

cod Acesso: 73457
R13845910106
09101108 - BCS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

ALANE ANDRÉA SOUZA COSTA

PRÁTICAS DISCURSIVAS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM

D 610.73678
C87p
ex 1.

FORTALEZA
2004

Cod. Ac. : 73457

ALANE ANDRÉA SOUZA COSTA

PRÁTICAS DISCURSIVAS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado em Enfermagem – da Universidade Federal do Ceará, como requisito para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Comunitária.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Ana Karina Bezerra Pinheiro

**FORTALEZA
2004**



ALANE ANDRÉA SOUZA COSTA

PRÁTICAS DISCURSIVAS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado em Enfermagem – da Universidade Federal do Ceará, como requisito para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Ana Karina Bezerra Pinheiro

Aprovada em: 14 de maio de 2004

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Ana Karina Bezerra Pinheiro (Orientadora)
Presidente

Prof.^a Dr.^a Lorena Barbosa Ximenes
Examinadora

Prof.^a Dr.^a Ana Ruth Macêdo Monteiro
Examinadora

Prof.^a Dr.^a Maria Grasiela Teixeira Barroso
Examinadora Suplente

C87p Costa, Alane Andréa Souza

Práticas discursivas na consulta de enfermagem /
Alane Andréa Souza Costa. – Fortaleza, 2004.

x, 101f.

Orientadora: Prof^a. Dr.^a Ana Karina Bezerra Pinheiro

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Cuidado Pré-Natal. 2. Enfermagem Obstétrica. 3. Cuidados Primários de Saúde. I. Pinheiro, Ana Karina Bezerra (orient.). II. Título.

CDD 610.73678

ALANE ANDRÉA SOUZA COSTA

PRÁTICAS DISCURSIVAS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado em Enfermagem – da Universidade Federal do Ceará, como requisito para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof^ª. Dr.^ª Ana Karina Bezerra Pinheiro

Aprovada em: 14 de maio de 2004

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr.^ª Ana Karina Bezerra Pinheiro (Orientadora)
Presidente

Prof^ª. Dr.^ª Lorena Barbosa Ximenes
Examinadora

Prof^ª. Dr.^ª Ana Ruth Macêdo Monteiro
Examinadora

Prof^ª. Dr.^ª Maria Grasiela Teixeira Barroso
Examinadora Suplente

DEDICATÓRIA

A Deus, por tornar tudo possível;

À minha querida mãe, Doralice Maria Souza Costa, grande incentivadora de tudo que faço e motivo maior de minhas conquistas;

Às minhas tias, Lígia Barros Costa e Maria Helena, por tudo que proporcionaram a mim e à minha família nos momentos em que mais precisávamos;

Às enfermeiras que acreditam numa enfermagem solidária, comunicativa, dinâmica, independente, desbravadora, dialógica, digna, responsável e humanizada.

AGRADECIMENTOS

A meus pais, Gérson e Doralice, por transmitirem o ideal de vida que construo;

Aos meus irmãos, André e Rômulo, pelo apoio, incentivo e por serem os espectadores mais próximos de minha jornada;

Às minhas amigas e irmãs gêmeas Kaelly Virgínia e Maria Roselise, pelos momentos de descontração e alegria;

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Ana Karina, pela compreensão, simpatia, inteligência e singeleza dos atos e pensamentos que brotam com admirável magnitude;

À enfermeira Vânia Cristina, companheira e amiga neste mundo singular que é a enfermagem;

A todos os funcionários e profissionais da Unidade de Saúde Almir Dutra do conjunto Timbó, em Maracanaú, e da Unidade Básica de Saúde da Família Walter Ramos de Araújo da Taíba, em São Gonçalo do Amarante, por proporcionarem um ambiente acolhedor;

A todos os colegas do Mestrado, Adna, Roselise, Kaelly, Ana Maria, Iliana, Socorro Sombra, Socorro Carneiro, Joseany, Deirejane, Regina, Vlândia, Gorete, Karla, Adail, Rosane, Rochele e Eugênia, pelos dois anos inesquecíveis que passamos juntos;

A todos que, de alguma forma, ajudaram na concretização de um sonho.

“A um homem nada se pode ensinar.
Tudo o que podemos fazer é ajudá-lo a encontrar as
coisas dentro de si mesmo.”
Galileu

Este trabalho está inserido na linha de pesquisa "Enfermagem na Saúde da Família e Redes Sociais de Apoio" do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Este estudo contou com o auxílio financeiro, no período de abril de 2002 a abril de 2004, em forma de Bolsa de Demanda Social, da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

RESUMO

Costa, Alane Andréa Souza. **Práticas Discursivas na Consulta de Enfermagem**. Fortaleza, 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará.

No atendimento pré-natal, para uma boa interação com a gestante, é essencial que a ação comunicativa da enfermeira seja realizada de forma a proporcionar um ambiente de disponibilidade e segurança. No presente estudo, pretendeu-se compreender as práticas discursivas da enfermeira por meio dos repertórios interpretativos manifestos durante a consulta à cliente na assistência pré-natal. Para tanto, optou-se pela pesquisa de natureza qualitativa, tendo como referencial teórico-metodológico as Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano propostos por Spink. O estudo de casos foi o desenho escolhido para o presente trabalho e, como instrumentos de coleta de dados, utilizou-se a observação livre e direta e um roteiro contendo tópicos relevantes acerca da postura do profissional a serem notificados durante a consulta de enfermagem. Participaram do estudo quatro enfermeiras que realizam consulta a gestantes cadastradas no Programa Saúde da Família no Conjunto Timbó e no Distrito da Taíba – localizados, respectivamente, nos municípios de Maracanaú e São Gonçalo do Amarante, no Estado do Ceará. Foi traçado o perfil profissional das enfermeiras e descrito o ambiente do consultório, a estrutura e as condições da instituição em que trabalham. De acordo com os resultados, as práticas discursivas das enfermeiras possuíam características que as diferenciavam. Suas expressões verbais e não-verbais, bem como os repertórios interpretativos, eram utilizados com a intenção de proporcionar à cliente um ambiente acolhedor e um espaço de disponibilidade para a escuta. Foi gratificante observar que todas demonstraram boa vontade, interesse, paciência, vontade de ajudar e educar a cliente, e que a participação da família nas consultas era por elas estimulada. A expressão de sentimentos por parte da gestante era facilitada pela conversação e posturas das enfermeiras. No entanto, a reflexão conjunta de tais sentimentos era, muitas vezes, limitada pelo enfoque tecnicista dado à consulta. A ação persuasiva era comumente utilizada para incutir modos e comportamentos benéficos à cliente. O atendimento humanizado permeou as condutas das enfermeiras, visto que cada gestante era tratada de forma singular – observando-se suas necessidades de saúde e cuidado – e reconhecidas como sujeitos com autonomia e liberdade. Considera-se que a abordagem dialógica presente no processo intersubjetivo formado no encontro profissional-cliente é a força motriz dessas enfermeiras que se empenharam em proporcionar mais do que a qualidade técnica, contemplando de forma sagaz a afetividade e a intuição no cuidado pré-natal. Na área de enfermagem, este estudo servirá para ressaltar os processos comunicativos na atenção à saúde, pois para compreender o outro é preciso escutá-lo.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal. Enfermagem Obstétrica. Cuidados Primários de Saúde.

ABSTRACT

Costa, Alane Andréa Souza. **Discursive Practices in the Nursing Consultation**. Fortaleza, 2004. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Program of Post-Graduation in Nursing, Universidade Federal do Ceará.

In the prenatal attendance, for a good interaction with the pregnant, it is essential that the nurse's communicative action is carried out in order to offer an environment of availability and safety. In this study, one intended to understand the nurse's discursive practices through the interpretative repertoire manifested during the consultation to the client in the prenatal assistance. To do so, one opted for a research of qualitative nature, having as theoretical-methodological reference the Discursive Practices and Production of Senses in the Everyday Life proposed by Spink. The case study was the design chosen for this research and, as instruments for data collection, one used the free and direct observation and a guide containing relevant topics about the professional's attitude to be noted during the nursing consultation. Participated in the study four nurses that carry out consultations to pregnant women registered in the Family Health Program in Timbó Complex and Taíba District – located, respectively, in the cities of Maracanaú and São Gonçalo do Amarante, in the state of Ceará. The nurses' professional profile was drawn and the office environment, the structure and the conditions of the institution where they work were described. According to the results, the nurses' discursive practices had characteristics that differentiated them. Their verbal and non-verbal expressions, as well as their interpretative repertoire, were used aiming to offer to the client a welcoming environment and a space available for hearing. It was rewarding to observe that all the nurses showed good will, interest, patience, will to help and educate the client, and that the participation of the family in the consultations was stimulated by them. The expression of feelings on the part of the pregnant woman was easier due to the conversation and attitudes of the nurses. However, the integrated reflection of such feelings was, many times, limited by the technician focus given to the consultation. The persuasive action was commonly used to pass beneficial ways and behavior to the client. The humanized attendance was present in the nurses' behavior, since each pregnant was treated in a unique way – observing their necessities of health and care – and recognized as subjects with autonomy and liberty. One considers that the dialogic approach present in the intersubjective process formed in the professional-client meeting is the motor force of these nurses that made efforts to offer more than technical quality, contemplating in a sagacious way the affection and the intuition in the prenatal care. In the nursing area, this study will serve to highlight the communicative processes in attention to health, because to understand someone, one needs to listen to them.

