sujeito 3).

[...] gosto mais da consulta com a enfermeira, porque ela escuta mais você, cuida de você, explica tudo direitinho sobre os exames, como a gente deve se cuidar (Sujeito 9).

Para Oliveira *et al.* (2001), humanizar o atendimento significa estabelecer com cada mulher um vínculo e perceber suas necessidades e capacidade de lidar com o processo do atendimento. Conforme Teixeira (2005), essa humanização possibilita elaborar e negociar as necessidades que surgirem, como também estabelecer relações mais dedicadas, menos desiguais e menos autoritárias.

No atendimento humanizado, percebe-se que, além da atenção dispensada ao processo da gravidez, a gestante é acolhida como pessoa e nesse contato há um envolvimento entre ela e quem realiza a consulta (NUNES, 2000).

Segundo Merhy *apud* Gomes e Pinheiro (2005), uma das traduções de acolhimento é a relação humanizada, acolhedora, que os profissionais de saúde e o serviço como um todo tem de estabelecer com os diferentes tipos de usuários.

Nas representações das gestantes, a Consulta de Enfermagem é um momento de se obterem informações para a compreensão e enfrentamento do processo gestacional, o que contribui para o auto-conhecimento, ajudando na identificação dos sinais e sintomas possíveis em cada trimestre da gravidez, dos seus medos, bem como dos mitos que envolvem o processo gestacional.

[...] eu considero a consulta como uma coisa que ajuda a nós gestantes a ter saúde [...] a consulta é boa mesmo, de verdade, ajuda muito a gente enfrentar esse momento que às vezes é triste e preocupante, porque cada mês é diferente. É muito boa a consulta por tudo isso (Sujeito 12)

[...] com essa consulta da enfermeira a gente acompanha mais a gravidez, qualquer coisa diferente que se veja, ela diz pra observar, que cada mês é diferente do outro, que a cada mês a barriga cresce, o bebê mexe mais, e como sou mãe de primeira viagem acho importante saber por quê de tudo (Sujeito 13).

Cada período que você vai passando, aí vai sentindo coisas diferentes e você fica naquela dúvida. Ah! Será que isso é normal? Aí, você vem na consulta, você pergunta e todas as perguntas são respondidas e suas dúvidas esclarecidas (Sujeito 05).

[...] perguntei sobre ter relação sexual porque estava preocupada achando que podia machucar o bebê, meu esposo ficava assim, só que ela disse que não tinha problema (Sujeito 10).

[...] essa consulta , é uma consulta, veja bem, que ajuda muito a mulher [...] quando engravidei esse fato de tá gorda e tem uma pessoa minha diabética me preocupou. Aí quando conversei com a enfermeira ela me encaminhou pra nutricionista e também pediu os exames de diabetes e conversou comigo sobre não ficar preocupada (Sujeito 04).

Nesse sentido, Brasil e Valadares (1996) informam que essa consulta de cunho terapêutico, inclusive, tem contribuído na qualidade da assistência no Pré-Natal, pois a enfermeira usa de estratégias humanizadas, que ultrapassam a superficialidade de um atendimento biológico.

Dessa maneira, as gestantes afirmam que na Consulta de Enfermagem existe uma atenção humanizada para com elas no momento em que se colocam e são atendidas em suas especificidades.

Marcon (1990) destaca que a maior freqüência no contato das gestantes com a enfermeira, através dos atendimentos individualizados mensais, pode garantir a criação de vínculo, acolhimento humanizado, monitoramento da eficácia das orientações no Pré-Natal em seus vários aspectos, assim como o empoderamento da gestante frente à gravidez, ao parto e ao puerpério.

Para Branden (2000), a relação interativa e os contatos repetidos entre as enfermeiras e a clientela possibilitam melhor monitoramento do bem-estar da gestante e do desenvolvimento do feto, bem como a detecção precoce de quaisquer problemas.

Nessa perspectiva, é fundamental que a enfermeira saiba ouvir com atenção, saiba valorizar as preocupações, as queixas das gestantes, sem pressa e com disponibilidade e tempo.

[...] na consulta, a enfermeira tem tempo pra ouvir a gente, perguntar, conversar, eu acho que a Consulta de Enfermagem vai me ajudar bastante, ta?" (Sujeito 12).

[...] na consulta a enfermeira ela te dá muita atenção, tem paciência com você, escuta com calma [...] a gente tem mais liberdade pra perguntar, mais tempo pra colocar as nossas dificuldades,anseios (Sujeito 6).

A necessidade vivenciada e trazida pela gestante deve ser o foco da Consulta de Enfermagem. Na opinião de Tocantins (1984, p. 11), "a enfermeira deve buscar romper com o modelo biomédico centrado na doença."

Assim, para que ocorra eficazmente a interação entre a enfermeira e a gestante, é necessário o exercício do saber ouvir e da ação dialógica. Machado *et al.* (2005) afirmam que a comunicação dialogada está além de um ato técnico, o que, para as interlocutoras, ajuda a compreender e entender o ser humano diante de suas complexidades e dimensões ampliadas.

As gestantes dizem encontrar na enfermeira, por conta do diálogo existente durante o ato da consulta, uma atitude de compreensão e uma relação de reciprocidade, pois conseguem expressar seus pensamentos, dúvidas e inquietações à profissional. As falas são reveladoras de quanto essa relação interativa é positiva.

[...] quando eu contei minha história, eu chorei, ela respeitou, ela não achou que era besteira. Ela me ouviu, me orientou e falou que estava tudo certo que ia dar tudo certo comigo (Sujeito 7).

[...] na gravidez a gente tem muito problema, fica muito deprimida às vezes, se estou assim, ela procura conversar comigo, pergunta se está tudo bem, fala pra não me preocupar e ter uma gravidez tranqüila. É muito importante essa parte da enfermeira se preocupar sobre a gente e conversar entendeu? (Sujeito 1)

O diálogo e a atenção das enfermeiras são atitudes importantes e destacadas nos depoimentos dessas gestantes nas consultas de acompanhamento do Pré-Natal. Vê-se que a comunicação dialógica representa um pilar na relação enfermeira-gestante, uma vez que elas estão sendo orientadas a compreender as modificações que ocorrem nesses nove meses de construção de um novo ser.

Machado *et al.* (2005) entendem que a enfermeira não pode dispor de uma visão mecanicista e exclusivamente biológica da gestante, sem atentar para as dimensões psicológicas, históricas e culturais. Esses aspectos subjetivos foram identificados nas falas a seguir:

[...] porque eu acho muito boa, importante para eu me cuidar do nenê, de tudo. Quando venho nas consultas sempre tenho muito o que perguntar, hoje eu cheguei aqui tontinha, ela me examinou, pediu para eu comer lá no consultório a fruta que eu trouxe, era fome, eu melhorei (Sujeito 11).

[...] meu registro é que a enfermeira tem tempo pra ouvir a gente. A Consulta de Enfermagem vai me ajudar bastante, porque é muito educativa muito esclarecedora e eu gosto muito (Sujeito 12).

Como mencionado anteriormente, o processo da gravidez é permeado de alterações profundas e significativas mudanças. É período de transição; muitas coisas se transformam de maneira irreversível. É o momento em que a mulher assume o compromisso de ser responsável pela vida e bem-estar de uma outra pessoa que vai nascer; é uma fase em que ocorrem inúmeras sensações, anseios, dúvidas, temores específicos e típicos da gestação, do parto e puerpério.

[...] elas passam uma orientação a nós grávida como cuidar do nosso período da gestação. Como eu estou na minha primeira gravidez ela orienta para os exames como a gente fazer tudo direitinho mede a barriga, ensina sobre a alimentação [...] para não ter nenhum problema durante a nossa gravidez (Sujeito 2)

[...] eu queria saber aquela parte, depois que a gente ganha o neném, quando devo retornar para fazer a revisão do parto e aí eu perguntei, né? [...] ela ensinou, por exemplo, se eu tiver mais dúvida, perguntar pra ela (Sujeito 1).

Lima (2003) afirma que as respostas a essas demandas tornam-se significativas para o processo da gestação e que os encaminhamentos dados são necessários para que esta se desenvolva dentro dos parâmetros estipulados pelo Ministério da Saúde. Este indica que as respostas dadas pelas enfermeiras às gestantes sejam diretas e seguras para o bem-estar da mulher e de sua família.

Para Lemos (2001), a definição das necessidades das gestantes deve ser motivo de cuidado permanente na Consulta de Enfermagem. Tem de se levar em conta que uma das metas precípua do planejamento dessa assistência é a busca da qualidade no atendimento, ou seja, que a gestante seja atendida como ela gostaria e não como os profissionais julgam ser o melhor.

O que depreendo dessas falas é a importância da informação na Consulta de Enfermagem para a gestante, pois, a partir de uma melhor compreensão e conhecimento do processo de gestação, parto e puerpério, a gestante empodera-se para enfrentar com mais tranquilidade e harmonia a gravidez.

[...] ela me recebeu bem, é muito legal, ela me explicou tudo e meu marido já veio nessa consulta comigo, ela conversou com ele sobre a gravidez, ouviu o bebê (Sujeito 10).

Dessa maneira, a enfermeira prepara as gestantes, segundo as prerrogativas do Ministério da Saúde, em relação ao acolhimento no Pré-Natal, como um fator importante para garantir a adesão das mulheres a esse Programa.

O transcurso do parto é particularmente significativo, pois o ato de parir tem um valor próprio para cada mulher, associado às suas experiências pessoal e familiar. O parto se constitui, na maioria das vezes, conforme Lambert (2001), como um momento associado ao medo da morte e a outras complicações, necessitando, dessa maneira, de um preparo, em que se considerem os procedimentos técnicos, as rotinas institucionais e os valores culturais.

As falas a seguir das gestantes revelam que a enfermeira trabalha esses aspectos, de várias formas, considerando as informações, as particularidades e as necessidades de cada uma delas, no intuito de empoderá-las para as intervenções que são pertinentes ao momento do parto.

[...] eu tô com um certo medo do parto, o meu primeiro filho e na consulta ela falou que quando as pessoas ficam um pouco apavorada, pode dificultar, e pra gente não se preocupar, tentar ficar calma. Perguntei da dor, que eu queria saber e ela explicou que acontece, que umas sentem dor mais, outras menos, que é tudo normal, tentou me acalmar, né? (Sujeito 12).

Eu estou preocupada, meu marido também, assim porque o parto sempre deixa a pessoa ansiosa, e como é principalmente o primeiro filho [...] ela explicou direitinho, fiquei mais calma (Sujeito 5).

[...] como eu tenho a passagem estreita, ela e a médica já disseram que esse tem tudo pra ser cesária também [...] aí meu marido, veio comigo na consulta, pra gente se informar, porque tenho medo da anestesia, ela tranqüilizou, explicou e falou que a equipe do hospital que vou fazer é boa (Sujeito 4).

Nesse sentido, Ziegel e Cranley (1985) orientam que a enfermeira precisa ter uma maior preocupação quanto às informações que as gestantes precisam ter acerca da hora do nascimento da criança.

Segundo Maldonado (1986, p 62), a maior parte das mulheres revela que o aumento de medo e ansiedade frente ao parto acontece nos últimos meses da gravidez. Nos primeiros meses, o parto costuma ser vivido como uma realidade distante; à medida que o término da gravidez se aproxima, o parto passa a ser enfrentado como uma realidade concreta e intransponível.

[...] vai assim, chegando o parto, a gente vai ficando mais ansiosa, [...] conversei com ela sobre isso, ela disse que acontece, e me aconselhou a procurar ficar calma (Sujeito 12).

[...] perto do parto a gente tem toda aquela ansiedade, em cima do parto, como é que vai ser? Será que vai dar tudo certo? Será que vai complicar? Ela de forma tranqüila fala e explica pra gente que tudo vai dar certo, pra gente ficar tranqüila (Sujeito 6).

Para Maldonado (1996, p), “na etapa que antecede a hora do parto, tudo que as gestantes fazem, pensam e sentem tem a ver com o compasso de espera por elas em relação à hora do nascimento do bebê”.

O parto marca um momento de transição extremamente importante; é a passagem do bebê da barriga para o mundo. As gestantes revelam em suas representações como são orientadas para esse momento.

[...] a Consulta de Enfermagem contribui muito porque a enfermeira ela ensina tudo que a gente precisa saber sobre o parto. Ela fala, por exemplo, para a gente ir quando já começa as contrações de cinco em cinco minutos (Sujeito 4).

[...] ela orientou que o parto pode ser normal ou pode ser cesária e orienta assim pra gente observar as contrações ir contando, e só ir pra o hospital quando as contrações forem aumentando, assim de 5 em 5 minutos. Ah! ela falou que a bolsa pode estourar e sair assim todo o líquido e aí eu tenho que ir logo, não esperar mais nada (Sujeito 10).

[...] ela orienta que na hora do parto você pode ajudar, na hora de empurrar o neném ajudar com a força pra baixo, a gente é bem orientada assim (Sujeito 6).

[...] ela explicou que devo observar quando começar as contrações e agora, no dia, ela falou que só devo ir quando as contrações ficarem fortes ou se tiver perdendo água ou sangue (Sujeito 7)

As orientações prestadas pela enfermeira à gestante durante a Consulta de Enfermagem, a respeito do parto, devem objetivar explicar a fisiologia do período que estão vivenciando. De acordo com Fustinoni (2000), este conhecimento contribui para a mulher entender a evolução do trabalho do parto. Além desse fator, a explicação das razões dos acontecimentos faz com que as mulheres se sintam valorizadas como pessoa, mostrando a importância da participação delas no processo.

Outro aspecto importante considerado diz respeito à escolha do hospital para a gestante ter seu filho. Essa possibilidade foi apontada pelas mulheres:

[...] ela também já me orientou pra eu escolher um hospital, pra na hora de ir eu ficar mais tranqüila, né? Que eu posso ser atendida no hospital que eu escolher (Sujeito 7).

[...] ela orienta assim, que a gente já deve saber onde vai ter o bebê, é importante mais perto de casa, agora que eu posso escolher (Sujeito 10).

A gestante acredita que essa orientação contribuirá para diminuir a ansiedade por ocasião do trabalho de parto. Conforme o PAISM, a mulher precisa saber que ela pode ter o seu filho em qualquer hospital da Rede Pública.

As gestantes, em suas falas, revelam que as orientações da enfermeira acerca dos preparativos para o parto contemplam aqueles cuidados que dizem respeito à higiene corporal.

[...] assim, nos cuidados que a gente tem que ter quando já tiver assim perto, [...] ela orientou para a gente ir, assim limpa, já fazer a parte da higiene (Sujeito 4)

[...]ela explicou assim que a gente não precisa fazer tudo, é só fazer assim uma higiene antes de ir pro hospital (Sujeito 1).

A higiene corporal é um cuidado importante, porque proporciona sensação de conforto e bem-estar, conforme faz referência o estudo de Ochiai (2000).