Keywords: Prenatal Care. Obstetrical Nursing. Primary Health Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVO	19
3 REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1 A Consulta de Enfermagem no Pré-Natal	20
3.2 A Comunicação como Instrumento da Enfermeira	24
3.3 A Comunicação Efetiva na Relação Enfermeira-Cliente	27
3.4 Programa Saúde da Família (PSF)	31
4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	36
4.1 Práticas Discursivas e Produção de Sentidos	36
5 METODOLOGIA	43
5.1 Tipo e Natureza do Estudo	43
5.2 Estudo de Caso	44
5.3 Locais do Estudo	45
5.4 Os Sujeitos do Estudo	48
5.5 Instrumentos de Coleta de Dados	49
5.6 Análise dos Dados	51
5.7 Aspectos Éticos	52
6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	53
6.1 As Múltiplas Dimensões do Cliente na Saúde	53
6.2 Perfil das Enfermeiras	56
6.3 Descrição do Ambiente Físico do Consultório	58
6.4 Estrutura e Condições do Local de Trabalho	60
6.5 Práticas Discursivas das Enfermeiras na Consulta de Pré-Natal	62
6.6 As Produções Discursivas das Enfermeiras	81
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
ANEXOS	95

1 INTRODUÇÃO

“A comunicação é uma parte essencial do processo terapêutico, e isso envolve escutar cuidadosamente e interpretar inteligentemente.”
(VIEIRA, 1978)

No desempenho de sua prática cotidiana, a enfermeira dispõe de conhecimentos e habilidades para uma competente e eficaz atuação no cuidado humanizado. Para ela, a execução do cuidado vai muito além do ato prático, do cuidado meramente técnico. Cuidar é a capacidade de compreender a pessoa em todas as suas dimensões – é saber intervir na realidade complexa do cliente.

Cuidar, para Alfaro-Lefevre (1998), significa concentrar-se no que é melhor para a pessoa, a família e a comunidade, respeitando seus valores e crenças; é permanecer envolvido, mesmo quando os problemas tornam-se crônicos ou mais graves; é manter um estilo de vida saudável para ser capaz de ajudar.

Pela prática na enfermagem, entendemos que cuidar do outro é saber ouvir, é dar espaço e tempo para a efetivação da interação. É deixar que o outro se sinta à vontade para compartilhar sua história de vida. É isso que se deve praticar com convicção e sapiência na realidade profissional.

No entanto, esse cuidado ideal nem sempre é o que se presencia no cotidiano. Muitas enfermeiras ainda possuem uma visão mecanicista, por meio da qual vêem apenas o corpo biologicamente articulado, qual uma máquina, desprovido de alma e de sentimentos. Isso acontece porque os profissionais de saúde não dão a atenção devida às dimensões psicológicas e sociológicas do cliente.

(...) Às vezes, atendemos uma pessoa sem levar em consideração que, por trás de uma patologia, existe toda uma história tão complexa que, por falta de tempo ou vontade, deixamos de tentar entender. Isso pode fazer do profissional da saúde uma pessoa que executa atividades mecânicas, esquecendo-se do ser humano que está a nossa frente e que muitas vezes quer e precisa de um pouco mais do que ser atendido com eficiência (SANTOS, BACKES e VASCONCELOS, 2002, p. 28).

O cuidado de enfermagem não se restringe somente à execução de procedimentos técnicos, simbolizado pelo doente e sua patologia, pois – além da dimensão física – existem as dimensões psicológicas e sociológicas, muitas vezes esquecidas. Capella e Leopardi (1999, p. 85) chamam atenção para o fato de que: “tendemos a nos concentrar em apenas um aspecto do ser humano no atendimento à saúde – o biológico – ‘não o considerando como ser mais complexo, cujas dimensões se constituem de modo indivisível e integrado’”.

A enfermagem, com ênfase na área hospitalar, realiza uma rotina de atendimento que facilita o desenvolvimento do trabalho mecânico e repetitivo, manifestado pela atividade prática produtiva com vistas ao cuidado biológico e fisiológico. A visão do todo que cada indivíduo traz consigo se perde, e o ser humano é reduzido e fragmentado a um receptáculo das ações da enfermeira. Na visão de Souza e Padilha (2002), as regras, normas e rotinas dessas instituições de saúde ajudam a perpetuar o papel de paciente das pessoas que procuram os serviços prestados por essas instituições.

Mesmo diante de tal perspectiva, a enfermagem procura ampliar a visão reducionista sobre o ser humano, contemplando as suas demais dimensões, desenvolvendo um olhar sobre a saúde que articula o saber das ciências biológicas com os saberes de outras áreas, como as ciências humanas. A enfermeira tem procurado aprimorar habilidades comunicativas que possibilitem ver o cliente como pessoa tal como ele se apresenta, unindo técnica, intuição e sensibilidade para compreendê-lo integralmente.

Na interação enfermeira-cliente, tem-se o encontro de pessoas que trazem consigo suas verdades, que são personagens de realidades ímpares, indivíduos possuidores de crenças e valores singulares. Por isso, é preciso que a enfermeira dirija o processo comunicativo baseando-se na escuta, na compreensão do cotidiano do outro – apesar de muitas vezes a enfermeira desejar falar mais do que ouvir.

Para Almeida de Figueiredo e Machado (2001, p. 379): “Enfermeiras e clientes são similares em sua humanidade, mas têm pensamentos e posições contrárias e contraditórias, mesmo quando agem e se expressam numa mesma situação – cuidar e ser cuidado (...)”.

A enfermeira que estabelece uma relação comunicacional efetiva procura ouvir além do proferido, sai da superficialidade, acolhe o que a cliente diz e facilita a compreensão de sua história. No entanto, essa não é uma prática comum dos profissionais de saúde, que geralmente estabelecem um canal de comunicação unilateral com sua clientela.

O significado da experiência da doença é diferente para cada um de nós, pois recebe influências da organização socioeconômica, da estrutura social e da ideologia dominante na sociedade em que vivemos, do gênero, faixa etária e do estágio de vida no qual nos encontramos. Do mesmo modo, a forma como as pessoas vivenciam os eventos e os sentidos que dão a essas experiências estão pautadas, também, nesses fatores. Um evento de fundamental importância – e foco de nosso trabalho – é a gestação.

A gestação envolve uma intrincada rede de sentimentos e emoções que são vivenciados de forma única por cada mulher grávida.

O ciclo grávido-puerperal acarreta modificações relevantes não só no corpo feminino, como também na maneira de ser da mulher e do homem e no vínculo entre os dois. Constitui, portanto, uma transição existencial das mais importantes. As vivências emocionais desse período são semelhantes em todas as pessoas, independente do nível socioeconômico; obviamente, diferenças existem, não só pelas variações individuais, como também pelo cenário da gravidez: se planejada ou acidental, se primeiro filho ou segundo, se dentro ou fora de vínculo estável, se normal ou com intercorrências graves, se após infertilidade ou aborto, e assim por diante (MALDONADO e CANELLA, 2003, p. 150).

Para o profissional que acompanha as pessoas grávidas e as prepara para a maternidade e a paternidade, é necessário que conheça não apenas os processos de gravidez, parto, puerpério e aleitamento do ponto de vista orgânico e fisiológico, mas também as vivências emocionais que acompanham cada um desses processos ou cada fase da gestação.

Podemos fazer associações das alterações orgânicas próprias da gravidez com as vivências emocionais correspondentes e a história de vida das pessoas grávidas, tornando mais fácil compreender e trabalhar a repercussão do impacto da gestação na vida dessas pessoas (ÁVILA, 1998).

Normalmente, os profissionais preocupam-se mais com os hábitos adequados de alimentação, higiene, vestuário e estilo de vida da gestante – pontos esses bastante frisados na sua formação acadêmica. O campo da academia propicia competências e atitudes que são perpetuados no exercício da prática profissional. Eis o porquê da repetição e das semelhanças na assistência prestada pelo médico e enfermeira à mulher grávida, pois ocorre uma padronização de idéias e habilidades no desempenho desses profissionais.

O profissional enfatiza as condições apropriadas para a gestação, informa sobre o funcionamento da gravidez e do parto e aconselha os comportamentos adequados para o pré-natal e o pós-natal. O objetivo desses cuidados é a redução da mortalidade e da morbidade materna e neonatal. Desse modo, dá-se ênfase maior aos aspectos fisiológicos em detrimento dos aspectos psicossociais da gravidez e do parto. Os significados que as mulheres dão às suas experiências de gravidez e nascimento são, de certa forma, postos de lado.

Na visão de Helman (2003, p. 160), há uma supervalorização do nascimento como um problema técnico, o que implica considerar o corpo da mulher como um sistema de encanamento, ou seja, “alguns obstetras vêem o parto como um mero problema técnico de retirar um objeto vivo (o bebê) de dentro de um tubo (o útero), fazendo-o descer por um outro tubo (o canal vaginal) para ir parar, então, nas mãos do médico”.

Ávila (1998) ressalta a necessidade do profissional em atender não só o útero da mulher grávida, mas atendê-la por inteiro, com suas características pessoais e sentimentos próprios. Dando atenção apenas ao equipamento reprodutor e sexual da gestante, ou seja, separando sistemas e órgãos, o profissional estará apenas exercendo o papel de técnico

especialista num departamento do corpo – o que limita muito a sua compreensão da mulher como pessoa, pois o corpo, as emoções e a mente da grávida, bem como o ambiente, são interdependentes e estão interligados.

Realiza-se uma importante transição da gestante do *status* social de “mulher” para o de “mãe”. “Para a mãe a gravidez está integrada a *outros* aspectos de sua vida, porque, com o primeiro parto, ela adquire um novo papel social, além de sofrer profundas transformações em sua situação financeira, estado civil, situação de moradia e relações pessoais” (HELMAN, 2003, p. 161).

Diante de tal panorama, durante a transição da gravidez para a maternidade, não há por que destacar este ou aquele aspecto como mais importante e a ser observado com maior veemência durante o pré-natal. Tudo que envolve a mulher nesse período deve ser levado em conta, tanto os sintomas orgânicos, próprios da gravidez, quanto as vivências emocionais por ela experienciadas singularmente.

Envolver-se no pré-natal, acolher a mulher e sua família, compreender os significados atribuídos à gestação pela cliente são condições básicas necessárias para aquele que acompanha a mulher em seu período gestacional. Realizando tais condições, qualquer profissional – seja médico, seja enfermeiro – estará bem próximo de alcançar êxito no trabalho junto à gestante e à família. Um atendimento alicerçado na confiança já é um bom começo para que o vínculo profissional-cliente se fortaleça e ganhe cores que se traduzam em sucesso.

Na assistência à gestante em pré-natal, a enfermeira obterá êxito se estiver respaldada pelo senso de responsabilidade e compromisso. Um resultado positivo de gravidez pode acarretar uma mudança radical na vida da gestante e de sua família. Nesse momento, somente o conhecimento técnico-científico não atenderá às necessidades expressas e latentes da gestante. As atitudes de sensibilidade e afetividade demonstradas pela enfermeira desde o

início do pré-natal – mediante escuta dos problemas, observação das reações e o oferecimento de apoio – favorecerá a interação enfermeira-gestante.

A consulta de pré-natal à gestante é uma ocasião em que, muitas vezes, a enfermeira esquece que a pessoa que ali está não espera receber apenas uma intervenção terapêutica. A paciente espera poder compartilhar seus problemas cotidianos com alguém, ou seja, espera encontrar alguém que a escute. A enfermeira, se souber ouvir, certamente perceberá as necessidades da cliente e dará a orientação adequada.

Nas normas de atenção ao pré-natal do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000, p. 07), preconiza-se que: “uma escuta aberta, sem julgamentos nem preconceitos, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalece a gestante no seu caminho até o parto e ajuda a construir o conhecimento sobre si mesma, levando a um nascimento tranquilo e saudável”. Porém, esse momento crucial para a mulher, tido como momento privilegiado para discutir e esclarecer questões, nem sempre é trabalhado de forma adequada por quem acompanha o pré-natal.

Questionando essa problemática, levantamos as seguintes questões:

- Como é realizada a consulta de enfermagem no pré-natal?
- Como a prática discursiva da enfermeira pode contribuir para a compreensão da gestante considerando o seu cotidiano?
- Como deveria ser o processo comunicativo da enfermeira para uma profícua intervenção?

Nesse ponto, é conveniente esclarecer que – em tópico abordado mais adiante – discutiremos o que são práticas discursivas. Por ora achamos necessário falar de discurso e fazer uma breve reflexão sobre tal tema.

Fiorin (2001, p. 11) oferece-nos um conceito de discurso como sendo “as combinações de elementos lingüísticos (frases ou conjuntos constituídos de muitas frases),

usadas pelos falantes com o propósito de exprimir seus pensamentos, de falar do mundo exterior ou de seu mundo interior, de agir sobre o mundo”.

A consciência de uma pessoa é formada pelo conjunto dos discursos que interioriza ao longo da vida. Essa pessoa aprende a ver o mundo pelos discursos que assimila. Dessa forma, reproduz na fala esse discurso. Os discursos são expressão da vida real. A realidade exprime-se pelos discursos. As visões de mundo não se desvinculam da linguagem, considerando que a ideologia presente nos discursos da saúde, por exemplo, é algo imanente da realidade e por isso indissociável da linguagem (*ibidem*).

As pessoas são produtos de relações sociais. Seus discursos desvelam as visões de mundo que possuem, sendo fruto da sua formação social, impregnados de crenças e valores advindos do contexto do mundo do qual fazem parte.

Para Koch (2000), os discursos são considerados dinâmicos e polissêmicos. Na interação face-a-face, o locutor que, em dado momento, detém a palavra não é o único responsável pela produção do seu discurso. Trata-se, também, de uma atividade de co-produção discursiva.

O propósito do presente trabalho é analisar a prática discursiva da enfermeira em interação com a gestante na consulta de enfermagem; observar o processo comunicativo, o modo como as informações são compartilhadas pela cliente e acolhidas pela enfermeira. Ou seja, como se processa a consulta de enfermagem à gestante através das práticas discursivas da enfermeira na assistência pré-natal.

Consideramos ser relevante esta investigação por lançar novas luzes sobre o cuidado humanizado ao indivíduo, à família e à comunidade; por destacar a necessidade de uma prática dialógica e reflexiva da enfermeira, permitindo compreender a visão de mundo dos sujeitos por meio de suas narrativas de vida; por focalizar a interação estabelecida entre a profissional/enfermeira e a cliente/gestante na consulta de enfermagem de pré-natal,

possibilitando uma ação terapêutica eficaz. Enfim, por conceber a ação comunicativa da enfermeira como algo fundamental no processo de cuidar.

O conhecimento a ser alcançado por esta pesquisa possibilitará o desenvolvimento de mecanismos para uma conduta congruente com os ideais do homem contemporâneo, mediante a ênfase no relacionamento enfermeira-cliente.

2 OBJETIVO

“Estamos na linguagem como o peixe está na água.
Nadando, o peixe mora alegre no seu ambiente.
Falando, o homem também mora.”
(BUZZI, 1997)

Compreender as práticas discursivas da enfermeira por meio dos repertórios interpretativos manifestos durante a consulta à cliente na assistência pré-natal.

3 REVISÃO DE LITERATURA

“A capacidade de ser gente vincula-se diretamente à capacidade de sentir.”
(MALDONADO e CANELLA, 2003)

3.1 A Consulta de Enfermagem no Pré-Natal

Cada vez mais as pessoas estão cientes de seus direitos como cidadãos e exigem melhores condições de vida e de trabalho. Por conseguinte, exigem melhores serviços de saúde que atendam às suas necessidades. Considerando essas exigências, tanto a enfermeira quanto o cliente (crianças, gestantes, adolescentes, adultos, idosos e família) serão beneficiados pela melhoria da assistência.

A consulta de enfermagem é competência exclusiva do enfermeiro, conforme o estabelecido na Lei do exercício profissional nº 7.498 de 25 de junho de 1986. O artigo 11, inciso I, alínea “i”, dá à enfermeira respaldo para o pleno exercício dessa atividade, com o indivíduo, a família e a comunidade, quer seja realizada no âmbito hospitalar, ambulatorial, em domicílio ou em consultório particular (CEARÁ, COREN-CE, 2000).

A consulta de enfermagem há muito vinha sendo realizada pelos serviços de saúde pública. Após a Lei n.º 7.498 de 25 de junho de 1986, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) baixou a Resolução n.º 159/93, destacando a obrigatoriedade da consulta de enfermagem dentre as atividades privativas da enfermeira em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública, seja em estabelecimento privado (RIO DE JANEIRO, COFEN, 2003).