A enfermeira possui importante papel como integrante da equipe que acompanha todo o desenvolvimento do processo gestacional, no sentido de pensar estratégias, por ocasião da Consulta de Enfermagem no Pré-Natal, visando a preparar a gestante tanto física quanto psicologicamente, para que esta tenha diminuídas a ansiedade e insegurança e, assim, possa vivenciar com mais segurança os momentos que antecedem a chegada do bebê, minimizando o medo do parto, da solidão do ambiente hospitalar e dos possíveis problemas com o bebê.

Nesse sentido, outro aspecto da preparação da gestante para o parto que tem se tornado cada vez mais relevante refere-se à participação de um acompanhante, seja o companheiro, seja outro membro da família para acompanhar a mulher durante o parto.

[...] orientou, que agora a gente pode levar um acompanhante pra assistir o parto, aí fiquei mais contente e despreocupada porque posso levar minha mãe, minha irmã ou meu namorado (Sujeito 8).

[...] como vou fazer cesária, e tenho medo da anestesia, aí meu marido veio na consulta [...] ela explicou sobre a anestesia, me tranqüilizou porque tenho medo, falou que a equipe do hospital é boa e que o meu marido pode entrar comigo e daí gostei bastante e ele também ficou satisfeito (Sujeito 4).

[...] ela me disse que agora a gente pode levar uma pessoa pra acompanhar no parto, vou levar minha irmã ou meu namorado (Sujeito 8).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2004b), através do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), estabelece que “Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura” e que “Todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal”. A garantia de que as parturientes e mães possam contar com acompanhantes no pré-parto, parto e pós-parto insere-se no entendimento, comum às recomendações, de que as mulheres devem ter um parto seguro, acolhedor e que respeite suas necessidades físicas, emocionais, psicológicas, sociais e espirituais.

A presença do acompanhante no parto e pós-parto nas maternidades do Sistema Único de Saúde (SUS) é garantida pela Lei 11.108, de 27 abril de 2005, de autoria de Ideli Salvatti. Em dezembro do ano passado, uma Portaria do Ministério da Saúde regulamentou esse direito. Os hospitais do SUS tiveram até junho para se adaptar à medida (Brasil, 2005a).

O apoio de um acompanhante no trabalho de parto reduz acentuadamente, conforme Lambert (2000), a ansiedade, dando maior sensação de segurança pessoal, menor percepção da dor, além de propiciar a ocorrência de partos mais rápidos, maior valorização da experiência do parto, menos complicações perinatais e uma redução da incidência de parto cesárea e da utilização de medicamentos.

Segundo o Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa sobre Parto e Nascimento do Hospital Federal de Santa Catarina (2005), dentre as vantagens da mulher entrar no parto com um acompanhante, destacam-se: abreviamento do trabalho de parto, diminuição do número de cesáreas e do tempo de internação e, conforme Lopes (2003), maior conforto e segurança para a mulher.

Nesse sentido, faz-se necessário que a enfermeira informe as gestantes sobre o seu direito de ter um acompanhante no parto. Considerando principalmente o desconhecimento dessa Lei por parte da maioria da população, esta informação deve ser dada durante a Consulta de Enfermagem.

Estudos como o de Rios (2003) e Lima (2003) ressaltam que as orientações recebidas por ocasião da Consulta de Enfermagem no Pré-Natal têm contribuído para a gestante enfrentar o transcurso da gravidez, o parto e o puerpério com mais segurança. Nesse sentido, no desvelar das representações das gestantes sobre essa Consulta, foi possível identificar o que as incentiva a um retorno.

O que me incentivou foi pra me cuidar melhor, pra cuidar da vida do bebê melhor, né, pra ter certeza se eu estou bem e o bebê também (Sujeito 12).

[...] o que me incentivou a voltar à Consulta de Enfermagem, foi a forma como ela trata a gente, como ela faz (Sujeito 5).

[...] porque primeiro a gente gosta [...] além de aprender, né, a se cuidar e o que eu aprendo fica na minha cabeça (Sujeito 8).

[...] olha o que motivou, né, porque é uma consulta maravilhosa, a enfermeira ela passa segurança, é porque o atendimento dela é muito bom, e porque é uma consulta que tem me ajudado muito (Sujeito 1).

[...] é pra mim acompanhar os exames e saber se tá tudo bem, se tá indo bem mesmo. Pra saber dos meus exames, e conversar com ela sobre ter algum cuidado assim, especial e porque é muito boa e ela tem bastante paciência com a gestante, conversa, tira as dúvidas todas, principalmente nós grávidas da primeira gravidez (Sujeito 2).

A satisfação relatada pelas gestantes acerca do atendimento dado nessa consulta reforça a avaliação positiva sobre a qualidade da assistência da enfermeira na atenção básica à saúde da mulher, no ciclo gravídico puerperal. Essas representações das gestantes são afirmadas por Nunes (2000), ao dizer que o diálogo emergido durante a Consulta de Enfermagem no Pré-Natal permite à gestante mostrar-se como pessoa, expor seus sentimentos, esclarecer suas dúvidas e sentir-se segura para o desenvolvimento da gravidez, parto e puerpério.

É importante ressaltar que, por meio da Consulta de Enfermagem, são identificados problemas de saúde-doença e prescritas e implementadas medidas de enfermagem que irão contribuir para a promoção, proteção da gestante no processo da gestação, bem como para a sua recuperação no pós-parto e puerpério.

A partir do significado das representações manifestadas, é apropriado afirmar que a Consulta de Enfermagem pode, e deve, levar em conta o que essas representações expressam, de forma a valorizar os aspectos destacados, modelando um novo modo de atendimento a este grupo populacional, numa confirmação da máxima de Moscovici (1978, p.112): “uma representação social é uma preparação para a ação”.

6.2.3.2 Classe Temática 6 – Programa de Planejamento Familiar

Nesta Classe Temática, as gestantes revelam suas representações acerca do Planejamento Familiar, a partir de seus conhecimentos, experiências e informações recebidas na Consulta de Enfermagem no Pré-Natal.

TABELA 21 - ENTREVISTAS INDIVIDUAIS - CLASSE TEMÁTICA 6 – 2005

PALAVRAS	FREQÜÊNCIA (F)	PERCENTUAL (%)	CHI-QUADRADO (X ²)
Planejamento	13	100	145,21
Familiar	13	92,31	121,81
Método	8	100	87,85
Recebi	7	85,71	54,54
Anticoncepcional	5	100	54,36
Camisinha	8	75	46,38
Laqueadura	4	100	43,34
Assisti	12	58,33	39,58
Palestra	10	60	34,99
Planejar	5	80	33,18
Diu	5	80	33,18
Usar	14	42,86	22,08

FONTE: O ALCESTE

A maioria dos indivíduos, homens e mulheres, exercem uma atividade sexual. Esse tipo de atividade pode ou não ser acompanhada de um relacionamento duradouro, embora seja evidente que ela pode levar à reprodução da espécie de forma planejada ou não (Melo, 2003).

Nesse sentido, a oferta de métodos contraceptivos foi instituída como direito da mulher e integra as ações propostas pela política do Programa do Planejamento Familiar, que ressalta: “no sentido de maior efetividade da ação, estes serviços devem orientar por meio de práticas educativas, indicar e fornecer todos os métodos anticoncepcionais disponíveis no Brasil, amparados por normas éticas e legais” (Brasil, 2002 b p. 7).

Os depoimentos demonstram que as gestantes são convidadas a participar do Programa de Planejamento Familiar por ocasião da Consulta de Enfermagem para conhecerem os métodos contraceptivos.

[...] na Consulta, ela já marca uma reunião sobre o planejamento familiar, pra se ter mais informações sobre os métodos [...] ela orientou pra ir lá com meu marido também na reunião pra passar as orientações não só pra mim, mas pra ele também (Sujeito 2).

[...] aprendi que no planejamento familiar a gente aprende sobre como usar os métodos, a planejar o número de filhos e como ter cuidado com a nossa saúde, a se cuidar mesmo (Sujeito 13).

O Planejamento Familiar pode ser entendido como o ato de escolha consciente por um número arbitrado de filhos, e estes só seriam gerados como consequência de um processo educativo (Marcolino, 2004).

Essa denominação, conforme Barbieri (1996), sempre foi a preferida nos discursos oficiais, desde 1965, quando no País foram implantados os primeiros serviços de contracepção.

Segundo Rodrigues (1984), no transcorrer da década de 70, no Programa Materno-Infantil do Ministério da Saúde, o Planejamento Familiar tinha como foco a anticoncepção.

Vale ressaltar que a conotação mais precisa do Planejamento Familiar, que comporta a prática educativa, oportunizando o conhecimento integral dos contraceptivos, condicionado pelo conhecimento do corpo e da sexualidade feminina, só veio a acontecer após 83, quando o Ministério da Saúde elegeu o PAISM⁷ como política contraceptiva oficial.

Todavia, lembrando a fala de Barbieri (1996), seu lançamento não se fez acompanhado da prática educativa correspondente à filosofia desse Programa, sendo ainda tradicional e normativa a forma como muitos profissionais conduzem os usuários à decisão do método e do significado do Planejamento Familiar, confundindo-o com o controle da natalidade.

Nas falas das gestantes, foi possível perceber as representações que elas têm sobre o Planejamento Familiar.

⁷ Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

[...] ah! o planejamento familiar é pra ajudar a gente estar evitando uma gravidez não desejada usando os métodos (Sujeito 12)

[...] o planejamento familiar é pra gente aprender a evitar uma gravidez não desejada, saber quantos filhos a gente vai querer ter [...] é como usar os métodos que você vai querer tá usando, como o DIU, anticoncepcional, camisinha e a laqueadura (Sujeito 3)

[...] o planejamento nos ajuda a saber sobre os métodos, como se proteger de uma gravidez não desejada. Aí na reunião eu recebi todas essas orientações. (Sujeito 8)

As representações revelam que o Planejamento Familiar é um programa informativo, que cumpre a finalidade primordial de auxiliar o planejamento do número de filhos por meio de adoção de métodos anticoncepcionais, ou seja, como uma ação mais convencional, restrito à reprodução biológica.

Cunha (2001) acredita que essas representações fragmentadas têm relação direta com o enfoque dado por vezes pelos profissionais de saúde, fazendo um recorte entre a reprodução, a saúde da mulher e os aspectos sociais que envolvem a população. Pereira (1999) aponta as atividades educativas desenvolvidas neste Programa, como um espaço importante para orientar, conversar e trocar idéias, de forma que as mulheres e os homens possam compreender o significado da reprodução e decidirem seus métodos sem a pressão dos profissionais.

Nas falas das gestantes, emergem representações acerca do Planejamento Familiar, como sendo este um fator de orientação importante para elas decidirem sobre seus métodos anticoncepcionais.

[...] no planejamento familiar, a gente aprende sobre como usar os métodos, a saber escolher, a planejar o número de filho (Sujeito 13).

[...] no planejamento familiar, a enfermeira ajuda a pessoa a escolher um método que posso usar pra evitar ter filhos, o anticoncepcional e outros métodos (Sujeito 12).

[...] quando assisti, aprendi, né, nas orientações do planejamento familiar, que a gente pode escolher um método pra evitar uma gravidez não desejada (Sujeito 9).

[...] eu conversei com a enfermeira sobre o meu método, aí ela me orientou em tudo e disse pra eu assistir a reunião do Planejamento Familiar pra saber dos métodos (Sujeito 3).

Dá para perceber, pelos depoimentos, que o enfoque das orientações encontra-se associado, principalmente, aos métodos para o controle da gravidez.

As gestantes em suas falas enfocam alguns métodos contraceptivos, dentre os quais, destacaram, como os mais conhecidos, o DIU⁸ e a pílula, métodos medicamentosos considerados seguros.

[...] ela explicou sobre o DIU, e aí eu decidi colocar o DIU, aí no dia da reunião ela explicou como devo fazer pra colocar o DIU. (Sujeito 6)

[...] na reunião ela falou que tem o método como a pílula, que é o anticoncepcional, tem a injeção, tem o DIU e a camisinha. (Sujeito 5)

[...] já nos outros filhos, a enfermeira explicou sobre os métodos que existem pra você usar, a pílula, o DIU. Eu vou colocar, depois, o DIU. (Sujeito 11)

É importante ressaltar que o uso dos contraceptivos hormonais está associado ao aparecimento de diversos problemas de saúde, como: o câncer de mama e útero; patologias cardiovasculares; hipertensão arterial e enfermidade cerebral (OPS/OMS, 1996)

Kleinmam (1991), ao fazer referência ao assunto, especialmente ao DIU e à pílula, como métodos medicamentosos seguros, enfatiza a necessidade de uma melhor discussão com a mulher sobre seus efeitos adversos, no sentido de fazê-la compreender que a sua decisão deve estar associada à sua saúde.

Ainda para o autor, a escolha do método de contracepção deve levar em conta outros fatores, como idade da mulher, frequência da atividade sexual, número de

⁸ Dispositivo Intra-uterino – existe um tipo desse dispositivo que é não-medicamentoso, entretanto só existe na China, e pode ser usado por tempo indeterminado.

parceiros e a expectativa de ter filhos no futuro. A eficácia do método e os tipos de efeitos colaterais que eventualmente ele pode provocar também devem ser considerados.

Os depoimentos revelam que os efeitos colaterais dos métodos contraceptivos medicamentosos adquirem importância para algumas das entrevistadas, a partir do impacto negativo em sua qualidade de vida.

[...] eu deixei de usar a pílula porque eu não posso usar, passo muito mal, aí fiquei usando a camisinha, agora eu vou tentar outro método (Sujeito 1).

[...] como eu tenho problema e não posso usar anticoncepcional, aí, então, a gente tá usando só a camisinha, vai ser sempre só a camisinha, sempre porque não posso usar outra medicação (Sujeito 13).

Nesse sentido, considere importante lembrar a orientação de Cunha (2001): a escolha do método não pode jamais ser feita a custo de prejuízos à saúde, levando a mulher a minimizar os seus efeitos colaterais, para não ser surpreendida por uma gravidez indesejada.

A apropriação do conhecimento a respeito do seu próprio corpo é o ponto inicial da discussão sobre os métodos contraceptivos, na opinião de Chistóforo e Barros (1993), embora constata-se que as falas das gestantes não apontam essa representação. O que leva a crer que nos ensinamentos recebidos esse aspecto não foi considerado.

[...] nas orientações, falaram que é importante escolher um método, seja a pílula, o DIU, a laqueadura, a injeção, o adesivo debaixo da pele, para planejar o número de filho e evitar uma gravidez não desejada (Sujeito 10).

[...] o planejamento familiar é muito importante, no outro filho fui orientada, assisti uma reunião, aprendi sobre os métodos, a pílula, a camisinha e agora ela já falou de novo, e vou assistir de novo à reunião, porque agora já estou querendo usar outro método (Sujeito 9).

Na concepção de Coelho (2000), conhecer o corpo e saber o efeito da prática contraceptiva sobre este, além de escolher seu método de forma consciente, são itens indispensáveis para o exercício da cidadania.

Dessa forma, a mulher será atendida em sua integralidade, pois, entendendo a contracepção como direito, saberá reivindicar o acesso à informação -ampliando o conhecimento sobre seu corpo - e aos meios necessários para garantir segurança à sua saúde reprodutiva.(Conselho Nacional de Direitos da Mulher, 1986).