Entretanto, alguns profissionais recém-egressos do curso de graduação desconhecem quais sejam as atividades privativas do enfermeiro, e por isso não dão importância à consulta de enfermagem. Mas, mesmo tendo essa informação, apresentam pouco conhecimento sobre as habilidades para o desempenho da atividade.

Por essa razão, Vanzin e Nery (1996, p. 22) chamam atenção para as atividades privativas do enfermeiro:

- direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- organização e direção dos serviços de enfermagem e das atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem;
- consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
- **consulta de enfermagem;**
- prescrição da assistência de enfermagem;
- cuidados diretos de enfermagem a clientes graves, com risco de vida;
- cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas.

A consulta de enfermagem é uma atividade independente, que não pode ser delegada e não precisa da supervisão de outro profissional. “É quantificável, remunerável, objetivando melhorar a qualidade de vida do cliente na relação de ajuda entre este e o enfermeiro, dentro de uma abordagem holista e de um processo participativo” (*ibidem*, p. 23).

No processo de assistência ao cliente, a consulta de enfermagem é uma atividade essencial – e sendo uma atividade privativa do enfermeiro regulada em lei, utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade (RIO DE JANEIRO, COFEN, 2003).

Na realização da consulta de enfermagem, é preciso competência. Para ser competente, o enfermeiro tem que estar atualizado quanto à literatura concernente à sua área de atuação profissional. Deve buscar novas bibliografias, ler e refletir sobre os conteúdos abordados, tendo como parâmetro a sua realidade. Dessa forma, deve aplicar o conhecimento adquirido no exercício diário da profissão. Porém, não é somente isso que o fará competente e apto para o exercício profissional. O enfermeiro deve também ter interesse pelo ser humano e

pelos aspectos inerentes a seu mundo. Por isso, torna-se necessário o desenvolvimento de uma consciência para a efetiva qualidade comunicativa nas relações com o indivíduo, a família e a comunidade.

A consulta de enfermagem é atuação direta da enfermeira com o cliente. Deve ser encarada como um rico contexto de relacionamento interpessoal, e não como um simples procedimento técnico. Para isso é preciso ouvir o outro envolvido na relação, no caso, o cliente (SILVA, 1998). Torna-se imperativo, portanto, que a enfermeira tome consciência do valor da escuta para não reduzir o cliente ao aspecto biológico de sua existência.

Beck (1997) corrobora essa afirmativa quando diz que os pacientes necessitam de uma enfermagem constituída pelo cuidado técnico competente, pelo cuidado artístico – aqui entendido como aquele que tem a relação interpessoal como indissociável do processo de cuidar – e pelo cuidado ético. Com essa postura, a enfermeira perceberá o ser humano em toda sua complexidade.

A autora, ora mencionada, acredita que:

A enfermagem pode fazer a diferença na vida dos pacientes e de sua família quando desenvolve uma relação interpessoal adequada, ou seja, relação permeada pelo respeito, diálogo, consideração, confiança, pela capacidade de ouvir com receptividade, procurando perceber e compreender o que está sendo relatado, seja pelo paciente, seja por seus familiares (...) (*ibidem*, p. 53).

O agir no mundo da enfermeira tem por finalidade promover a saúde para o bem-estar do cliente. Para isso, além do saber biológico, ela deve estar munida de outros saberes na arte do cuidar. É preciso saber integrar sensibilidade e racionalidade, agir com empatia e demonstrar interesse pelos sentimentos expressos por alguém que possui valores, crenças e estilo de vida próprios e que – apesar de suas particularidades – deve ser aceito pela enfermeira.

Almeida de Figueiredo e Machado (2001) caracterizam o cuidado que mistura o saber biológico com outros saberes – por exemplo, o saber das ciências sociais, como cuidado

“transgênico”. Para essas autoras, este cuidado, também dito terapêutico, exige técnicas e tecnologias, habilidades psicomotoras e de comunicação – uma mistura de conhecimento científico com os conhecimentos que envolvem emoção, criação, imaginação, sonho, intuição.

Segundo Budó (1997, p. 57):

Evidenciar o humano, o singular, o subjetivo, o sensível faz parte dos fundamentos básicos da disciplina de enfermagem. Isso porque o conhecimento empírico também contém a dimensão sensível, pois nele estão expressos os valores que influenciam. A integração das diferentes áreas do conhecimento, superando as chamadas falsas dicotomias, como se refere Neves (1987), como o saber-fazer, ciência-arte, subjetivo-objetivo, sensibilidade-racionalidade, é uma alternativa para permitir o desenvolvimento da enfermagem como disciplina.

Seguindo esses preceitos, a enfermagem se liberta da visão racional do cuidado, libertando também o cliente de sua condição de objeto. Valoriza o relacionamento interpessoal efetivo e desenvolve a intuição e a sensibilidade como capacidades que emergem do nosso interior e que, por isso, não podem ser marginalizados, e sim tornados essenciais.

Na relação diádica com a enfermeira – na consulta de enfermagem –, a cliente em pré-natal deve ser ajudada a expressar seus sentimentos, a abrir-se para a enfermeira no processo relacional estabelecido. Deve ter por objetivo facilitar a identificação de problemas de saúde e de bem-estar, contribuir de forma decisiva para a participação colaborativa da enfermeira na busca de soluções para os problemas identificados.

Durante a gestação, é possível identificar períodos em que determinados sentimentos prevalecem. A percepção da gravidez pode suscitar sentimentos de ansiedade, temor, preocupação, medo, alegria ou alívio, presentes na conduta da gestante (ZIMMERMANN *et al.*, 2001).

Em virtude disso, para Ávila (1998, p. 32), “o profissional deve facilitar a expressão dos sentimentos das gestantes, seja por depoimentos, seja pelo tom de voz, olhares, gestos e postura”. O profissional não deve apenas permitir que a assistência pré-natal seja uma série de execuções técnicas, que evidencie somente o caráter fisiológico e anatômico da

gestação, mas que também seja o momento ideal para que a mulher exteriorize suas dúvidas e as compartilhe com alguém que poderá lhe dar apoio incondicional e irrestrito.

Conforme Waldow (1999, p. 32), “o cuidar parece deixar de ser um procedimento, uma intervenção para ser uma relação onde a ajuda é no sentido da qualidade do outro ser ou de vir a ser, respeitando-o, compreendendo-o, tocando-o, de forma mais afetiva” – transformando o cuidado meramente técnico em cuidado humanizado.

No entanto, alguns fatores ainda dificultam uma assistência profissional mais humana e global à gestante – o tempo curto da consulta; a quantidade elevada de consultas; as precárias condições para o atendimento; a baixa remuneração. Porém, o profissional não pode se render ao sistema imposto, atuando de forma prática e mecânica, e sim deve procurar mudá-lo na perspectiva de que assim fazendo estará aumentado a confiança depositada pela gestante em seu trabalho.

3.2 A Comunicação como Instrumento da Enfermeira

A leitura do indivíduo por meio de sua história biopsicosocial se dá mediante observação atenta aos detalhes presentes em sua fala, gestos e expressões faciais. Na interação com o outro, entram em contato duas personalidades com bagagens pessoais (história, motivações, necessidades, sentimentos, nível intelectual e cultural, *status* social e papéis sociais). O profissional de enfermagem que se prepara para melhor comunicar-se está atento a esses fatores, e não se perde em caminhos que o levam ao que não interessa.

A comunicação é o conjunto dos processos físicos e psicológicos através do qual se operacionaliza a relação de uma (ou várias) pessoa(s) com outra(s) pessoa(s) no intento de atingir determinadas metas, tais como: informar, convencer, mudar uma opinião, fazer agir,

calar e expressar sentimentos, instruir, atuar sobre o equilíbrio emocional e a saúde psíquica, induzir sentimentos (ABDO, 1996).

No encontro com o cliente, o profissional que apenas transmite informações vê naquele um depositário de conhecimentos utilitários sobre bem-estar e saúde. Agindo assim, pouco proveito obterá de uma prática social e interpessoal que possui dimensões mais amplas, porque – além da função social – a comunicação tem uma função terapêutica:

A função terapêutica da comunicação é estabelecida quando o paciente compartilha com o profissional da área de saúde algum conhecimento de si mesmo, que tenha significado. Isso permite ao profissional conhecer seus pensamentos e sentimentos acerca da doença, de si mesmo, de um problema específico, do estresse que ele experimenta; e o profissional serve de auxílio quando usa suas habilidades de ouvir, falar e perceber. O paciente sente que está sendo valorizado e há diálogo (...) (VIEIRA, 1978, p. 23).