O Planejamento Familiar tem como garantia de liberdade a opção pelo método que o casal desejar (Brasil,2000), embora, a partir das falas das gestantes sobre os diferentes métodos contraceptivos, eu tenha percebido que os métodos naturais, por ex., foram poucos enfocados.

[...] já está agendado pra gente vir no planejamento familiar. Porque a gente foi orientado que o aleitamento materno é um método natural, aí quando falei com a enfermeira, ela orientou a vir na reunião pra saber qual a forma mais correta de proceder e saber quais são os métodos naturais (Sujeito 6).

Para Coelho (2000), os métodos contraceptivos naturais são considerados eficientes para as pessoas que se dispõem a praticá-los, e tem mais: o grande índice de falhas desse tipo de método contraceptivo deve-se principalmente à sua pouca divulgação, bem como ao não conhecimento da mulher sobre o seu corpo, fatores que impedem a identificação de sinais importantes para essa prática. Creio que outro fator dificultador é a participação do parceiro, pois, nessa prática, torna-se necessária a colaboração e a aceitação deste.

Na opinião de Cunha (2001), para a prática de um planejamento familiar, o homem e a mulher precisam ser sensibilizados para a elaboração de um projeto de vida sexual, à luz do qual, o indivíduo levará em consideração os objetivos de sua atividade sexual, tomando a decisão em relação a filhos e estabelecendo estratégias, a partir dos métodos, inclusive os naturais, considerados mais saudáveis, para atender à sua decisão.

É ressaltada a pouca referência à participação do homem no processo dessa discussão. Embora o Programa preconize a participação do parceiro, esta se dá de uma forma muito passiva. E tem mais: um ponto que chama a atenção é que a procura e a participação nas atividades educativas sobre o planejamento familiar têm, em geral, como propósito a realização da vasectomia. Nas normas estabelecidas para a realização deste procedimento, é obrigatória a participação do homem na reunião educativa.

[...] meu marido ele vem assistir a essa reunião que vai ter do planejamento familiar, porque resolvi fazer a laqueadura, aí ele vem pra saber dos papéis que vamos assinar. E outra coisa é que ele vai saber das doenças (Sujeito 1).

[...] está marcada uma palestra sobre o planejamento familiar que a gente deve fazer para tomar conhecimento de tudo. Eu e o meu namorado vamos participar pra gente ver o que vamos fazer (Sujeito 7).

Acredita-se que, se o homem participasse de todo o processo da decisão para a escolha do método contraceptivo, evitaria que a mulher, por si só, decidisse submeter-se aos métodos mais agressivos ao seu organismo, conforme Carneiro (1996), os quais podem ocasionar vários efeitos adversos.

Segundo Barbieri (1996), o aperfeiçoamento de métodos contraceptivos femininos, a necessidade sentida pela mulher de prevenir a gravidez e a falta de participação do homem neste processo fizeram com que a evolução dos métodos contraceptivos tornasse a mulher como a maior responsável nas tomadas de decisão, no controle da prevenção da gravidez e até da saúde.

Berquó (2005) sinaliza que é preciso pensar estratégias, como o estímulo à participação do parceiro nas consultas do Pré-Natal, nas atividades educativas, para que possam compartilhar as decisões do casal nos diferentes aspectos da contracepção, discutindo, inclusive, os riscos e inconvenientes de cada alternativa..

A esterilização feminina (laqueadura de trompas), prática contraceptiva considerada como um método seguro, e conforme Berquó (2005) uma alternativa bastante utilizada no Brasil, foi representada pelas mulheres deste estudo como uma opção importante para resolver as dificuldades enfrentadas com outros métodos, sobretudo pelas multíparas.

Ah! Na próxima reunião que vai ter ela disse pra gente ir [...] ela vai explicar sobre a laqueadura e tem uma parte assim da papelada que meu marido vai ter de assinar, porque nós dois já decidimos que eu não posso mais ter filhos. Aí eu vou querer essa parte aí da laqueadura (Sujeito 1).

[...] queria ligar, mas a enfermeira e a médica já me disseram que não tenho motivo. Se eu tivesse dinheiro eu ia ligar, não posso [...] agora, vou ver se coloco o DIU (Sujeito 11).

[...] ela disse pra gente assistir uma reunião pra tirar as dúvidas, e ela vai explicar sobre os métodos, sobre a laqueadura e como desenvolvi a Diabetes, eu vou querer fazer a laqueadura (Sujeito 3).

[...] aí eu conversei com a enfermeira que dessa gravidez aqui eu vou ligar, porque eu não posso mais ter filho, então o médico falou pra mim que a decisão vai ser minha [...] então vou ficar só nesses três, eu já vou fazer a ligação de trompa (Sujeito 9).

[...] no planejamento, ela conversou comigo e meu marido, como eu vou fazer laqueadura, que temos que assistir à palestra [...] nós temos que assinar um documento e aí no dia da cesária é que nós vamos saber se vai dar certo (Sujeito 4).

A laqueadura tubária é o método mais utilizado no Brasil, notadamente nas regiões Centro-Oeste, Norte do Estado do Rio de Janeiro e região Nordeste. (CUNHA, p. 28, 2005).

Segundo Berquó *apud* Cunha (2005), a queda da fecundidade aliada à realização da laqueadura sem critérios adequados tem levado ao fato de que em oito Estados da Federação e no Distrito Federal a média de 2,1 filhos por mulher tem sido menor que a taxa de reposição, o mínimo necessário para que a população permaneça estável.

A alta prevalência de laqueadura tubária, conforme Cunha (2005), está fortemente relacionada ao número de mulheres que se arrependem de ter solicitado e autorizado a esterilização.

Nesse sentido, considerando os problemas tanto de ordem fisiológica quanto psicológica, que podem ocorrer após a laqueadura tubária, um maior rigor nas orientações acerca desse procedimento faz-se necessário, para que as mulheres possam decidir com consciência e segurança.

Chistóforo e Barros (1993, p. 104), ao comentarem o assunto, ressaltaram a postura da enfermeira nas atividades educativas:

O grupo educativo sobre laqueadura não é somente explicar o que é a cirurgia. Implica numa postura profissional da Enfermeira cuja competência se revela pelo conhecimento técnico e pela sensibilidade ao atender as mulheres em suas necessidades de saúde esclarecendo o significado real dessa prática.

Com as ações do Programa de Planejamento Familiar voltadas para a saúde da mulher no contexto da integralidade, esta passa a ser considerada além da sua função reprodutora, de forma a incluir na orientação a prevenção da gravidez indesejada, a assistência à infertilidade e a adoção de estratégias para protegê-la de doenças específicas.

Nesse sentido, é depreendido, a partir das falas das gestantes, que são abordados nas consultas de Planejamento Familiar os cuidados com a saúde da mulher e a prevenção de DST⁹.

[...] ah! O planejamento familiar ajuda sobre como evitar as doenças sexualmente transmissíveis e como me cuidar também. Aí, na consulta, eu recebi a orientação pra assistir à reunião pra saber sobre essas coisas [...] falou até pra trazer o meu marido (Sujeito 7).

[...] é ela ensina primeiramente a ter os cuidados, mesmo casada, solteira, não importa. Ter os cuidados pra pessoa não contrair vários tipos de doença, né? (Sujeito 12).

[...] no planejamento, ela já ensina assim, que a gente deve se cuidar e não esquecer de vir pra revisão pós-parto (Sujeito 6).

[...] no planejamento, eu recebi orientações como a gente deve se cuidar, a cuidar da sua saúde e a evitar as doenças transmitidas sexualmente (Sujeito 13).

[...] no planejamento familiar, recebi orientações sobre todos os métodos e também a se cuidar das doenças, a retornar pra fazer a revisão do parto, pra ver se você está bem e o bebê (Sujeito 9).

⁹ Doenças Sexualmente Transmissíveis.

São representações que revelam o planejamento como um espaço de atenção à saúde da mulher, para ela aprender a como se cuidar e a se proteger das doenças sexualmente transmissíveis.

Nesse contexto, Muniz (2000) destaca o planejamento familiar como um importante momento para se trabalhar de forma conjunta o homem e a mulher nas decisões da contracepção, no sentido de tirar da mulher a responsabilidade única dos cuidados com a prevenção da gravidez e das doenças sexualmente transmissíveis. Para a autora, a eficiência desse planejamento pode influir favoravelmente na saúde, no desenvolvimento e no bem-estar dos membros da família como um todo.

De acordo com Carneiro (1996), o enfoque do Planejamento Familiar, para atender às necessidades específicas da população, precisa ir além do seu aspecto normativo, controlista, medicamentoso e higienista. Para esse autor, a abordagem da anticoncepção precisa estar conectada às orientações do PAISM, uma vez que esse Programa ultrapassa o mero controle dos nascimentos, do número de filhos e do espaçamento entre estes.

Assim, é importante lembrar o pensamento de Cunha (2001), quando expressa que, nas atividades educativas desse Programa, o enfoque deve ir além das orientações sobre relações sexuais não fecundantes mediadas por práticas medicalizantes. Conforme Oliveira (1996), os aspectos abordados contribuirão para que a mulher e o homem elaborem um conceito de planejamento familiar amplo, entendido como um direito de cidadania, envolvendo reprodução biológica e social.

Para esse fim, o planejamento familiar deve estruturar-se não apenas como uma atividade governamental voltada para o controle quantitativo de filhos, normativo e higienista, mas como um programa congruente às Políticas de Saúde, Educação, Habitação e Trabalho, permitindo que as famílias se constituam de forma a atender às necessidades básicas e dignas da prole.

6.2.4 Terceiro Eixo : Cuidando do bebê

Este Eixo encontra-se representado por duas Classes Temáticas (3 e 5); ambas apresentando um nível de correlação forte ($R = 0,76$) e cerca de 24,35% do percentual do *corpus* das entrevistas. Nas Classes Temáticas, as gestantes descrevem suas representações acerca dos cuidados com o recém-nascido e do aleitamento materno, a partir das suas vivências na Consulta de Enfermagem no Pré-Natal

6.2.4.1 Classe Temática 3 – Como cuidar do Recém-Nascido

Nesta Classe, as gestantes revelam o significado do cuidado com o recém-nascido e os conhecimentos adquiridos na Consulta de Enfermagem no Pré-Natal.

TABELA 22 - ENTREVISTAS INDIVIDUAIS - CLASSE TEMÁTICA 3 – 2005

PALAVRAS	FREQÜÊNCIA (F)	PERCENTUAL (%)	CHI-QUADRADO (X ²)
Pezinho	13	100	111,53
Umbigo	13	84,62	76,35
Teste	11	90,91	75,58
Limpar	8	87,50	49,88
Secar	5	100	41,75
Pediatra	5	100	41,75
Álcool	8	75	34,93
Vacinar	4	100	33,29
Põe	4	100	33,29
Centro	7	71,43	27,17
Neutro	3	100	24,88
Sempre	29	37,93	24,29

FONTE: O ALCESTE

Nas representações das gestantes sobre as orientações recebidas na Consulta de Enfermagem no Pré-Natal, fica evidenciado que a enfermeira dá orientações sobre os cuidados com o recém-nascido, embora a ênfase se dê, prioritariamente, em torno dos cuidados biológicos, sobretudo aqueles que ajudam no controle saúde-doença.

[...] na Consulta de Enfermagem, aprendi com a enfermeira como cuidar do bebê, dar o banho, começar pela cabecinha, ter cuidado porque é molinha, limpar bem as dobrinhas, evitar assadura, fazer logo que nascer o teste do pezinho, vacinar (Sujeito 2).

[...] quando o bebê nascer, ela orientou que é preciso cuidar bem dele, trazer pra fazer a vacina, o teste do pezinho e dar o banho com sabonete neutro, na hora de limpar o umbigo, secar bem e não colocar nada. Observar o corpinho dele, pode ter alergia (Sujeito 4).

[...] na consulta, ela me ensinou como cuidar da higiene do bebê, dar o banho no bebê, que tem que limpar as dobras e não usar cotonetes no ouvido, ter cuidado com a pele e limpar o umbigo com álcool para não dá infecção (Sujeito 5).

O bebê ao nascer é um ser com muitas qualidades e, diferentemente de outras espécies, ele necessita de cuidados por um tempo prolongado. Sua vida depende dos que cuidam dele e de como o fazem. Boehs (1990) nos remete aos fatores que influenciam na qualidade desse cuidado, quais sejam: o socioeconômico, os educacionais, a personalidade e a própria experiência no cuidado com outra criança.

É oportuno destacar que, no primeiro ano de vida, os cuidados com a criança são considerados importantes para a sua saúde, porque, segundo Scochi *et al.* (1999), a maioria das causas de óbitos ocorridos nessa faixa de idade seriam preveníveis por imunização, diagnóstico e tratamento precoce, saneamento ambiental e tratamento preventivo.

Para cuidar de um recém-nascido, é preciso adquirir uma preparação que englobe segurança, tranqüilidade. Para tanto, Sameroff *apud* Dias (2000) considera que a mãe precisa aprender práticas apropriadas sobre as necessidades psicológicas e fisiológicas do bebê. Esse aprendizado dá-se, a partir do Pré-Natal, com a equipe envolvida nesse acompanhamento e/ou com os seus familiares; ou ainda nas experiências que envolvem o cuidado de irmãos menores ou filhos de outras pessoas; e até mesmo na observação de cuidados de outras crianças.

Dessa forma, a Consulta de Enfermagem no Pré-Natal, na opinião de Machado *et al.* (2005), é um espaço importante para ajudar a gestante a compreender os fatores intervenientes no cuidado com o bebê e para a aquisição dos conhecimentos necessários à realização desses cuidados, além de contribuir para dirimir as dúvidas, os medos e os mitos que normalmente são suscitados na mãe.

As ações de promoção da saúde e prevenção de doenças do recém-nascido devem ser introduzidas desde o seu nascimento e seguir rotineiramente durante o

seu desenvolvimento, para evitar os transtornos pertinentes à infância, como pontua (WENDLAND, 2002).

Quando se afirma que a enfermeira, ao orientar a gestante para os cuidados maternos, considera principalmente os aspectos biológicos no processo saúde-doença, quer-se dizer que esta profissional está executando a prática de acordo com a lógica do projeto pedagógico hegemônico da Academia: sua formação foi ancorada nos aspectos patológicos do processo saúde-doença. Ao ingressar no mercado e assumir o trabalho dos serviços de saúde pública em Unidades Básicas de Saúde, a enfermeira utiliza-se dos procedimentos e tecnologias contidos nos Manuais Técnicos e passa a realizar o que está preconizado nos Programas de Assistência padronizados aos diferentes grupos populacionais, que no geral são organizados e centrados para atender à lógica do Modelo Biomédico (RIESCO E TSUNECHIRO, 2002).

Em suas falas, as gestantes destacam cuidados considerados de ações preventivas, a serem realizadas no primeiro mês de vida do bebê, como o Teste do Pezinho.

[...] é importante fazer o Teste do Pezinho pra saber algum tipo de doença, fazer principalmente na primeira semana que é pra não ficar muito tarde pra fazer o tratamento se precisar (Sujeito 7)

[...] fazer o teste do pezinho logo que nascer que é muito importante, porque a enfermeira explicou que sabendo dessa doença pode começar logo o tratamento (Sujeito 3).

[...] ela, a enfermeira orientou que quando o bebê nascer, na primeira semana, ele vai fazer o teste do pezinho, porque quando mais cedo souber se ele tem a doença, mais cedo vai cuidar. Vou fazer porque vi que é importante (Sujeito 8).

O Teste do Pezinho é um exame realizado no recém-nascido a partir do 3º dia de vida. Considerada uma ação preventiva, esse Teste diagnostica precocemente a Fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, anemia falciforme e demais hemoglobinopatias, possibilitando iniciar o tratamento imediato, evitando, assim, problemas e seqüelas que possam interferir no processo normal de crescimento e desenvolvimento da criança. A técnica foi introduzida no Brasil na década de 70. Em 1990, a Lei Federal nº 8069, de 13 de julho, que criou o Estatuto da Criança e do

Adolescente, obrigou hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde da gestante a oferecer a triagem neonatal a todas as crianças nascidas ou atendidas em suas instalações. No entanto, somente em 2001, esse Teste tornou-se obrigatório por Lei, quando o MS instituiu o Programa Nacional de Triagem Neonatal – PNTN -, em todo o Território Nacional (Brasil, 2005 c).

Vale ressaltar que a SES/DF disponibiliza esse Teste nas Unidades Básicas de Saúde, desde 1991.

Nos seus discursos, fica evidenciado que as gestantes aprendem na Consulta de Enfermagem do Pré-Natal a como cuidar do bebê antes do seu nascimento. Maldonado (1996) considera importante que a futura mãe aprenda a cuidar do seu filho, a partir do seu desenvolvimento intra-uterino, para ela absorver com mais segurança a maternidade.

[...] ah! eu aprendi que é importante fazer a higiene do bebê, sempre dar o banho com sabão neutro, cuidar do umbigo, das cólicas, colocar ele no berço de lado, amamentar e depois colocar pra arrotar (Sujeito 3).

[...] ah! aprendi com ela a enfermeira, como cuidar bem, observar no banho pra não deixar água cair no ouvido, depois secar o umbigo e não colocar nada, vestir as roupas de acordo com o clima, se não enche ele de roupa, é isso cuidar bem dele (Sujeito 5).

[...] cuidar quando o umbigo cai, né, você tem que ficar certificando, limpar com água e sabão neutro, depois que cai tem que ficar olhando se não tem infecção e qualquer coisa que você observe é levar ao centro de saúde [...] também, eu perguntei sobre as faixas no umbigo, pois me disseram que ainda usava, ela disse que não usa mais, não abafa mais é só limpar e secar (Sujeito 8).

[...] a gente tem que ter muito cuidado, e principalmente no começo, é só cuidando dele [...] dar banho, passar só álcool no umbigo do bebê e secar depois que banha ele com cuidado, limpa o umbigo, passa álcool, troca a fralda e é sempre com ele, ah! o bebê tem muito cuidado e tudo pra ele ter saúde (Sujeito 10).

Para essas mulheres, as explicações recebidas durante a Consulta de Enfermagem favorecem seu aprendizado, a compreensão de cada cuidado, de modo a possibilitar a percepção do quanto este é importante para suprir as necessidades biológicas do seu filho. Dá para perceber que os cuidados referidos nas falas priorizam os princípios de higiene, de assepsia e de prevenção de doenças, e, também, que as orientações dadas pela enfermeira foram ou são compreendidas pelas gestantes de acordo com a classificação dos tipos de atividades do cuidado com o bebê, descritas por Hadad (1999, p 21), a saber:

[...] o enfoque do cuidado ao recém-nascido manifesta-se basicamente em cinco tipos de atividades: amamentação e alimentação da criança; práticas de higiene e cuidados com a criança durante a doença; ações básicas de atenção e prevenção de doenças pertinentes a primeira infância; estimulação psicossocial das crianças e apoio para seu desenvolvimento e crescimento.

Nas falas das gestantes, é percebido que não são explorados os conhecimentos prévios sobre os cuidados com o recém-nascido na Consulta de Enfermagem, nem tampouco são negociadas as formas de cuidados. Quando se referem aos cuidados específicos com o coto umbilical e as cólicas, as enfermeiras não incluem, em geral, a questão dos ritos, mitos e tabus, ainda presentes no contexto familiar das mulheres. Muller *apud* Dias (2000) recomenda que a enfermeira deve focalizar o cuidado materno considerando essa questão e levando em conta, inclusive, as circunstâncias individuais de cada mulher.

[...] ela explicou que devo dar banho no bebê com cuidado, observar a fralda pra ver se tá dando assadura, se tem cólica, não colocar nadinha no umbigo, só lavar e secar, trazer pra vacinar e fazer o teste do pezinho (Sujeito 11).

[...] a gente aprende durante a Consulta de Enfermagem a cuidar bem do bebê, do umbigo. No meu primeiro filho, eu sofri com a questão do umbigo, porque eu secava o menino, mas não tinha esse cuidado de secar bem o umbigo, eu não sabia que não podia ficar molhado (Sujeito 9).

As atividades específicas da enfermeira incluem explorar com a gestante a experiência particular dela em cuidar do bebê, promover sentimentos de auto-estima da mulher, tranquilizar em relação aos anseios, transmitir segurança para ajudar a aliviar os medos e trabalhar estratégias que suscitem na mulher confiança na habilidade dela em vir a ser uma boa mãe.

Segundo Folle e Geib (2004), os fatores que impulsionam a mãe para os cuidados com os seus filhos são as suas preocupações básicas, desde o banho, até como garantir cada cuidado. Dessa forma, esses autores consideram que os cuidados com o recém-nascido precisam ser referenciados de maneira leve e contextualizados à situação social da mulher, para que ela não os absorva como uma grande preocupação, principalmente quando a sua condição socioeconômica não corresponde aos ensinamentos.

Assim, a enfermeira na Consulta de Enfermagem precisa manter uma relação interativa com a gestante, para auxiliá-la a cuidar do seu filho, considerando seu contexto socioeconômico e cultural.

Nos depoimentos das gestantes, foi possível perceber que, na Consulta de Enfermagem, reforça-se a consulta do pediatra e a reunião com a enfermeira para o acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento.

[...] ela orientou que devo ir para a reunião com a outra enfermeira, dá as vacinas. Como tive diabetes, o meu bebê eu vou trazer logo pra fazer o exame de diabetes (Sujeito 3).

[...] ela orientou trazer o bebê pra reunião com a enfermeira, depois para o pediatra, fazer as vacinas e o teste do pezinho (Sujeito 2).

Ah! cuidar bem e observar alguma alergia no corpo ocasionada por algum tipo de roupa que ele usa ou fralda descartável, trazer o bebê para o pediatra (Sujeito 5).

Uma das estratégias adotadas pelo MS, a partir de 1975, com o Programa Materno-Infantil, visando a reduzir a morbidade e a mortalidade das crianças de 0 a 5 anos de idade, foi priorizar algumas ações básicas de saúde, dentre as quais, o acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil, contendo práticas educativas, consultas mensais nos primeiros dezoito meses de vida, intercaladas

entre o pediatra e a enfermeira e depois com o médico, de acordo com as necessidades da criança.

Adami (1994) considera a Consulta de Enfermagem uma atividade significativa para esse acompanhamento, porque permite à enfermeira desenvolver ações voltadas para a identificação, resolução e/ou atenuação de problemas, com base nas necessidades de saúde e condição da criança.

Nesse sentido, Scochi *et al.* (1992) enfatizam que a enfermeira precisa ficar atenta a essa atividade, já que se responsabiliza pelo grande contingente das ações educativas na assistência à saúde do grupo materno-infantil, especialmente nas atividades diretas com os pais e as mães.

Autores como Dias (2000) e Rios (2003) consideram importante a enfermeira ficar atenta à sua prática profissional, divulgar suas ações, para que a comunidade conheça melhor o processo de trabalho dessa profissional.

Outro aspecto enfatizado pela enfermeira e presente nas falas das gestantes refere-se à imunização.

[...] ela orientou que devo fazer as vacinas do bebê, vou fazer uma vacina primeiro no hospital e depois eu tenho que continuar fazendo outras vacinas aqui no Centro de Saúde, tudo pra saúde do bebê (Sujeito 7).

[...] ah eu aprendi que o bebê precisava fazer as vacinas e que é importante assim não atrasar, eu vou seguir direitinho (Sujeito 13).

[...] uma outra coisa que a gente aprende é a vacinação, a importância da vacinação, todo neném tem que ser vacinado, então a gente tem que religiosamente fazer certinho, trazer o bebê pra vacinar (Sujeito 9).

O Programa Nacional de Imunização (PNI) é uma ação básica de saúde importante para reduzir a morbidade e a mortalidade da criança menor de 5 anos. (Brasil, 1993)

Tal ação é iniciada nos primeiros momentos de vida e deve se constituir como o centro da atenção a ser prestada em toda a Rede Básica dos Serviços de Saúde. E, nesse sentido, a enfermeira tem um papel primordial, pois é responsável pela organização e treinamento de pessoal que executa essa prática, assim como pelas

ações educativas que a divulgam na comunidade e junto às gestantes, enfatizando o seu significado e importância.

A imunização na SES/DF segue as diretrizes do PNI, apresentando-se integrada ao serviço de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, componente da Divisão de Vigilância de Saúde (DISTRITO FEDERAL, 2000).

Para Correa (2000), as enfermeiras que atuam no PNI possuem bastante autonomia para realizar suas ações, que têm contribuído de forma significativa no processo de planejamento, coordenação e implementação desse Programa.

Emerge nos depoimentos das gestantes que foram orientadas a compartilhar os cuidados maternos com os familiares:

[...] a enfermeira orientou assim, aquela parte de ensinar pro meus filhos a ajudar a cuidar assim do bebê, meu marido [...] todos vão me ajudar com o bebê, é importante e eu também, preciso descansar, né? (Sujeito 1).

[...] ela orientou que preciso ensinar ao meu marido a como cuidar do bebê e meu marido está aprendendo tudo pra quando o bebê chegar (Sujeito 4).

[...] orientou que todos precisam ajudar a cuidar do bebê e agora o pai dele é quem coloca ele pra arrotar, ele adora isso, botar ele pra arrotar, põe ele em pezinho pra não golfar, limpa ele e tudo quer ajudar (Sujeito 13)

É sabido que, no geral, a responsabilidade do cuidado com o filho, principalmente nos primeiros dias, fica a cargo da mãe, constatando-se uma relativa ausência do pai, muitas vezes por medo e insegurança de pegar o bebê. Entretanto algumas mulheres demonstram que o cuidado paterno é necessário, por uma série de motivos, porque trabalham ou até porque compreendem o significado desse compartilhar.

Para Monteiro (2003), o papel da mulher protetora dos filhos, atribuído ao gênero feminino, não é determinado biologicamente, mas social, política e culturalmente, já que, historicamente, surgem as normas que devem ser seguidas do que é ser homem e do que é ser mulher, as quais são orientadas pela religião, educação e a ciência jurídica.

Desse modo, é importante que, nas atividades do Pré-Natal, seja na consulta ou em reunião educativa com a gestante, a enfermeira, ao abordar o cuidado com o

recém-nascido, enfatize o significado do pai no ato de compartilhar das ações de cuidar do filho e de ajudar a educá-lo..

Nas falas das gestantes, encontram-se as orientações recebidas para os cuidados maternos ancorados nas dificuldades que elas poderão enfrentar.

[...] agora eu sei que o mais difícil vai ser cuidar das cólicas, ela disse que e só fazer as compressas mornas, e que não posso comprar remédio na farmácia (Sujeito 11).

[...] ela orientou que a gente, a mãe não deve comer comidas gordurosas, porque o bebê pode ter cólicas (Sujeito 9).

[...] ela me disse que no começo ele precisa de cuidados, quando chorar ter paciência, calma e eu preciso aprender ter, sou muito preocupada (Sujeito 10).

[...] ah! as gases, a enfermeira orientou que é preciso colocar pra arrotar, porque se não ele fica com muitas cólicas, aí colocar compressa, se não aí começa aquele choro do neném [...] ela orientou que na hora de dormir colocar ele assim de lado no berço, porque se ele vomitar o vomito sai pra lá (Sujeito 1).

[...] ela ensina assim, que na hora do banho, ter cuidado pra não entrar água no ouvido, não dá dor e se acontecer colocar ele de lado no berço (Sujeito 6).

Pelos depoimentos, é percebido que os primeiros cuidados com o recém-nascido são desafiadores para a mãe, para o pai e para a família como um todo. Sendo assim, um dos grandes desafios para a harmonia do convívio inicial com o recém-nascido é a mãe e a família sentirem-se preparadas para compreender e responder ao comportamento e às necessidades apontadas pelo bebê.

Neste contexto, considera-se importante a inserção dos familiares nas atividades do Pré-Natal, seja na consulta, seja nas reuniões educativas, para que participem, juntamente com a gestante, do processo de assistência à criança, atualizando-se e compartilhando responsabilidade no cuidado com o bebê.

Segundo Dias (2000), muitas vezes a mãe recebe duas orientações conflitantes, uma da família e outra do profissional de saúde.

As principais dificuldades apresentadas pelas gestantes estão relacionadas à representação da alimentação do bebê e os fatos decorrentes dela, como cólicas,

gases e regurgitação, que podem desencadear dor e choro no bebê, deixando as mães sem ação, se não forem orientadas nas Consultas de Enfermagem. O cuidado com o ouvido durante o banho também foi revelado como uma dificuldade, pois, se não se souber como proceder, a consequência será desconforto, infecção e choro.

Conforme Maldonado (1996), todas as situações cotidianas e comportamentais comuns dos recém-nascidos precisam ser compreendidas. Para tanto, completa a autora, a mãe precisa ser bem preparada para acolher seu concepto e vencer os conflitos pertinentes ao crescimento e desenvolvimento da criança.

Nesta temática, ficou evidenciada, por meio das representações sociais das gestantes, a forma de como cuidar do bebê e o fato de que as orientações recebidas na Consulta de Enfermagem foram normativas e realizadas no sentido unilateral, isto é, os conhecimentos da enfermeira devem ser absorvidos pela mãe. O foco das orientações centrou-se no Modelo Biológico e nos princípios de higiene, de assepsia e de prevenção de doenças para o desenvolvimento e crescimento do recém-nascido.

Os dados, também, demonstraram que o contexto social das gestantes não foi considerado para que os cuidados pudessem ser assegurados. Dependendo do contexto familiar e das crenças existentes, a gestante pode ter muitas dificuldades para a realização desses cuidados. A presença de pessoas mais velhas (familiares e/ou vizinhos, amigos) com suas experiências, suas crenças e seus mitos, podem interferir nas ações das mães, que ficam à mercê do conhecimento alheio e dos ditames dos mais velhos, que se dizem experientes e sabedores do que é melhor a fazer para o cuidado da criança, ocorrendo muitas vezes o que lembra Almeida (2005): estes nunca confiam nas condutas tomadas pelas mães.