“Toda comunicação verbal, toda interação verbal, desenrola-se sob a forma de um intercâmbio de enunciados, isto é, sob a forma de um diálogo” (BAKHTIN *apud* KOCH, 2000, p. 91). O diálogo é imprescindível na relação profissional-cliente. A troca de idéias, o espaço disponível para interação, o compartilhamento de fatos importantes se dá através do diálogo. É um processo com duas direções, que deve ocorrer de forma clara e objetiva, cada um dos participantes objetivando alcançar suas metas.

É pelo diálogo que podemos enunciar as nossas experiências mais íntimas. Quando trocamos palavras com outros, confrontamos nossas crenças com outros pontos de vista, podemos expressar nossas dúvidas e medos, buscando atingir certo grau de inteligibilidade e capacidade de decisão sobre nossa situação (CAPONI *apud* BOEMER e CORRÊA, 2003).

Quando o cliente se dispõe ao diálogo, a sensação de que o profissional está agindo de forma receptiva, compreendendo a mensagem e realizando *feedback* positivo, proporcionará nele uma liberdade para dar continuidade – e uma abertura maior – ao elo formado pelo encontro.

Para Souza e Padilha (2002), o processo comunicacional é como um instrumento de trabalho inserido entre a enfermeira e o cliente. De posse desse instrumento, a enfermeira pode ampliar suas ações e tornar o encontro para o cuidado ao cliente uma oportunidade para o crescimento e para a emancipação dos envolvidos.

Na gestação, a mulher vivencia profundas mudanças físicas, experiencia um turbilhão de emoções, emergindo, com elas, dúvidas que serão compartilhadas com o profissional que a acompanha. Dependendo da disposição deste, o compartilhamento se dará de forma completa, sem receios e entraves na comunicação entre o profissional e a gestante.

“O diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e de sua família – atores principais da gestação e parto” (BRASIL, 2000, p. 07).

A mulher grávida, cujo corpo se transforma para acolher e dar vida, transmite ao profissional mensagens subjetivas de desejos, medos, incertezas. São tantos acontecimentos, que sua assistência se dá mensalmente – e quanto mais próximo do parto, mais regulares os encontros, passam inclusive a ser realizados semanalmente.

O que esperar de uma mulher em cujo ventre se desenvolve e cresce uma vida? Que imagem forma a respeito de si mesma? Que tipo de relação mantém com sua família? Será possível para o profissional separar o orgânico do emocional na prestação de cuidados a essa mulher? São tantas questões envolvendo a mulher e sua gestação que não há como lidar com a previsibilidade nesse período. “A gravidez e cada nova gravidez, assim como as suas repercussões na vida das pessoas, são vivenciadas de forma única por cada organismo, cada mulher, cada casal e cada família grávida” (ÁVILA, 1998, p. 38).

Diante da complexidade que envolve a gravidez, a escuta – como primeira habilidade na comunicação terapêutica – torna-se imprescindível. Conforme Ávila (1998, p.

61): “O profissional de saúde não pode esquecer que ouvir e compreender os sentimentos das pessoas que atende já é terapêutico e que ele próprio pode funcionar como ‘um medicamento ansiolítico’ para as pessoas grávidas”.

O tempo dedicado à cliente, em uma consulta de pré-natal, deve ser o suficiente para permitir que essa exponha suas queixas, descreva sua situação real, desmistifique idéias preconcebidas, converse sobre o trivial, o corriqueiro. Deixando claro que o fio condutor da consulta deve ser os aspectos a serem observados e registrados no cartão da gestante, como por exemplo: idade gestacional, dados antropométricos, vacinação, exame físico geral, medida da pressão arterial, palpação obstétrica, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos. Seguindo o roteiro, a enfermeira terá subsídios para acompanhar a evolução da gravidez, analisar os dados obtidos, identificando potenciais problemas, e refletir juntamente com a gestante o que esta pode fazer para o seu bem-viver.

3.3 A Comunicação Efetiva na Relação Enfermeira-Cliente

Para Maturana, *apud* Esteves de Vasconcelos (2002, p. 177): “seremos sempre éticos se efetivamente aceitarmos o outro ‘como legítimo outro na convivência’”. Essa aceitação decorre de que cada sujeito faz emergir uma realidade em sua relação com o mundo. Dessa forma, a única maneira é a convivência na conversação e no respeito pela verdade do outro.

Para Kim, *apud* Leopardi (1999), a interação é influenciada pelas percepções, objetivos, necessidades e valores, tanto do cliente quanto da enfermeira. A interação representa a seqüência de condutas verbais e não-verbais adotadas por dois ou mais indivíduos, objetivando atingir uma meta.

Reforçando essa constatação, Zerbetto e Rodrigues (1997, p. 77) dizem que:

A interação entre o profissional e a pessoa que busca ajuda ocorre num processo comunicativo através do qual as duas pessoas agem e reagem. Tanto um como o outro comportam-se de acordo com seu próprio modo de reagir diante de cada situação, com sentimentos, emoções, ansiedades e preconceitos.

Compreender o outro é um processo que muitas vezes requer a transposição de barreiras impostas pela visão cultural. É exigir colocar-se no lugar do outro; é transportar-se para o mundo que governa o agir e o pensar daquele que se quer entender. Ou seja, é agir com empatia na interação que se desenvolve entre profissional e cliente na construção de um espaço terapêutico.

(...) Muitas vezes é disto que o outro precisa: sentir que estamos com ele, junto dele! E este “estar com” pode tomar diversas formas: o segurar suas mãos, o sorrir, o secar seu suor, um olhar... O ouvir, sim! Nem sempre precisamos falar! Muitas vezes é preciso ouvir e demonstrar: *estou aqui!* (CARRARO e RADÜNZ, 1996, p. 51).

A tarefa de ouvir bem é indispensável na conduta do profissional da saúde, pois nem sempre o falante deixa clara a verdadeira natureza de seu discurso. Ao ouvinte resta permanecer atento para detectar aquilo que não é dito na conversa e tentar, por meio de perguntas, ajudá-lo a expressar melhor seus pensamentos e sentimentos.

Como bem afirma Demo (1997, p. 185-186), “(...) por vezes, o que não se fala detém a comunicação importante, e nunca sabemos completamente o que se queria dizer, ainda que seja isso o que de fato interessa”.

Há necessidade de entendimento dos problemas que se passam com o outro. Dessa forma, pode-se ajudá-lo a utilizar suas capacidades para produzir mudanças que irão influenciar a caminhada em direção à saúde. Isso a enfermeira haverá de aprender para que sua prática não se torne obsoleta e sem razão.

Corroborando essa opinião, Rodrigues (1997, p. 51) diz que:

A enfermeira pode descobrir estratégias de ação que a ajudem a identificar dados ou fatos importantes para a estruturação de um esquema de cuidados individualizados, visando a uma total e completa integração entre a mente, o corpo, o espírito e o ambiente para o conseqüente bem-estar do ser.

Entretanto, o que se presencia na relação enfermeira-cliente durante a consulta de enfermagem são discursos nos quais a profissional se sobrepõe ao cliente. A enfermeira impõe sua verdade não dando a devida relevância ao que o cliente traz consigo: seus saberes e crenças, sua herança cultural.

O cliente e a enfermeira trabalham por um objetivo comum – a saúde. Por isso, é mister romper-se com a hierarquização que se estabelece com base no saber e no poder técnico entre enfermeira e cliente.

De acordo com Demo (1996, p. 22): “(...) A comunicação, para comunicar e comunicar-se, carece do outro lado, com as mesmas marcas de comunicação. Destroi-se a comunicabilidade se somente um lado fala e ao outro impõe-se silêncio, ou se o outro lado apenas pode consentir (...)”.

Nas ações comunicativas, geramos significados e organizamos a realidade de nossos mundos. Quando a comunicação é unidirecional, ela se dá em um só sentido, possuindo assim o sentido de transmissão de mensagens, e não de compartilhamento – o que evidenciaria participação e interação dos envolvidos na comunicação, numa interlocução bidirecional.

Segundo Littlejohn, *apud* Silva (1998, p. 27), “comunicar significa partilhar; compartilhar com alguém um certo conteúdo. Pela comunicação, comungamos com outrem algo que temos em comum. A comunicação é mais do que simples emissão e recepção de mensagens; envolve a relação, o contexto e a percepção”. Portanto, a comunicação é uma prática social produzida pelos homens que se revela não no sentido de transmissão, mas sim no sentido de compartilhamento, como eventos comunicativos, realizando uma co-participação, uma comunhão, um encontro.

Para Demo (1997, p. 186), a comunicação humana, mediada pelos atos da fala, é possível, não porque nela apenas participam seres conscientemente racionais, mas mormente porque:

- a) só se realiza o fenômeno da compreensão de significados, quando existe entre quem fala e quem ouve o *background* da tradição e do mundo comum da vida, cuja base de funcionamento não é a reflexão racional consciente;
- b) a comunicação não se restringe à mera transmissão de informação, mas inclui a capacidade de interpretação mútua, que supõe a possibilidade de pelo menos algum consenso social;
- c) a comunicação provoca no ouvinte o compromisso de compreender, que desde logo não pode ser apenas objeto de manipulação; os atos da fala, como ação social típica, implicam alguma forma de participação do ouvinte, pelo menos ao nível de estar engajado num mundo comum de significações e atuações.