6.2.4.2 Classe Temática 3 – Aleitamento Materno

Na presente Classe, encontram-se as representações das gestantes acerca do aleitamento materno.

TABELA 23 – ENTREVISTAS INDIVIDUAIS – CLASSE TEMÁTICA 5 – 2005

PALAVRAS	FREQÜÊNCIA (F)	PERCENTUAL (%)	CHI-QUADRADO (X ²)
Materno	18	88,89	93,23
Leite	19	78,95	74,43
Aleitamento	11	90,91	58,63
Mamar	10	90	51,88
Dentes	7	100	45,96
Amamentar	9	88,89	45,19
Sol	6	100	39,26
Bebê	57	38,60	37,91
Fortalecer	5	100	32,61
Peito	24	50	29,77
Pegar	6	83,33	25,59
Arrotar	5	80	19,28

FONTE: ALCESTE

Embora o aleitamento materno seja uma questão humana, este envolve uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais na condição humana e de atribuição de significados, porque exprime uma relação que perpassa o corpo individual/social, confrontando-a com as variações emocionais do ser humano na sua totalidade .(ALVES, 2003).

Para Souza (1996), o aleitamento materno imprime seu valor para toda a vida do bebê, por ser fundamental ao seu desenvolvimento físico e emocional, e também porque favorece a nucleação familiar.

Assim, a promoção para o aleitamento deve ser enfatizada como uma prática indispensável para a melhoria da saúde e qualidade de vida do binômio mãe-filho.

Segundo Martins Filho (1984), torna-se importante a adoção de estratégias que possibilitem esclarecimentos à Sociedade sobre o significado da importância do aleitamento para a mãe e a criança. Para o autor, as mães, com raras exceções, não querem amamentar, e, dentre os vários motivos para isso, destaca-se o desconhecimento, por parte da população, do significado real do leite materno.

Os discursos das gestantes sobre o aleitamento materno revelam, porém, que elas, quando tomam conhecimento, compreendem o significado do leite materno.

[...] ajudou muito, e isso pra mim é a coisa mais importante que me ensinou no aleitamento materno pro meu filho (...) não tem negócio de água, tem que ser só peito, não tem negócio de dar outra coisa não, é só peitinho e deixar ele bem à vontade.” (Sujeito 13)

[...] é dar o leite, é dar o peito, porque é importante para o bebê ficar forte e com saúde, não ficar indo atrás de conversa de outras pessoas que dizem que o leite materno não fortalece ninguém, porque fortalece sim (Sujeito 3).

Nos depoimentos das gestantes, constato que elas elaboram suas representações e percepções acerca do leite materno, a partir tanto das informações recebidas sobre os atributos deste quanto das experiências vivenciadas.

Na concepção de Silva (1997), a importância da amamentação para a nutriz está na influência do leite materno na saúde, crescimento e desenvolvimento do seu filho.

Nesse sentido, destacam-se as representações de que o leite materno é significativo para o crescimento e desenvolvimento do bebê.

[...] é uma coisa muito importante o leite materno para o bebê, para ele crescer e se desenvolver (Sujeito 6)

[...] o leite materno, eu sei que é muito importante para a criança crescer e se desenvolver com saúde, por isso a mãe deve amamentar (Sujeito 8).

O fato de o leite materno conter nutrientes para o crescimento e desenvolvimento do bebê, conforme Badinter (1985), Silva (1997) e Alves (2003), faz com que seja um atributo importante para estimular o processo de discussão sobre a prática do aleitamento com a mãe e a família.

Sobre a prática do Aleitamento Materno, Silva (1997) afirma que até há duas décadas passadas a adesão era considerada pequena, principalmente entre as mulheres trabalhadoras, pela dificuldade de conciliar suas atividades extra-lar e, também, pela pressão da vida moderna em zona urbana. Além disso, havia os medos em relação às complicações com as mamas; fissuras, mastites. Ainda existem outras questões relacionadas aos mitos e o aspecto cultural, tais como a de que o ato da amamentação modifica as mamas, o que para as mulheres representa

uma diminuição da sua sensualidade, ou então que o leite materno é fraco e, por isso, não supre as necessidades do filho.

Cruz (2002) e Uchimura (2001) consideram que hoje as mulheres estão mais conscientes e determinadas para a prática da amamentação, embora, segundo constataam esses autores, o desmame continue precoce, tendo como uma das causas principais a necessidade de a mãe retornar ao trabalho. Tal realidade se dá notadamente em mulheres de baixa escolaridade.

Desta forma, com o intuito de incentivar o aleitamento materno e evitar a precocidade do desmame, o Ministério da Saúde o incluiu como uma das ações básicas, no sentido da promoção à saúde do bebê, dentro do Programa da Atenção Integral a Saúde da Criança (PAISMC). (BRASIL, 2000b)

Para garantir uma boa amamentação, torna-se necessário que, durante o Pré-Natal, sejam dadas orientações à gestante sobre todos os aspectos que envolvem essa prática, como a apoiadura e os cuidados de prevenção com a mama, bem como conversar com a mulher sobre as dificuldades que podem ocorrer. Para Maldonado (1996), esse trabalho preventivo vai colaborar para conduzir a nutriz no processo da lactação.

É observado nas falas das gestantes que as enfermeiras enfatizam na Consulta de Enfermagem o significado da apoiadura.

Ela me ensinou como massagear os seios direitinhos pra não empedrar, pra descer o leite (...) quando meu filo nasceu tive problema com o seio, demorou a descer e aí fui ao Centro e ela me ajudou a cuidar direitinho e orientou a tomar muito líquido (Sujeito 13).

[...] explica pra não se preocupar que o leite às vezes demora a descer, mas desce. É importante tomar líquido e não tomar outras coisas, é só líquido (Sujeito 12).

Os primeiros dias após o parto são cruciais para o aleitamento materno bem sucedido. Nesse momento, aparece a preocupação da mãe em amamentar, sendo a queixa mais freqüente a de que não há leite, o que termina por gerar desânimo. Com a apoiadura, as mamas tornam-se ingurgitadas e inclusive dolorosas, e novamente a mãe é levada a crer que algo está errado (Oscar *et al.* 2001).

Assim, a mãe, quando esclarecida na consulta, pela enfermeira, sobre a possibilidade de ocorrerem estas situações e como proceder, fica preparada para enfrentar essas intercorrências.

Conforme Oscar *et al.* (2001), nos dias que precedem à apojadura, as mães de primeiro filho podem ficar ansiosas e assustadas, o que leva à insegurança, que atrapalha uma amamentação eficiente, e/ou ao desmame precoce. A autora afirma que, se os pais e as mães fossem corretamente orientados, esse momento com certeza ocorreria de forma mais tranqüila.

Nas falas a seguir, as gestantes revelam que na Consulta recebem orientações para preparar as mamas e superar possíveis dificuldades

[...] desde o início do Pré-Natal, a gente é orientada por ela no preparo dessas mamas, pra gente poder amamentar sem dificuldades [...] é o banho do sol para fortificar o tecido do peito, é o uso do bom sutiã pra gente poder estar sustentando as mamas que estão ficando pesadas (Sujeito 6).

[...] passar uma bucha no bico dos seios pra não ficar rachado, machucando, depois fica forte e não ficar sentindo dor, passar óleo nos seios em volta [...] usar um sutiãzinho, fazer um furo nos dois lados e colocar os biquinhos do peito e não ficar roçando e assando (Sujeito 12).

[...] orienta não passar nenhum tipo de creme no bico, aí aprendi que pegar sol fortalece a pele, pra na hora que o bebê pegar e começar a mamar não rachar [...] então a gente fica mais preparada e se rachar continuar dando mamar pra não dá mastite (Sujeito 3).

[...] ela ensina no preparo da mama que na hora que o bebê tiver mamando a gente não puxar de uma vez, né, o peito pra não ferir a gente bota o dedinho aqui no cantinho da boca do neném. Por exemplo, isso eu não sabia do meu primeiro filho, que eu não fiz pré-natal com o enfermeiro [...] então rachou muito meu peito, porque ele mamava eu tirava, eu puxava ele, a gengiva do neném era dura (Sujeito 9).

Maldonado (1996) reforça que a mulher precisa ser bem orientada quanto aos cuidados com as mamas, pois as dificuldades com estas geram medo e contribuem para o desmame precoce.

Nas representações das gestantes, fica evidenciado que uma das grandes dificuldades na prática da amamentação é o ato propriamente dito.

[...] sobre o aleitamento, ela explicou que a gente tem que saber que é importante, agora é preciso saber que tem que se cuidar, pra tomar muito líquido, e também, que a gente precisa cuidar bem da mama, né?. Ela disse que é pra colocar um pouco no sol, pra ficar assim, pra não ferir, não rachar e na hora se ficar ferido é pra tentar continuar dando o mamar (Sujeito 10).

[...] penso que a dificuldade pode acontecer na hora de amamentar, quando o bebê vai mamar, e aí a mama pode ferir e aí ela orientou sobre essa parte do aleitamento em si, ela deixou muito claro, assim, que em alguma dificuldade que por ventura na frente tenha, que venha procurar a enfermeira pra ser orientada em cima da dificuldade. (Sujeito 6).

De acordo com Varela (1994), é para evitar essas intercorrências com a mama, com o ato da lactação, que as informações precisam acontecer previamente. Dessa forma, enfatiza este autor que o profissional precisa ser verdadeiro nas informações sobre as dificuldades que podem surgir, sem, no entanto, assustar, buscando manter com a gestante uma relação interativa nesse momento, para que ela possa falar de suas dúvidas e preocupações.

Nesse contexto, se por acaso as dificuldades ocorrerem, as mães estarão preparadas para enfrentá-las, sem desistir de amamentar seus filhos.

Nas falas das gestantes, dá para perceber que na Consulta de Enfermagem são reforçadas as diversas vantagens da amamentação.

ah! dizem que amamentar une mais a gente com o bebê, fica mais juntos, isso assim é importante. (Sujeito 12)

[...] aprendi com ela, que amamentar é bom pra mãe e o filho, é a gente mãe e filho fica mais juntos." (Sujeito 13)

[...] ela falou que o leite é um alimento completo e também une a mãe com ele, porque só a gente pode amamentar, né? (Sujeito 9).

É sabido que a prática da amamentação contribui para o desenvolvimento harmonioso da criança e da mãe, porque oportuniza um maior contato entre estes. Junqueira (1999) afirma que a amamentação fortalece o vínculo mãe/filho, uma vez que a mãe, quando amamenta, fica próxima do seu filho, a ponto de o neném, ao mamar, ouvir os batimentos cardíacos e a respiração de sua mãe. Essas sensações acalmam e geram bem-estar aos dois. Alguns estudiosos, como Moraes (1996) Campestrine (1991) e Silva (1997), dizem, inclusive, que o seio, após o nascimento, substitui o cordão umbilical.

Para essas gestantes, o ato de amamentar evidencia, além da relação mãe/filho, a importância do seu leite enquanto nutriente para o bebê, pois sabem que ela é a origem, a fonte do próprio alimento do filho, o que as enaltece, aumentando, inclusive, a significância deste.

[...] é uma coisa muito importante a gente saber que o neném vai se alimentar do seu próprio leite materno (Sujeito 6).

[...] é importante para a mãe alimentar o seu bebê quanto tempo puder com o seu leite (Sujeito 2).

Waldés (1996) corrobora com as falas quando afirma que a mãe, ao perceber que o leite é de sua própria espécie, sente-se realizada pessoalmente e responsável por manter uma vida. Considera que esse fenômeno já justifica adesão à amamentação por parte das mulheres, o que é agravado quando nos damos conta de que o Homem é o único mamífero que dá leite de outra espécie animal para o seu próprio filho.

Nesse contexto, Campestrine (1991) enfatiza que a promoção do aleitamento materno, considerando a sua importância para a mãe e para o filho, é dever de toda a sociedade, da família, das autoridades governamentais e das pessoas que exercem sobre a sociedade qualquer tipo de influência, principalmente socioeconômica e política.

A maioria das gestantes conseguiu compreender e demonstrar em suas falas que o leite materno contribui para a saúde do bebê, porque lhe confere imunidade e previne doenças comuns da infância. Essas representações sobre o aleitamento materno estão ancoradas na saúde do bebê.

[...] o leite materno é pra fortalecer o bebê (...) é pra o bebê ter imunidade, o bebê que mama só no peito tem mais imunidade, tem menos chance de adoecer do que bebês que não mamam no peito. Então tudo isso a enfermeira te ensina, a gente aprende durante a Consulta de Enfermagem (Sujeito 7).

[...] o aleitamento materno para criança é ótimo (...) porque no caso é como se fosse uma vacina, protege o bebê, evita doenças, no caso de vírus como a gripe (Sujeito 8).

[...] então ela ensina essas coisas, assim, que o aleitamento materno é muito bom para os dentes do neném. Mesmo porque é igual a vacina (Sujeito 1).

[...] o aleitamento materno é importante pro bebê não adoecer (...) o bebê que não mama dá muita diarreia e tudo, doença de pele, essas coisas que elas explicam, né, pra fortalecer a gengiva, do neném, os dentes pra quando nascer os dentes não ter cárie e tudo (Sujeito 9).

As representações sociais apresentadas pelas gestantes reforçam que, para a efetivação da amamentação, as orientações realizadas na Consulta de Enfermagem precisam enfatizar as vantagens dessa prática para a saúde do recém-nascido, além de considerar que essas informações empodera a nutriz à prática da amamentação.

Em relação às vantagens da amamentação para a mãe, as gestantes apontaram suas representações fundamentadas na sua saúde, beleza física e na contribuição dessa prática para manter a forma física.

[...] eu sei que meu corpo vai voltar logo ao normal, porque quando amamenta a criança a pessoa emagrece e com a amamentação da criança o útero diminui e a pessoa emagrece (Sujeito 8).

[...] tem vantagens pra própria mãe também, é ótimo porque no caso ela vai emagrecendo vai ficando mais bonita (Sujeito 13).

[...] ajuda a perder peso, é muito bom amamentar porque vai perdendo peso, ajuda a gente emagrecer (Sujeito 10).

[...] ah! amamentar é bom para mãe porque ela perde logo o peso, também ajuda na nossa saúde, e é importante por isso porque a gente fica bem (Sujeito 11).

A partir desses depoimentos, é possível observar que as informações colhidas na consulta com a enfermeira se traduzem em conhecimentos que certamente beneficiaram seu psicológico e seu corpo, ou seja, a mulher percebe que o leite, além da rica fonte de alimento, confere outras vantagens, o que suscita nela uma maior compreensão sobre a amamentação.

Quanto às vantagens da amamentação para a mãe, têm-se as seguintes: diminui o volume do útero mais rapidamente; evita hemorragias no pós-parto; estimula a ocitocina, que, por sua vez, estimula as contrações do útero; protege contra a anemia, por demorar mais a menstruar; mantém as reservas de ferro, além de estar associada a um menor risco de câncer de mama, ovário e endométrio (Junqueira, 1999)

Para este autor, essas vantagens são todas importantes, embora aquelas relacionadas ao corpo colaborem de forma precisa para a mãe não perder o estímulo e a vontade de amamentar e/ou desmamar precocemente, já que o corpo hoje é tão evidenciado pela mídia, na tentativa de estabelecer um corpo bonito, ideal a partir de um padrão hegemônico. A amamentação colabora para a perda do peso adquirido durante a gravidez repondo a condição estética que a mulher tinha antes de se tornar mãe.

Maldonado (1996) avalia, assim, que o aleitamento materno constitui-se como uma readaptação da gestante ao seu corpo não-grávido.

Creio que o período pré-natal é importante para a gestante formar suas representações sobre a amamentação, pois, segura e consciente de sua opção, ela não terá sua decisão mudada por outras pessoas. Sendo assim, é preciso que o profissional nesse momento permita à mulher colocar suas preocupações, temores e expectativas para, enfim, saber como direcionar suas informações, como ensinar-lhe as técnicas, aproveitando seus conhecimentos e sua maior sensibilidade nessa fase.

Nesse sentido, ressalta-se o papel relevante da profissional enfermeira na promoção da amamentação correta. Seu olhar deve focar a necessidade singular de cada mulher, preparando-a para o enfrentamento das eventuais dificuldades apresentadas e trabalhando com ela as formas de superá-las.

[...] ela orienta cuidar do peito para não ficar ferido e dizer que o leite da mãe é fraco. O que não é verdade, dar o leite pra o bebê ficar forte e com saúde [...] não ficar indo atrás de conversas de outras que dizem que o leite materno não fortalece ninguém (Sujeito 3).

Segundo Oscar *et al.*(2001), a enfermeira tem contribuído para a efetivação da amamentação. Foi o que demonstrou a pesquisa realizada por essas autoras com as puérperas em uma maternidade pública em Minas Gerais, que tinha como objetivo compreender o significado atribuído pelas mães às orientações ministradas pela enfermeira acerca dessa prática.

Dessa maneira, com todas as representações aqui apontadas, evidenciando a responsabilidade da enfermeira nesse processo, julgo importante que estas profissionais desenvolvam, no processo da Consulta de Enfermagem no Pré-Natal, intervenções que ajudem a mãe a compreender o significado do aleitamento materno e o processo dessa prática como um todo, considerando os aspectos positivos e negativos. Que a mãe venha a saber que, embora seja importante, o aleitamento é também doloroso e, conforme Silva (1997), permeado por mitos, o que representa, para Campestrine (1991), dificultadores para o êxito do aleitamento materno.

Mas isto precisa ser desmistificado nas práticas educativas e na individualidade da Consulta de Enfermagem no Pré-Natal, para que assim as gestantes, futuras puérperas, consigam superar as dificuldades que venham a ocorrer durante o processo da amamentação, diminuindo o desmame precoce. A enfermeira, agindo assim, contribuirá enquanto profissional inserida na equipe de saúde para o êxito na luta contra a mortalidade infantil.

Nesse sentido, torna-se importante lembrar o estudo realizado por Silva (1994), o qual explicita que, à medida que a mulher compreende e define a situação de amamentar para si, ela passa a representá-la em termos simbólicos de riscos e benefícios. Simbolicamente, o risco corresponde às interpretações sobre o que a amamentação traz para a mulher ou para a criança, como alguma possibilidade de perda, prejuízo, dano, desvantagem, perigo e ameaça física, emocional ou social. Por outro lado, seguindo o mesmo raciocínio, a amamentação pode significar benefícios colhidos pela mãe ou para a criança, quando interpretada como ganhos, proveitos, vantagens, prazer e satisfação, obtidos no processo de amamentar ou ser amamentado.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A minha trajetória profissional centrada na atenção à saúde da mulher, especialmente no Pré-Natal e na participação da Consulta de Enfermagem às gestantes, tem demonstrado que este procedimento sofre influências do paradigma biomédico, que é insuficiente para solucionar as demandas das gestantes, visando à integralidade da assistência preconizada pelo SUS.

Diante disso, despertei para a necessidade de realizar um estudo com o objetivo de conhecer as representações sociais das gestantes que freqüentam o Pré-Natal no CSB11 acerca da Consulta de Enfermagem, a fim de oferecer subsídios para garantir a qualidade de assistência às gestantes.

Para tanto, adentrei-me no universo das mulheres gestantes, procurando verificar, na rotina do atendimento, as condutas adotadas por ocasião da realização das Consultas de Enfermagem e no acompanhamento do Pré-Natal, bem como a maneira como as gestantes percebem o processo gestacional, o parto e o puerpério, e como a Consulta de Enfermagem contribui para propiciar as condições necessárias para sua saúde e de seu conceito.

Parti de algumas questões norteadoras, a saber:

- I. Qual a representação da gestante acerca da Consulta de Enfermagem?
- II. Qual a relação entre a Consulta de Enfermagem e as expectativas e necessidades vivenciadas pela gestante durante o Pré-Natal?
- III. Quais os conhecimentos apreendidos a partir da Consulta de Enfermagem sobre os cuidados com a gestação, parto e puerpério?

Para isso, utilizei a abordagem qualitativa, adotando como referencial teórico as Representações Sociais, porque possibilita conhecer o que pensam os indivíduos acerca de um determinado objeto e por que pensam (ALMEIDA, p.124 2005).

A primeira etapa da pesquisa teve como objetivo caracterizar o perfil das gestantes atendidas na Consulta de Enfermagem no Pré-Natal. Para tanto, foi realizado análise de 40 Prontuários e Fichas de Pronto-atendimento de gestantes atendidas nas Consultas de Enfermagem, no ano de 2004.

Ficou constatado que a maioria das mulheres reside nas quadras correspondentes à área de abrangência da Unidade de Saúde e as demais nas cidades-satélites e cidades do entorno do Distrito Federal. São mulheres predominantemente jovens, em idade considerada fértil, situada entre 20 a 35 anos. Em relação ao estado civil e presença de companheiro, foi constatado que 50% são casadas, 2,5% são separadas e as demais não têm união estável. Quanto ao tipo de profissão, a maioria é empregada doméstica. No que se refere à escolaridade, a maioria possui o Ensino Fundamental. Sobre os hábitos de vida das gestantes, a grande maioria não tem o hábito de fumar e nem de ingerir bebida alcoólica. Nos dados relacionados à inscrição no Pré-Natal, um total de 58,5% das mulheres ingressou nesse Programa no período entre a 12^a e a 16^a semanas de gestação. Quanto à realização da Consulta de Enfermagem no Pré-Natal, 75% das gestantes freqüentaram anteriormente essa Consulta.

Posteriormente, realizei as entrevistas individuais semi-estruturadas com as gestantes, a fim de ouvi-las sobre suas vivências com a Consulta de Enfermagem no Pré-Natal. Para análise dos dados, utilizei o *software* ALCESTE, que utiliza a co-ocorrência das palavras contidas nos enunciados que constituem o texto, de forma a organizar e resumir informações consideradas mais relevantes, possuindo como referência, em sua base metodológica, a abordagem conceitual lógica e dos mundos lexicais. (CAPRA *apud* GOMES *et al.*, 2005).

Os resultados da análise lexical individual mostraram que as falas das gestantes se organizaram em torno de três Eixos principais, a saber: **Vivenciando a gravidez, Recebendo orientações sobre a gestação e Cuidando do bebê.**

O primeiro Eixo, composto por duas Classes Temáticas - o **Impacto da descoberta da Gravidez** e a **Gravidez como estado de mudança** - apontou elementos importantes sobre a experiência vivida pelas mulheres durante a gravidez.

Sobre o Impacto da Gravidez, as representações revelaram que a sua descoberta comumente suscita sentimentos de surpresa e preocupação, embora estimule também sentimentos de felicidade e alegria. Quando a gravidez, porém, não é planejada e nem apoiada pelo companheiro e a família, experiencia-se a insegurança e solidão.

É importante destacar que a gravidez foi representada como um evento que gera diversos tipos de medos, os quais, quase sempre, estão associados às mudanças bruscas

que ocorrem, em curto espaço de tempo, na vida de uma mulher. A representação social do parto revelou ser este tido como um momento de risco e de morte.

Foram identificadas representações sociais das gestantes sobre a gravidez como um momento de profundas e complexas mudanças na vida de uma mulher e como um fenômeno que vai além da função reprodutiva, pois está associada a algo divino e sublime. Além disso, as gestantes disseram que estar grávida significa acompanhar todo um processo de alterações e modificações biológicas e fisiológicas abruptas e intensas, que as prepara para acolher o novo ser. Isso dá visibilidade à feminilidade e reafirma a fecundidade como algo que enaltece a condição da mulher.

As falas das gestantes evidenciaram, também, que as mudanças físicas, emocionais e sociais aparecem, simultaneamente, com significados ora positivos ora negativos no desenvolvimento da gravidez, e que são de difícil aceitação, favorecendo, de acordo com o pensamento de Barine (2000), os componentes de ambivalência e regressão psicológica.

Como ressalta Oliveira (2003), cada mulher vive diferentes sentimentos, de acordo com as suas concepções, percepções e realidade social.

Nesse sentido, percebe-se que a gravidez é representada como um momento delicado na vida de uma mulher, diferentemente do discurso social idealizante, que apregoa ser este um momento sempre de total felicidade. Para Szejer (2005), tal idealização da gestação deixa de considerar as dificuldades que muitas mulheres vivenciam nesse momento.

O segundo Eixo - **Recebendo orientações sobre a gravidez** - apresentou duas Classes Temáticas: **Consulta de Enfermagem e Planejamento Familiar**, onde se descrevem as representações das gestantes acerca do acolhimento e das orientações recebidas sobre o processo da gravidez, parto, puerpério e planejamento familiar.

As gestantes conhecem a Consulta de Enfermagem no Pré-Natal. Inicialmente, elas tinham a percepção dessa Consulta como um procedimento complementar ao trabalho do médico, que podia ser desenvolvido por qualquer outro membro da equipe de Enfermagem. Contudo, ao submeterem-se à Consulta, passam a reconhecê-la como um espaço de acolhimento e orientação. Este espaço possibilita o diálogo para discutirem suas dúvidas, experiências e sentimentos, estreitando o vínculo enfermeira-gestante e acrescentando um caráter humanizado

ao atendimento. Moscovici (1978, p. 53) diz que, graças à conversação, não só as informações são transmitidas mas cada um adquire uma competência.

Segundo as representações sociais das gestantes, as orientações recebidas permitiram ampliar o conhecimento sobre o processo gestacional, tanto sobre o parto quanto sobre o puerpério, empoderando-as como sujeito social ativo.

A Consulta da Enfermeira foi considerada melhor em relação à Consulta do Médico, tendo sido ressaltada em seu favor a vantagem de abordar o ser humano diante de suas complexidades e necessidades.

De acordo com Siqueira (2001), grande parte da população desconhece o valor social da enfermeira como uma profissional que presta relevante serviço à população, na promoção da saúde e prevenção de doenças.

Salles (1983) considera que a opinião pública não distingue bem os limites do campo de ação da profissional de Enfermagem, mas sua resposta é positiva. No imaginário popular, todos os profissionais que estão na Unidade de Saúde e que não são médicos são enfermeiras.

As representações das gestantes demonstram que a Consulta de Enfermagem no Pré-Natal tem permitido atenção humanizada, sobretudo por permitir o acolhimento pela enfermeira, ao escutar as suas dúvidas, suas preocupações a respeito da gestação, do parto e do puerpério.

Para Merhy *apud* Gomes e Pinheiro (2005), o acolhimento é a relação humanizada, acolhedora, que os profissionais e o serviço como um todo têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuário. Nesse sentido, o acolhimento da enfermeira deve servir, portanto, de elemento norteador para a Consulta de Enfermagem e demais atividades educativas que fazem parte da atenção ao Pré-Natal.

Em relação ao Planejamento Familiar, as falas das gestantes revelam ser este um Programa que guarda estreita relação com o controle do número de filhos, por meio de adoção de métodos anticoncepcionais, ou seja, como uma ação restrita à reprodução biológica, além de abrir espaço para uma atenção à saúde da mulher, no sentido de ajudá-la a se cuidar e a se proteger das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST.

Para Green *et al. apud* Barbieri (1996), o sucesso de Programas Educativos em Saúde está em descobrir meios adequados para transmitir informações a determinada população, com a finalidade de levar o público-alvo a obter

conhecimentos que facilitarão, posteriormente, adaptações ou modificações voluntárias de comportamentos que conduzem à saúde.

Nesse entendimento, o Planejamento Familiar precisa ser realizado como uma ação educativa, utilizando metodologia participativa, com o objetivo de contribuir para que a mulher ou o casal adquiram conhecimento sobre o próprio corpo e todos os métodos anticoncepcionais. Além disso, deve possibilitar que os conhecimentos existentes possam ser intercambiados e discutidos, com a finalidade de estimular uma postura crítica e mais esclarecedora sobre esse Programa.

A enfermeira enquanto educadora deve compartilhar e explorar as crenças e os valores dos usuários dos serviços a respeito de certas informações em saúde, bem como discutir suas implicações na prática. (STOTZ, 1994)

O terceiro Eixo - **Cuidando do Bebê** - composto por duas Classes Temáticas: **Como cuidar do Recém-nascido** e o **Aleitamento Materno**, descreve as representações das gestantes apontadas a partir das suas vivências na Consulta de Enfermagem no Pré-Natal.

Nessas representações de como cuidar do bebê, é percebido que a ênfase das orientações recebidas na Consulta centra-se, prioritariamente, em torno dos cuidados biológicos, sobretudo aqueles que ajudam no controle do processo saúde-doença, normatizados pelo Ministério da Saúde.

Outro aspecto observado nas falas das gestantes diz respeito ao contexto social da gestante, que não foi considerado para que os cuidados aos bebês pudessem ser garantidos, lembrando que os mitos e as crenças quando existentes podem dificultar a realização desses cuidados.

Foi identificado, também, nos depoimentos das gestantes, que as principais dificuldades apresentadas estão relacionadas à alimentação do bebê e aos fatos decorrentes dela, como cólicas, gases e regurgitação, que podem desencadear dor e choro no bebê. O cuidado com o ouvido no momento do banho foi evidenciado, bem como a hora do banho, como algo delicado, que exige habilidade do cuidador, seja ele, mãe, pai ou familiar.

As representações das gestantes acerca do aleitamento materno revelam que elas compreendem o significado do leite materno como um nutriente que contribui para o crescimento e desenvolvimento do bebê. Além disso, fica evidente que, para essas gestantes, o ato de amamentar oportuniza uma maior aproximação entre a

mãe e o filho, como também se sentem enaltecidas porque sabem que são a própria fonte desse alimento.

Ficou claro nas representações sociais apresentadas pelas gestantes que o leite materno, além da rica fonte de alimento, confere outras vantagens que beneficiam a mãe, tais como: diminui o volume do útero, de forma mais rápida; evita hemorragias no pós-parto, protege contra a anemia, além de associar-se a um menor risco de câncer de mama.