A comunicação refletida como ferramenta do trabalho da enfermagem facilita a compreensão das necessidades do indivíduo, porque trata conjuntamente do corpo, das emoções e dos sentimentos, ou seja, percebendo o todo que envolve a pessoa (SOUZA e PADILHA, 2002). Esse tipo de comunicação exige do profissional a auto-percepção, o auto-conhecimento e a auto-aceitação e – se essa for uma prática presente em sua vida – tornará mais fácil sua atividade com os outros, é como uma ação terapêutica de saúde.

“(...) A comunicação envolve uma relação dialógica, intrinsecamente imbricada na existência do diálogo vivido entre trabalhador de enfermagem e cliente durante o cuidado de enfermagem” (*ibidem*, p. 20).

Como enfermeiras, somos instadas a interpretar os dizeres de nossos clientes, a estabelecer sentidos, a compreender o modo de estar e agir no mundo daqueles que esperam de nós respostas coerentes e sensatas aos problemas com os quais se deparam no seu cotidiano. Devemos perceber que é fundamental a participação de ambos, enfermeira e cliente, na construção das melhores soluções, e jamais tentar impor nossa verdade como única, coibindo o cliente de expor seu ponto de vista.

A fronteira existente entre o profissional e o cliente deve ser transposta, não é uma simples passagem, é ir além dos limites que imputamos a nós mesmos na prática profissional,

porque é indo além que encontraremos as causas dos conflitos que perturbam o bem-estar dos nossos clientes.

Não devemos nos deixar enganar pelas aparentes evidências, pelo que se mostra tão fácil aos nossos olhos. Para isso, a escuta é um recurso que devemos utilizar com maior convicção. Saber ouvir nos ajudará a entender o que se passa com o outro.

A utilização de conhecimentos técnicos não é tudo de que as pessoas precisam. O reconhecimento disso pela enfermeira fará com que valorize a necessidade de uma interação mais humana. O profissional de enfermagem deve buscar uma relação compreensiva e comprometida com o cliente, caracterizada pela interação entre duas pessoas, pela troca de impressões e informações valiosas.

É notório saber o quanto se ganha tendo a idéia de que diferentes visões podem ser complementadas, já que um ponto de vista não dá conta da totalidade do real (ESTEVES de VASCONCELLOS, 2002). Por essa razão, a enfermeira deve fazer uso do pensamento dialógico, que permite elucidar a riqueza advinda das múltiplas visões da realidade.

Espera-se que este trabalho favoreça a compreensão do vivido pela cliente, eleve a qualidade do seu acompanhamento de saúde, bem como fortaleça a adoção da prática dialógica pelos profissionais enfermeiros que conjugam o saber técnico-científico com a afetividade.

3.4 Programa Saúde da Família (PSF)

O Programa Saúde da Família (PSF) é considerado pelo Ministério da Saúde o eixo estruturante da atenção básica em saúde. Visa à inversão do modelo assistencial tradicional. Para isso, elege como ponto central o estabelecimento de vínculos de coresponsabilidade e a criação de laços de compromisso entre os profissionais de saúde e a

população. Caracteriza-se por ser uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em território de abrangência definido, com o propósito de facilitar a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (BRASIL, Ministério da Saúde, 1997).

As equipes do PSF devem ser compostas por um enfermeiro, um médico, um a dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Outros profissionais – a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos – poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. Cada equipe deve possuir uma clientela adscrita com cerca de 600 a 1.000 famílias (área de abrangência ou de responsabilidade). As equipes devem residir no município onde atuam, trabalhando em regime de dedicação integral; devem buscar a parceria dos vários segmentos da sociedade no enfrentamento dos problemas de saúde; na comunidade, devem avaliar a saúde dos indivíduos e da coletividade, visitando domicílios, acompanhando as internações domiciliares e participando de grupos de saúde; nas unidades de saúde, devem assistir os doentes, assegurando o encaminhamento para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir. Em todas as localidades onde o PSF esteja implantado, as unidades vinculadas às equipes serão a porta de entrada para o Sistema Municipal de Saúde (*ibidem*).

O Programa Saúde da Família oferece uma nova proposta de atendimento à saúde, como forma de substituir o modelo biomédico tradicional, estabelecendo uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade. Trata-se de um novo modelo de atenção à saúde em que as ações sejam humanizadas e tecnicamente competentes, priorizando uma abordagem à família de forma integral e articulada, considerando-a em todos os seus espaços de vida. A Equipe de Saúde da Família se propõe a compreender o indivíduo contextualizado

em sua realidade familiar e comunitária, transformando-o em verdadeiro ator social e sujeito do próprio processo de desenvolvimento.

Nos municípios que trabalham com o PSF, são delimitados os territórios de cada equipe, definidas as unidades às quais elas estão vinculadas, cadastradas as famílias adscritas à área de abrangência, identificadas as áreas de risco e os grupos mais expostos ao risco de adoecer ou morrer, bem como os principais problemas de saúde da área e as estratégias de enfrentamento. Considerando os problemas identificados, as equipes buscam intervir no processo saúde-doença desenvolvendo ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos membros das famílias da população adscrita à unidade de saúde, de forma integral e contínua. Os serviços de saúde foram reorganizados de forma a se tornarem hierarquizados e resolutivos em níveis de complexidade crescente.

O profissional enfermeiro no PSF desenvolve seu trabalho em dois campos essenciais: na unidade de saúde, realizando consultas, e na comunidade, apoiando e supervisionando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e assistindo as pessoas que necessitam de atenção de enfermagem no domicílio.

São atribuições do enfermeiro (BRASIL, *op. cit.*):

- discutir junto à equipe de trabalho e à comunidade o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam;
- participar na organização e controle do processo de trabalho da unidade de saúde;
- desenvolver atividades de prevenção, reabilitação e tratamento e/ou encaminhamento dos indivíduos;
- desenvolver ações para capacitação dos agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliares de enfermagem, para o desempenho de suas funções junto ao serviço de saúde;
- **executar consultas de enfermagem para avaliação das condições de saúde individual;**
- oportunizar os contatos com os pacientes para tratar de aspectos de educação sanitária;
- executar ações básicas nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao trabalhador, no controle de tuberculose, de hanseníase, das doenças crônico-degenerativas e infecto-contagiosas, de vigilância sanitária e epidemiológica.

O papel do enfermeiro na equipe de saúde da família engloba o de educador, prestador de cuidados e o de consultor – sua prática envolve atividades de natureza técnico-administrativas. Por ser necessário uma abordagem alicerçada na interação e no respeito, o enfermeiro desenvolve uma relação empática com o cliente que facilita a criação de laços de confiança com as famílias, possibilitando o acesso à sua intimidade e aos problemas vivenciados.

Os Programas de Saúde da Família devem guiar-se pelas necessidades de atenção primária à saúde das comunidades as quais assistem. Ou seja, devem lidar com os problemas mais comuns e menos definidos em saúde, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, geralmente em unidades comunitárias como centros de saúde, consultórios, escolas e lares.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – realizada em Alma-Ata, em 1978 – identificou como cuidados primários de saúde: educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de água e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção e controle de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção da nutrição apropriada e medicina tradicional. Definindo cuidados primários de saúde, como:

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (BRASIL, 2001, p. 16).

As interações entre profissionais e clientes no nível de atenção primária facilitam o estabelecimento de uma relação mais duradoura, possibilitando que o profissional conheça a maioria dos problemas de sua clientela. Isso é efetivado nos Programas de Saúde da Família, cujo contexto da consulta e da visita domiciliar oferece uma profundidade que não seria possível em outros níveis de atenção à saúde.

Com o advento do Programa Saúde da Família, um número considerável de gestantes chega ao parto saudáveis e bem-informadas. Isso se deve ao aumento do número de gestantes que fazem consultas e ao aumento do número de consultas durante o pré-natal. “Nas áreas de atuação do PSF, as gestantes identificadas pelas equipes são cadastradas e 95,9% são acompanhadas mensalmente” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2002).

A filosofia do PSF prioriza as ações de prevenção de doenças e a promoção da saúde junto à comunidade, otimizando o estabelecimento de uma relação concreta entre os profissionais de saúde e a população assistida, aspirando a um atendimento humanizado e técnico-científico efetivo. O vínculo que se forma entre as equipes de saúde e as famílias, em virtude das várias atividades propostas pelo programa, é orientado para aumentar a qualidade e a amplitude do trabalho realizado.