Nesse sentido, creio que, no desenvolvimento do Pré-Natal, as ações de educação ajudam as mulheres a formarem representações sobre a amamentação, considerando os aspectos positivos e negativos referentes a esse processo, para que sua adesão a essa prática aconteça de forma consciente. Assim, torna-se necessário que a enfermeira nesse momento permita à mulher apresentar suas preocupações, temores e expectativas, para poder, a partir desses conhecimentos, desenvolver intervenções que certamente ajudarão as futuras puérperas a superar as dificuldades que por ventura possam vir a ocorrer durante o processo da amamentação, contribuindo, assim, para diminuir o desmame precoce.

Embora, segundo Souza (1993), a mulher já trabalhe a idéia da amamentação, no seu imaginário, no decorrer da gravidez, é na situação real de amamentar o recém-nascido que a experiência se torna concreta. Assim, ocorre o confronto entre a expectativa e a vivência real. O enfrentamento de dificuldades não esperadas, dos conflitos e ambivalências, acarreta sentimentos de ansiedade e culpas nas mães-nutrizes, conforme Silva (1994) e Nakano (1996), impedindo o processo da apojadura e a fluidez da lactação.

Em síntese, ficou constatado que a grande maioria das entrevistadas apresentou representações positivas sobre a Consulta de Enfermagem no Pré-Natal, sobretudo devido à forma como se estabelecem as relações de comunicação enfermeira-gestante, no atendimento individual, em que são privilegiados o acolhimento, a escuta e o respeito humano, superando, assim, em parte, uma consulta que tem como eixo central o Modelo Biológico.

Todavia a Consulta de Enfermagem necessita ainda de ser realizada de forma menos impositiva, menos normativa e menos informativa, para que possibilite que se vislumbre uma mudança de comportamento consciente, por meio de estratégias que privilegiem o uso do corpo, a responsabilidade e o empoderamento das mulheres, para o alcance da integralidade da atenção à saúde.

Faz-se necessário re-pensar o paradigma desse tipo de Consulta, a fim de possibilitar o alcance das dimensões biopsicossociais da gestante, por meio da discussão do cuidado negociado, a partir da sua inserção social e experiência de vida. É importante também que a consulta proporcione às mulheres a possibilidade de olhar para si e não apenas para o bebê em desenvolvimento dentro de si e na perspectiva futura, após o nascimento.

É preciso empoderar as mulheres para a mudança de práticas no âmbito doméstico, e que a maternidade possa efetivamente representar um olhar da mulher para seu ciclo vital. Para tanto, é imprescindível a educação permanente dos profissionais.

Por fim, este estudo aponta a necessidade da divulgação do trabalho da enfermeira na Consulta de Enfermagem no Pré-Natal, para o fortalecimento da sua atuação e do reconhecimento da sua identidade profissional junto à população.

Referências Bibliográficas

ADAMI, N. P. et al. Características básicas que diferenciam a consulta de enfermagem da consulta médica. **Rev. Paul. Enferm.**, v. 2, n. 1, p. 9-13, mar. 1989.

_____. Estrutura e processo assistencial de enfermagem ao paciente com câncer. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 50, n. 4, p. 463-650, out./dez. 1997.

AERTS, D. R. G. C. Investigação dos óbitos perinatais: seu uso no planejamento de políticas públicas de saúde. **J. Pediátrico**, 1999.

ALEIXO NETO, A. Efeitos do fumo na gravidez. **Ver. Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 420 – 4, out. 1990.

ALFOUFA, J. Abordagem teórico-metodológica da representação social aplicada à educação. In : PIRES, J. et al. **Pesquisa em educação: abordagens teórico metodológicas**. Natal : Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Cooperativa Cultural, 1991.

ALMEIDA, A. M. O. A pesquisa em representações sociais: proposições teórico-metodológicas. In: SANTOS, M. F. S.; ALMEIDA, L. M. (Org.). **Diálogos com a teoria das representações sociais**. Recife : UFPE, 2005. p. 119-60.

ALMEIDA, J. A. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro : Ed. Fiocruz, 1999.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber e sua dimensão prática**. São Paulo : Cortez, 1989.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo : Cortez, 1997. 296 p.

ALVES, V. H. **O ato da amamentação: um valor em questão ou questão de valor?** 2003. 127 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

ANGELO, M. **Vivendo uma prova de fogo**. 1989. 133 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

ARAGÃO, R. O. De mães e de filhos. **Estados Gerais da Psicanálise: rede dos estados gerais da psicanálise**. Disponível em: <<http://www.estadosgerais.org>> Acesso em: 8 jun. 2006.

ARAÚJO, R. P. V. L. **Necessidades assistenciais de cliente mulher ao procurar uma consulta de enfermagem: uma abordagem fenomenológica na perspectiva de Alfred Schutz**. 2000. 150 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Comitê de Consulta de Enfermagem. Relatório do Comitê de Consulta de Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 32, n. 4, p. 407-8, abr. 1979.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Seção Paraná. **CIPESCando em Curitiba**: construção e implementação da nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem na rede básica de saúde. Curitiba : ABEN, Seção Paraná, 2005.

AVILA, M. B. Modernidade e cidadania reprodutiva. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 382-400, 1993.

BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. 6. ed. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1985.

BARBIERI, M. **O enfermeiro na educação de adultos em planejamento familiar**. 1996. 68 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

BARINI, R. Aspectos diagnósticos. In: NEME, B. (Org.). **Obstetrícia básica**. São Paulo : Sarvier, 2000. 997 p.

BASSO, E.; VEIGA, E. V. Consulta de enfermagem: evolução histórica, definição e uma proposta de modelo para sua realização: um programa de hipertensão arterial. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, v. 8, n. 2, p. 7-14, mar./ abr. 1998. Suplemento A.

BENKO, M. A.; CASTILHO, V. Operacionalização de um sistema de assistência de enfermagem. In: CAMPEDELLI, M. C. (Org.). **Processo de enfermagem na prática**. São Paulo : Ática, 1992.

BERQUO, E. Planejamento familiar: as faces da falta da informação. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, Brasília, n. 56, p. 10-4, 2005.

BERQUÓ, E. S.; CAVANAGHI, S. M. Fecundidade em declínio: breve nota sobre a redução do número médio de filhos por mulher no Brasil. **Novos Estudos**, São Paulo, v. 74, p. 11-5, 2006.

BOEHS, A. E. **Prática do cuidado ao recém-nascido e sua família**: baseado na teoria transcultural de Leininger e na teoria do desenvolvimento da família. 1990. 68 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1990.

BRAGA, M. G. R.; AMAZONAS, M. C. L. A. Família: maternidade e procriação assistida. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 11-8, 2005.

BRANDEN, P. S. **Enfermagem materno-infantil**. 2. ed. Rio de Janeiro : Reichmann & Afonso Ed., 2000.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília : Senado Federal, Centro Gráfico, **1988**. 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência em planejamento familiar**: manual técnico. 4. ed. Brasília, **2002**. 43 f. (Série A: Normas e manuais técnicos, 40).

_____. Programa Nacional de Imunização. **Manual de procedimentos para vacinação**. Brasília, **1993**.

_____. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília : Centro de Documentação, 1984. (Série B: Textos básicos de saúde, n. 6).

_____. **Assistência pré-natal**: normas e manuais técnicos. Brasília, **2000**.

_____. **Balço de dois anos do Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: 2006.

_____. **Dossiê aborto inseguro**. Disponível em <http://www.redesaude.org.br/saude/>>. Acesso em 01 de maio de 2006.

_____. **Lei n.º 11.108, de 27 de abril de 2005**. Permite acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do Sistema Único de Saúde Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/>>. Acesso em: 10 dez. **2005**.

_____. **Manual do Comitê Nacional de Mortalidade Materno-Infantil**. Brasília, 1994.

_____. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. Brasília, **2005.b**

_____. **Pré-natal de baixo risco**. Brasília : Centro de Documentação, **1988**. (Normas e manuais técnicos, 36).

_____. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, **2004b**

_____. **Programa Nacional de Triagem Neonatal**. Brasília, **2005c**.

_____. **Protocolo de intenções /saúde complementar** , Parcerias : Plano de Saúde, Prestadora se serviço de saúde e Representantes de Serviço de Saúde, Brasil, 2004c. Disponível em: <<http://www2.mre.gov.br/dai/bisaude.htm>>. Acesso 17 dez. **2005**.

_____. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC**, Brasil, 2004a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/svs/visualizar_texto.cfm?idtxt=21379>. Acesso em: 15 dez. **2005**.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde**: o Brasil falando como quer ser tratado: relatório final. Brasília, 2002. p.185-190. (Série histórica do CNS, n. 2).

_____. **Resolução 196/96.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/conep/resolucao.htm>>. Acesso em: 01 dez. 2005.

BRASIL, C.; VALADARES, D. P. PAISM: um caminho possível. **Saúde em Foco**, Rio de Janeiro, n. 12, dez. 1996.

BYDLOWSKI, M. O olhar interior da mulher grávida: transparência psíquica e representação do objeto interno. In: CORRÊA FILHO, L.; CORRÊA, M. E. G.; FRANÇA, P. S. (Org.). **Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos.** Brasília : LGE Ed., 2002. p.205 -14.

CAMPEDELLI, M. C. **Consulta de enfermagem ao binômio mãe-filho:** análises das consultas de enfermagem. 1986. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1986.

_____. **Consulta de enfermagem em geriatria:** proposta de modelo. 1989. 100 f. Tese (Livre-Docência em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

_____. Reflexões sobre a consulta de enfermagem. **Enfoque**, São Paulo, v. 18, p. 28-30, set. 1990.

CAMPEDELLI, M. C.; BENKO, M. A. Consulta de enfermagem ao paciente egresso. In: CAMPEDELLI, M. C. et al. **Processo de enfermagem na prática.** São Paulo : Ática, 1989. p. 128-36.

CAMPESTRINI, S. **Tecnologia simplificada na amamentação.** Curitiba : Universitária, 1991.

CANAVARRO, M. C. **Gravidez e maternidade:** representação e tarefas de desenvolvimento. Rio de Janeiro : Coimbra Quarteto, 2001.

CARNEIRO, A.; RODRIGUES, H. K. Opinião de mulheres de baixa renda, sobre o planejamento familiar. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 40, n. 1, p. 23-7, jan./jun. 1987.

CARVALHO M. L. O.; SCHOR, N. Motivos de rejeição aos métodos contraceptivos reversíveis em mulheres esterilizadas. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 88-94, 2005.

CASTRO, I. B. Estudo exploratório sobre a consulta de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 28, n. 4(?), p. 76-94, out./dez. 1975.

CAVALCANTE, M. A.; SHIMO, A. K.; ROLIM, E. J. Representações sociais sobre amamentação em grupo de mulheres – Pilar do Sul – São Paulo. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 93-9, jan./abr. 2003.

CHRISTOFORO, F. F. M.; BARROS, A. S. Abordagem do enfermeiro no grupo educativo com gestantes candidatas à laqueadura. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 46, n. 2, p. 101-6, abr./jun. 1993

COELHO, C. G. D. et al. O papel da enfermeira na assistência materno-infantil. **Rev. Assoc. Bras. Esc. Méd.**, Salvador, p. 23-5, 1970.

COELHO, E. B. S. **A enfermagem e o planejamento familiar: as interfaces da contracepção**, 2000. 114 f. Tese (Doutorado em Enfermagem.) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**: [Decreto Nº 94.406, de 8 de Junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências]. Rio de Janeiro, 1993.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL. **Legislação**. 4. ed. Brasília, 2000.

CORREA, M. J. O. Programa de imunização e a sala de vacina: como proceder frente à conservação dos imunobiológicos. **J. Rede Saúde**, n. 20, p. 5-8, jan. 2000.

COSTA, M. C.; GUILHEM, D.; TELLES, M. I. M. Atendimentos a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 5, p. 35-9, jul. 2005.

CRUZ, M. E. C. **Assistência pré-natal em Fortaleza**: estudo a partir da ótica da gestante e dos profissionais de saúde. 2000. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2000.

CRUZ, M. G. H.; GARRO, A. G. Deserción de la lactancia materna. **Rev. Hosp. Gen. La Quebrada**, v. 1, n. 1, p. 28-31, 2002.

CUNHA, C. R. da. **Reflexão bioética na laqueadura tubária em mulheres com desejo de nova gestação**. 2005. 105 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

CUNHA, M. H. C. M. **Estratégias de sobrevivência entre famílias da perimetral e representações sobre planejamento familiar**. 2001. 60 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

DIAS, I. M. A. V. **Apego mãe e filho**: bases para assistência de enfermagem neonatal. 2000. 158 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000

DIÓZ, M. **Entre mudanças e incertezas**: assistência pré-natal na perspectiva da integralidade. 1987? 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 1998.

DISTRITO FEDERAL (Brasil). Secretaria de Saúde. Fundação Hospitalar do Distrito Federal. **Normas de assistência pré-natal nível primário**. Brasília, 1989.

_____. Secretaria de Saúde. Núcleo de Assistência Integral à Saúde da Mulher. **Manual de assistência à saúde da mulher para as Unidades Básicas de Saúde**. 4. ed. Brasília, 2006.

_____. **Relatório da Secretaria de Saúde do Distrito Federal**. Brasília, 2000.

_____. BRASÍLIA: geografia e clima – cidades satélites e entorno. Disponível em :<http://www.geocities.com/augusto_areal/bsb_2phtm. Acesso em: 15 maio 2006.

FARR, R. M. **Representações sociais: a teoria e sua história**. Petrópolis : Vozes, 1995.

FOLLE, E.; GEIB, L. T. C. Representações sociais das primíparas: adolescentes sobre o cuidado materno ao recém-nascido. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, mar./apr. 2004.

FORTE, E. G. S. et al. Satisfação quanto à consulta pré-natal: após a implantação do programa de interiorização do trabalho em saúde. **Rev. UFG**, v. 6, n. especial, dez. 2004.

FRANCO, M. L. P. B. Representações sociais: ideologia e desenvolvimento da consciência. **Caderno de Pesquisa**, v. 34, n. 121, p. 169-86, jan./abr. 2004.

FUSTINONI S. M. **As necessidades do cuidado da parturiente: uma perspectiva compreensiva da ação social**. 2000. 1v. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

GEOVANINI, T. et al. Uma abordagem dialética da enfermagem. In: GEOVANINI, T. (Org.). **História da enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro : Revinter, 1995. p. 3-16.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. São Paulo : Cortez, 1993.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n.17, p. 287-301, mar./ago. 2005.

GUEDES, D. G. M. **Modelo de consulta de enfermagem à gestante**. 1981. 120 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1981.

HADDAD, L. et al. Care and nutrition: concepts and measurement. **Intern. J. Pediatrics**, v. 27, n. 8, p. 1309-37, 1999.

HALPERN, R et al. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. **Cad. Saúde Pública**, v. 3, n. 14, p. 482-7, jul./set. 1998.

HENRIQUES, R. L. M. **A realidade e os mitos da consulta de enfermagem na rede básica do Município do Rio de Janeiro**. 1993. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.a.

_____. A visão dos enfermeiros sobre a consulta de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.1, n. 2, p. 31-8, nov. 1993.b.

HERZLICH, C. **A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença**. *PHYSIS. Rev. Saúde*, v. 1, n. 2, p. 23 -36, 1991.

HORTA, V. de A. **Processo de enfermagem**. São Paulo : EPU, 1979.

HULTMAN, C. **Fumo na gravidez pode aumentar risco de autismo**. Disponível em: <<http://www.bbc.co.uk/portuguese//>>. Acesso em: 11 abr. 2006.

IBANEZ, T. **Representaciones sociales: teoria y método**. México : Universidade de Guadalajara, 1994.

IYER, P. et al. **Processo e diagnóstico de enfermagem**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.

JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro : Ed. UERJ, 2001. 420p.

_____. **Représentations sociales**. Paris : PUF, 1979.

JUNQUEIRA, P. **Amamentação, hábitos orais e mastigação**. Rio de Janeiro : Revinter, 1999.

KEINMAN, R. L. **Manual de planificación familiar para médicos**. 6. ed. Londres : Federación Internacional de Planificación de la Familia, 1989.

KLAUS, M.; KENNEL, J. H. **Pais/bebê: a formação do apego**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.

KRONBERG, N.; WAGNER, W. Palavras-chave em contexto: análise estatística de textos. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Ed.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis : Vozes, 2002.

LACERDA, M. R. **Tornando-se profissional no contexto familiar: vivência de cuidado da enfermeira**. 2000. 222 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

LAMBERTE, A. C. S. **O acompanhamento da parturiente pela enfermeira obstétrica: estudo de caso das vivências das mulheres e das profissionais**. São Paulo. 2001. 176 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

LARGURA, M. **A assistência do parto no Brasil: uma análise crítica.** São Paulo: Gente, 1998.

LEMOS, D. O. de. **As representações sociais do grupo familiar da gestante à gravidez:** uma referência para melhorar a qualidade da assistência pré-natal. 1994. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

LIMA, M. J. Gênero, poder e saber. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 93-100, maio 1995.

LIMA, Y. M. S. **Consulta de enfermagem pré-natal:** a qualidade centrada na satisfação do cliente. 2003. 114 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação:** abordagem qualitativa. São Paulo : Cortez, 1986.

MACHADO, M. T. et al. O conceito da ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 13, p. 23-8, set./out. 2005.

MALDONADO, M. T. **Maternidade e paternidade:** situações especiais e de crise na família. Petrópolis : Vozes, 1989.

_____. **Psicologia da gravidez.** 5. ed. Petrópolis : Vozes, 1996.

_____. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério.** 6. ed. Petrópolis : Vozes, 1986.

_____. **Vivenciando a gravidez.** 1989 . 1 v. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1989.

MARCOLINO, C. Representações de uma equipe de saúde acerca de planejamento familiar e esterilização feminina. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, n. 38, v. 4, p. 422-8, 2004.

MARCON, S. S. **Assistência pré-natal:** um estudo etnográfico. 1990. 272 p. Tese (Livre-Docência de Enfermagem) - Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1990.

MARETTI, M.; NEME, B. Assistência pré-natal. In: NEME, B. **Obstetrícia básica.** São Paulo : Sarvier, 1994. p. 175, cap. 15.

MARTINS, C. A. **O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em Goiânia:** a (des)institucionalização de consulta de enfermagem no pré-natal. 2001. 174 f. Dissertação (Doutorado em Enfermagem) – Escola de

Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

MARTINS, R. C. B. **O aleitamento com êxito sobre a perspectiva da nutriz.** 1998. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MARTINS FILHO, J. F. **Como e por que amamentar seu filho.** São Paulo : Vozes, 1984.

MATAMALA, M. I. et al. **Calidad de la atención, género?: salud reproductiva de las mujeres?** Santiago do Chile : Ed. do autor, 1999.

MELO, C. **Divisão social do trabalho e enfermagem.** São Paulo : Cortez, 1986. p. 94

MELO, F. E. **O planejamento familiar e a saúde da mulher :** um estudo aplicado à prática de enfermagem em uma unidade pública de saúde de Salvador – Bahia. 2003. 176 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

MENDES, V. **Contextualizando as políticas de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro, 2000. Mimeografado.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo : Hucitec, 2004.

MOLINA, A. Atualização e controvérsias no campo da saúde reprodutiva. In: PROGRAMA de Estudos em Saúde Reprodutiva, 1997. Campinas: UNICAMP, Núcleo de Estudos da População, 1997.

MONTEIRO, P. A. S. **A (in)certeza da vida:** representações sociais de gestantes soropositivas ao HIV/aids sobre o nascimento de seu filho(a). 2003. 1v. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

MORAES, E. M. F. **O aleitamento materno e seus benefícios para saúde bucal.** Disponível em: <<http://www.ceaodontofono.com.br/>>. Acesso em: 05 maio 2006.

MORAES, F. R. R. **Gravidez em mulheres adolescentes:** a ótica dos familiares. 2001. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2001.

MOREIRA, A. A enfermagem no Brasil. In: GEOVANINI, T. (Org.). **História da enfermagem:** versões e interpretações. Rio de Janeiro : Revinter, 1995. p. 21-33.

MOSCOVICI, S. **La psychanalyse:** son image et son public. Paris : PUF, 1961.

_____. **A representação social da psicanálise.** Rio de Janeiro : Zahar, 1978.

_____. **Representações sociais:** investigações em psicologia social. Petrópolis : Vozes, 2005.

MOTA, S. M. C. **Consulta de enfermagem na área materno-infantil:** estudo descritivo dos procedimentos em Centros de Saúde da cidade do Rio de Janeiro. 1980. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1980.

MOURA, A. C. L.; VARGENS, O. M. C. **A consulta de enfermagem na rede básica de saúde:** um estudo sob a ótica das enfermeiras. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 10, n. 2, p. 85-89, maio/ago. 2003.

MUNIZ, I. B. **Fatores que dificultam o uso dos métodos contraceptivos em mulheres de baixa renda.** 2000. 46 f. Monografia (Aperfeiçoamento/Especialização em Enfermagem em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2000.

MURARO, R. M. **Sexualidade da mulher brasileira:** corpo e classe social no Brasil. 5. ed. Rio de Janeiro : Rosa dos Tempos, 1996. p. 22.

NAKANO, A. M. S. **O aleitamento materno no cotidiano feminino.** 1996. 170 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

NERY, I. S. **Consulta de enfermagem à gestante:** fatores intervenientes. 1991. 145 f. Tese (Livre-Docência em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1991.

NETO, C. O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 22. ed. Petrópolis : Vozes, 2003. p. 51-65.

NÓBREGA, M. M. A. CIPESCando em Curitiba : cooperação ABEn/Secretaria da Saúde de Curitiba – Paraná. **Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**, Brasília, ano 46, n. 1, jan./mar. 2004.

NOGUEIRA, M. I. **Assistência pré-natal:** prática de saúde a serviço da vida. São Paulo : HUCITEC, 1994

NÚCLEO Interdisciplinar de Pesquisa sobre parto e Nascimento do Hospital Federal de Santa Catarina. **Parecer sobre a Lei 11.108, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.** Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/estudo/dados/>>. Acesso em: 29 jun. 2006.

NUNES, C. B. **A compreensão das mães sobre a consulta de enfermagem a seus filhos.** 2000. 1 v. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2000.

OBA, M. D. V.; TAVARES, M. S. G. Aspectos positivos e negativos da assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 11-7, abr. 2000

OCHIAI, A. M. **O banho de chuveiro como medida de alívio da dor no trabalho de parto.** 2000. 1 v. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

OLIVEIRA, D. M. M. **A comunicação enfermeira/gestante na consulta de enfermagem em unidade de pré-natal.** 1996. 75 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1996.

OLIVEIRA, J. H. F. **Necessidades assistenciais de saúde da gestante adolescente ao buscar a consulta de enfermagem na unidade básica.** 2003. 1 v. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

OLIVEIRA, M. E. et al. **A melodia da humanização:** reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis : Cidade Futura, 2001. 144p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Washington, DC : Oficina Sanitária Panamericana, 1986. 265 p.

OSCAR, A. et al. Aleitamento materno: a evidência do espaço do enfermeiro. **REME Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 5, n. 1/2, p. 2-6, jan./dez. 2001.

PADILHA, M. I. C. S. A aplicabilidade da teoria do autocuidado na consulta de enfermagem: proposta de um modelo. **Hosp. Adm. Saúde**, v. 17, n. 4, p. 201-5, jul.-ago. 1993.

PEREIRA, S. P. **Amamentação:** desejo ou sina?: ensinando e aprendendo com as mulheres. 1999. 93 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem no Brasil:** 1500 a 1936. São Paulo : Cortez, 1989.

REINERT, M. Une méthode d'analyse des données textuelles et une application: Aurelia de G. de Nerval . **Bulletin de Méthodologie Sociologique**, Paris, v. 26, p. 24-54, 1990.

REZENDE, J. **Obstetrícia.** 9. ed. Rio de Janeiro : MEDSI, 2002. 797 p.

RIBEIRO, A. S. M. **Macho, adulto, branco, sempre no comando?** 2000. 156f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2000.

RIESCO, M. L.; TSUNECHIRO, M. A. Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas oportunidades? **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, p. 449-59, 2002.

RIOS, C. T. F. **Ações educativas no pré-natal**: uma análise crítica e reflexiva sobre a consulta de enfermagem como um espaço para a educação em saúde. 2003. 1 v. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará e Universidade Federal do Maranhão, Fortaleza, 2003.

ROSAS, A. M. M. T. F. **A consulta de enfermagem na unidade de saúde**: uma análise compreensiva na perspectiva das enfermeiras. 1998. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

ROSEMBERG, F. **A educação de mulheres adultas e jovens no Brasil**. Rio de Janeiro : Vozes, 2000. p. 27-62.

SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estudo atual da teoria. In: SPINK, M. J. (Org.) **O conhecimento no cotidiano**. São Paulo : Brasiliense, 1993.

SALLES, M. O que a enfermagem pode fazer por você e pelo Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 35., São Paulo, 1983. **Anais...** . São Paulo : Associação Brasileira de Enfermagem, Seção São Paulo, 1983.

SANTIAGO, E. R.; MADEIRA, A. M. F. A consulta de enfermagem sob a ótica de mães adolescentes: um estudo compreensivo. **REME Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 6, n. 1/2, p. 16-20, jan./dez. 2002.

SCOCHI, C. G. S. et al. O conhecimento de puérperas sobre o cuidado com o recém-nascido: avaliação da influência da internação em uma maternidade de um hospital-escola. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 45, n. 1, p. 36-43, jan./mar. 1992.

SCOCHI, M. J. et al. Evolução da mortalidade por causas evitáveis e expansão dos recursos municipais de saúde em Maringá. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 2, abr. 1999.

SCHOR, R. et al. Mulher e anticoncepção : conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n. 2, p.88-94, abr./jun., 2005.

SHENEVIZ, J. M. **Análise da população gestante assistida na Unidade Básica de Saúde D. Jacomino**. 2003. 120. f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional**: análise crítica. 2. ed. São Paulo : Cortez, 1989.

SILVA, I. A. **Amamentar**: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. 1994. 198 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

_____. **Amamentar** : uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo : Robe, 1997.

SIQUEIRA, A. A. F. et al. Estado nutricional e hábito de fumar maternos, crescimento intra-uterino e pós-natal. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 37-50, fev. 1985.

SIQUEIRA, P. R. A. **A assistência da enfermeira ao parto normal**: relatos e atos na visão das mulheres. 2001. 1 v. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

SOARES, L. S. A enfermagem e a abordagem estratégica no processo de planejamento da assistência à saúde da mulher: o caso do Hospital Sofia Feldman. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 105-112, abr. 2001.

SOIFER, R. Ansiedade na situação de parto. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 4. ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1980. p. 51-61.

SOUBIALE, N.; ROUSSIAU, N. Representation social of islam and changes in the esthereotype of muslims. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, n. 14, p. 191–202. 1998.

SOUZA, G. G. **O olhar do idoso para si e para a consulta de enfermagem**: : perspectiva de abordagem a partir de suas representações. 1999. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

SOUZA, I. E. O. **O desvelar do ser gestante diante da possibilidade de amamentação**. 1993. 103 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

SOUZA, J. G. **Consulta de enfermagem à gestante**: o olhar e o fazer crítico para resolutividade. 1996. 89 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery , Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

STOTZ, E. N. Enfoque sobre educação e saúde. In: VALLA, V. V. E.; STOTZ, E. N. (Org.). Participação popular educação e saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro : Relume-Dumará, 1994. p. 11-22.

SZEJER, M. **Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento**: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê. Brasília : LGE Ed., 2002.

TANAKA, A. C. D. **Maternidade**: dilema entre nascimento e morte. São Paulo : Hucitec, 1995.

_____. Saúde da mulher brasileira. In: CIANCIARULLO, T. I. **Indicadores de qualidade: uma abordagem perinatal.** São Paulo : Ícone, 1996.

TEIXEIRA, E. T. **Adiamento da maternidade: do sonho à maternagem.** Rio de Janeiro : Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1999.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.10, n. 3, p. 585-97, 2005.

TOCANTINS, F. R. **A consulta de enfermagem e seus procedimentos precípuos: modelo direcionado para o atendimento às necessidades do cliente,** 1984. 1 v. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1984.

TOCANTINS, F. R.; RODRIGUES, B. M. R. D. Necessidades assistenciais em saúde: uma estratégia metodológica para enfermeiros. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, número extra, p. 113-118, out. 1996,

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** São Paulo : Atlas, 1987.

TYRREL, M. A. R. **Programas nacionais de saúde materno-infantil : impacto político social e inserção da enfermagem.** 1993. 267 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

TYRREL, M. A. R.; CARVALHO, V. de. **Programas nacionais de saúde materno-infantil (PAISC): impacto político-social e inserção da enfermagem.** Rio de Janeiro, 1993.

VANZIN, R. P.; NERY, E. S. **Consulta de enfermagem: uma necessidade social?** Porto Alegre : RM & L, 1996.

VARDANEGA, K. et al. Fatores de risco para natimortalidade: em um hospital universitário da Região Sul do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 24, out. 2002.

VARELA, C. B. **A arte de amamentar seu filho.** Petrópolis : Vozes, 1994.

VITIELLO, N. R. **Reprodução e sexualidade: um manual para educadores.** São Paulo : CEICH, 1994.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Saúde em Debate**, n. 3, p. 17-25, 1991.

WALDÉS, V. **Manejo clínico da lactação: assistência à nutriz e ao lactente.** Rio de Janeiro : Revinter, 1996.

WALL, I. M. Assistência de enfermagem aplicada a grupo. In: CARRARO, T. E.; WESTPHALEN, M. E. A. (Org.). **Metodologia para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática.** Goiânia : AB, 2001. 184 p.

WENDLAND, J. Cuidando do bebê e sua família no período perinatal: abordagens de prevenção e de intervenção precoce na infância. In: CORRÊA FILHO, L.; CORRÊA, M. E. G.; FRANÇA, P. S. **Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos**. Brasília, LGE, 2002. p. 512-33.

ZAGONEL, I. P. S. Contribuição do cuidado de enfermagem à humanização da parturição. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.2, n. 2, p. 34-8, 1997

ZIEGEL, E. E. ; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro : Ed. Guanabara, 1985.

ANEXOS