4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

“Movimento dos sentidos, errância dos sujeitos, lugares provisórios de conjunção e dispersão, de unidade e de diversidade, de indistinção, de incerteza, de trajetos, de ancoragem e de vestígios: isso é discurso, isso é o ritual da palavra (...)”
(ORLANDI, 2001)

4.1 Práticas Discursivas e Produção de Sentidos

A escolha por esse referencial teórico-metodológico deveu-se pela pertinência ao enfoque dado na presente pesquisa, que vê na relação enfermeira-cliente, na consulta de enfermagem, um espaço propício para a construção de um processo interativo e dialógico, ressaltando como mecanismo primordial a produção discursiva da enfermeira.

O foco deste estudo é o comportamento (atitudes e posturas) da enfermeira e seu discurso na realização de consulta à gestante em pré-natal, baseado na expressão das suas idéias, mediante suas falas e expressões corporais (linguagem verbal e não-verbal).

O estudo da produção de sentidos no cotidiano por meio das práticas discursivas é uma forma de conhecimento que se filia à perspectiva construcionista. Nessa perspectiva, tanto sujeito como objeto são colocados como construções sócio-históricas que precisam ser problematizadas e desfamiliarizadas. Gergen, *apud* Spink (1999, p. 26), assim define investigação construcionista: “A investigação sócio-construcionista preocupa-se sobretudo com a explicação dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem, explicam ou dão conta do mundo (incluindo a si mesmos) em que vivem”.

No construcionismo social, a realidade é construída ou inventada, ou seja, a realidade perde o seu caráter fixo, de um ambiente físico particular, tornando-se um mundo de construções individuais, de co-construções sociais em constante mutação. Grandesso, *apud* Esteves de Vasconcellos (2002, p. 170), diz que: “Gergen (um construcionista social) considera o construcionismo social como uma *metateoria*, reconhecendo como uma das

teorias que mais lhe são compatível a teoria relacional, *que explica a ação humana* para além do indivíduo singular, no processo de relacionamento”. Para Esteves de Vasconcellos, a partir das idéias de Grandesso, o construcionismo social tem-se desenvolvido, no âmbito da psicologia, especialmente como teoria psicológica.

Em vez de construcionismo, alguns autores empregam o termo construtivismo. Para eles, o construtivismo – no lugar de seguir, como a maioria das epistemologias tradicionais, a crença na existência de um mundo organizado que envia ao observador as informações que lhe permitirão conhecer a realidade – parte do observador, que constrói ou inventa a realidade com a qual ele estabelece uma correlação dialética por intermédio da experiência. Essa perspectiva epistemológica renuncia à objetividade segundo a qual os conhecimentos seriam a descrição dos objetos de um mundo real, tal como eles são. De acordo com Moretto (2000, p. 43), o construtivismo possui três postulados de base:

- a) não devemos supor a existência de um mundo exterior independente do observador, para levar em conta a atividade daquele que observa;
- b) a realidade é construída (inventada) pelo sujeito cognoscente; ela não é um dado pronto para ser descoberto;
- c) os conhecimentos não são uma descrição da realidade dada, mas uma representação que dela construímos, construção esta cuja função é adaptativa, isto é, permite ao indivíduo prever as regularidades e assim viver num mundo de limitações, representado pelo mundo das coisas.

No entanto, o termo construtivismo dá margem à adesão a uma perspectiva individualista, mesmo sendo o indivíduo concebido como um ser social, enquanto que, para o construcionismo, a noção de indivíduo é uma construção social. Na visão construcionista, é no contexto da ação social que se processa a produção de sentidos – aliando-se à tradição hermenêutica de processo criativo mediado pelas expectativas e pressupostos que a pessoa traz para a situação, à tradição interacionista de valorização da presença do outro e à onipresença da linguagem na perspectiva das práticas discursivas (SPINK, 1999).

As práticas discursivas implicam ações, seleções, escolhas, linguagens, contextos, enfim, uma variedade de produções sociais das quais são expressão. Dessa forma, constituem

o foco central de análise na abordagem construcionista, tornando-se um caminho privilegiado para entender a produção de sentidos no cotidiano (*ibidem*).

De acordo com Spink (1999, p. 41):

O sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas – constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta (...)

Na produção de sentidos, deve-se contextualizar o uso da linguagem, porque a prática discursiva requer, sobretudo, uma ação. Lembrando que “contexto não significa simplesmente ambiente, mas se refere às relações entre todos os elementos envolvidos” (ESTEVES de VASCONCELOS, 2002, p.112).

A produção de sentidos, na perspectiva psicossocial, não é uma atividade cognitiva intra-individual, nem pura e simples reprodução de modelos predeterminados. Ela é uma prática social, dialógica, que implica na linguagem em uso. Seguindo os pressupostos da perspectiva construcionista, o conhecimento não é algo que as pessoas possuem em suas cabeças, mas sim aquilo que constroem juntas. Como fenômeno sociolinguístico – já que o uso da linguagem sustenta as práticas sociais geradoras de sentidos –, a produção de sentidos busca entender tanto as práticas discursivas que atravessam o cotidiano (narrativa, argumentações e conversas), como os repertórios utilizados nessas produções discursivas (SPINK, 1999).

Para Esteves de Vasconcellos (2002, p. 114), “a dialógica é característica fundamental do pensamento complexo, ou seja, de um pensamento capaz de unir conceitos que tradicionalmente se opõem, considerados racionalmente antagônicos, e que até então se encontravam em compartimentos fechados”.

Na perspectiva construcionista, tanto o objeto como o sujeito são construções sócio-históricas. Através das práticas discursivas é possível entender como os objetos são

construídos no discurso e como são aí construídos os sujeitos. Como experienciamos-nos quando falamos e quando ouvimos outros falarem sobre nós. Compreendemos esse processo, quando entendemos as práticas discursivas como, “a linguagem em ação, isto é, as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas” (SPINK, 1999, p. 45). As práticas discursivas são mais bem definidas a partir de três dimensões básicas: *linguagem, história e pessoa*.

Na dimensão da linguagem, as práticas discursivas têm como elementos constitutivos: a dinâmica, ou seja, os *enunciados* orientados por vozes; as formas, que são os *speech genres*, que são conceitos que focalizam o habitual gerado pelos processos de institucionalização; e os conteúdos, que são os *repertórios interpretativos* (*ibidem*).

Para Bakhtin, *apud* Spink (1999), os conceitos de *enunciados* e *vozes* caminham juntos. Ambos descrevem o processo de *interanimação dialógica* que se processa numa conversação. Os enunciados de uma pessoa estão sempre endereçados a um ou mais indivíduos. Esses discursos se interanimam mutuamente, mesmo quando os diálogos são internos. As *vozes* compreendem esses interlocutores (pessoas) presentes (ou presentificados) nos diálogos. Os enunciados são expressões (palavras e sentenças) articuladas em ações situadas, que, associados à noção de *vozes*, adquirem seu caráter social. As vozes compreendem diálogos, negociações que se processam na produção de um enunciado. Nessa perspectiva, a linguagem é, por definição, uma prática social. A pessoa não existe isoladamente, pois os sentidos são construídos quando duas ou mais vozes se confrontam (SPINK, 1999).

Moretto (2000, p. 16) assim afirma:

O ponto de partida é a convicção de que o homem é um ser social, isto é, é biologicamente predestinado a construir e habitar um mundo juntamente com outros seres humanos. A construção deste mundo se faz por meio da interação com o outro pela linguagem, a qual é considerada como característica fundamental do homem visto como ser social. Dessa forma, pode-se dizer que a linguagem é para nós o que a água é para o peixe; nossa vida social existe por causa da linguagem que desenvolvemos.

Já os *repertórios interpretativos* são o conjunto de termos, descrições, lugares-comuns e figuras de linguagem, ou seja, são as unidades de construção das práticas discursivas que demarcam o rol de possibilidades de construções discursivas, tendo por parâmetros o contexto em que essas práticas são produzidas e os estilos gramaticais específicos. São componentes fundamentais para o estudo das práticas discursivas, pois é por meio deles que podemos entender tanto a estabilidade quanto a dinâmica e a variabilidade das produções lingüísticas humanas. É particularmente útil para entendermos a variabilidade usualmente encontrada nas comunicações cotidianas (SPINK, 1999).

Os repertórios interpretativos, como recursos lingüísticos preexistentes, são dispositivos lingüísticos que utilizamos para construir versões das ações, eventos e outros fenômenos que estão a nossa volta e também atuam como substrato para uma argumentação.

Contudo, vivemos num mundo social que tem uma história. Os repertórios interpretativos que nos servem de referência foram histórica e culturalmente constituídos. Trabalhar no nível da produção de sentidos implica retornar também à linha da história, de modo a entender a construção social dos conceitos que utilizamos no *métier* cotidiano de dar sentido ao mundo (*ibidem*, p. 49).

Aqui, introduzimos a dimensão da história nas práticas discursivas. Nas narrativas, o tempo é importante por estar presente nos discursos humanos. Como o tempo é uma categoria fundamental na história, e como os repertórios interpretativos nas práticas discursivas cotidianas possuem inscrições na história, fez-se determinante considerar a perspectiva temporal no trabalho com práticas discursivas. Dessa forma, postulou-se a necessidade de trabalhar o contexto discursivo na interface de três tempos históricos: *o tempo longo*, que marca os conteúdos culturais da humanidade, definidos ao longo da história da civilização; *o tempo vivido*, das linguagens sociais aprendidas pelos processos de socialização; e *o tempo curto*, marcado pelos processos dialógicos, da interação face-a-face (SPINK, 1999).

O *tempo longo* é constituído de vozes de outrora, de repertórios que foram moldados pelas contingências sociais de uma dada época. O *tempo vivido* é constituído das

linguagens sociais que são apreendidas a partir dos processos de socialização e que correspondem às experiências da pessoa no curso da sua história pessoal. O *tempo curto* é o tempo da interanimação dialógica, que nos possibilita entender a dinâmica da produção de sentidos – pauta-se pela concorrência de múltiplos repertórios que são utilizados para dar sentido às experiências humanas.

Na dimensão *pessoa*, nas práticas discursivas, esta se insere num constante processo de negociação, desenvolvendo trocas simbólicas num espaço de intersubjetividade. As práticas discursivas têm o poder de prover posições de pessoa – a pessoa incorpora repertórios interpretativos próprios da posição social que ocupa.

A noção de pessoa, na prática discursiva, enfatiza o foco sobre a dialogia, em vez de privilegiar a individualidade ou a condição de sujeito, não implicando abandonar o indivíduo ou o sujeito, mas resignificar esses conceitos à luz da perspectiva construcionista. Para Bakhtin, *apud* Freitas (2001, p. 3), “o homem não pode ser apenas objeto de uma explicação, produto de uma só consciência, de um só sujeito, mas deve ser também compreendido, processo esse que supõe duas consciências, dois sujeitos, portanto, dialógico”.

A pesquisa sobre práticas discursivas e produção de sentidos é necessariamente um empreendimento sócio-histórico e exige a aproximação ao contexto cultural e social em que se inscreve um determinado fenômeno social. O que, diante de tudo que já foi exposto, nos dá a possibilidade de identificar as várias facetas das práticas discursivas da enfermeira criadas no contexto dos espaços interacionais de uma consulta de enfermagem.

A escolha desse referencial teórico encontra sua relevância no fato de se adequar ao objeto de estudo proposto e de favorecer uma interação efetiva entre a pesquisadora e os sujeitos, na busca de uma compreensão mais ampla da realidade que norteia a relação enfermeira-cliente.

No presente estudo, buscamos entender as práticas discursivas que permeiam a consulta de enfermagem, identificando os repertórios utilizados pela enfermeira. Ou seja, iremos centralizar nossas atenções sobre a dimensão da linguagem, mais precisamente sobre os repertórios interpretativos presentes no discurso da profissional de saúde que atende a uma clientela específica, no caso, as gestantes. Lembrando que, por repertórios interpretativos, nos referimos aos elementos (termos ou conjuntos de termos, descrições, lugares comuns e figuras de linguagens) que compõem as práticas discursivas. Os repertórios estão disponíveis às pessoas e são empregados em diferentes situações, a partir das diferentes filiações.

5 METODOLOGIA

“Ser sujeito não quer dizer ser consciente;
também não quer dizer ter afetividade, sentimentos,
ainda que evidentemente a subjetividade humana se
desenvolva com a afetividade, com sentimentos. Ser sujeito
é colocar-se no centro de seu próprio mundo, é ocupar o lugar do ‘eu’.”
(MORIN, 1990)

5.1 Tipo e Natureza do Estudo

Trata-se de pesquisa de natureza qualitativa, tendo como referencial teórico-metodológico as *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano* proposto por Spink, cujas dimensões básicas são: *linguagem, história e pessoa*. As práticas discursivas estão embasadas no *construcionismo social*, que consiste em “identificar os processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam e/ou compreendem o mundo em que vivem, incluindo elas próprias”. O foco de estudos sai das estruturas sociais e mentais e passa para a compreensão das ações e práticas sociais e, sobretudo, dos sistemas de significação que dão sentido ao mundo (SPINK, 1999, p. 60).

Foi por meio das práticas discursivas presentes nas consultas de enfermagem de pré-natal, que se buscou compreender como se processa a relação enfermeira-cliente – observando alguns episódios, apreendendo a natureza dialógica do processo de interação entre sujeitos de realidades diferentes, mas envolvidos num mesmo contexto.

Segundo Minayo (1996), objetos de estudo como esse que pretendemos desvelar são fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Por essa razão, é imprescindível que os fenômenos sejam analisados, estudados sob o olhar qualitativo.

Minayo (1996, p. 10) esclarece que as *metodologias da pesquisa qualitativa* são “entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes *aos atos, às relações e às estruturas sociais*, sendo essas

últimas tomadas, tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”.

Bogdan e Biklen, *apud* Lüdke e André (1986, p. 11-12), discorrem sobre as características básicas da pesquisa qualitativa. Uma das características é que “A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento”. Ou seja, esse tipo de pesquisa “supõe o contato direto e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está sendo investigada, via de regra através do trabalho intensivo de campo”. Outra característica é o fato de que “o ‘significado’ que as pessoas dão às coisas e à sua vida são focos de atenção especial pelo pesquisador”.

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações (CHIZOTTI, 1995, p. 79).

Dentre as várias formas que a pesquisa qualitativa pode assumir, elencou-se o estudo de caso como *design* para este trabalho. Esse tipo de enfoque metodológico é caracterizado pelo aprofundamento exaustivo em um ou poucos objetos, permitindo conhecer ampla e detalhadamente o tema investigado (BRUYNE, HERMAN e SCHOUTHEETE, 1989 e GIL, 2001).

5.2 Estudo de Caso

Segundo Lüdke e André (1986, p. 19):

Os estudos de caso buscam retratar a realidade de forma completa e profunda. O pesquisador procura revelar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação ou problema, focalizando-o como um todo. Esse tipo de abordagem enfatiza a complexidade natural das situações, evidenciando a inter-relação dos seus componentes.

O estudo de caso é a estratégia escolhida ao se examinarem acontecimentos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real. É uma estratégia de pesquisa abrangente que coleta e registra dados de um caso particular ou de vários casos a fim de organizar um relatório ordenado e crítico de uma experiência, ou avaliá-la analiticamente a fim de tomar decisões a seu respeito ou propor uma ação transformadora (CHIZOTTI, 1995).

Os estudos de casos são uma das principais modalidades de pesquisa qualitativa em ciências sociais, sendo concebidas como pesquisas realizadas junto a pequenos grupos, podendo ser uma instituição, uma escola, um evento, um grupo, uma experiência, uma pessoa. A ênfase que se dá na análise qualitativa dos dados possibilita a explicação ou compreensão da realidade concreta (KIMURA e MERIGHI, 2003).

“Um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2001, p. 32).

Esse trabalho caracteriza-se como estudo de caso por tratar-se de um estudo aprofundado do processo de interação enfermeira-cliente, baseando-se na ação comunicativa da enfermeira na consulta de enfermagem, como prática discursiva marcada pela dialogia. Principalmente por permitir uma investigação que preserve as características holísticas e significativas dos eventos da vida real (*ibidem*).

3.3 Locais do Estudo

O primeiro contato com um dos campos da pesquisa se deu em dezembro de 2003, quando da realização do teste-piloto do instrumento de coleta de dados no Centro de Saúde refeito Almir Freitas Dutra, em Maracanau. Esse momento possibilitou-me adquirir

familiaridade com as rotinas de trabalho das equipes de saúde da família e planejar o momento oportuno de encontro com as informantes do estudo.

Maracanaú, com 174.599 habitantes, considerada uma das cidades com maior potencial de crescimento do Estado do Ceará, iniciou a implantação do Programa Saúde da Família em outubro de 1998 com duas equipes. Conta atualmente com 39 Equipes de Saúde da Família (ESF), distribuídas em dezessete Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF). Seus objetivos são: enfrentar os problemas de saúde que exigem um trabalho solidário entre vários setores da administração e a comunidade; reorganizar os serviços de saúde para favorecer o acesso das pessoas aos diferentes níveis de atenção à saúde; desenvolver ações intersetoriais de promoção da saúde e prevenção de doenças; assegurar o diagnóstico precoce e o cuidado oportuno das doenças e agravos mais comuns, numa permanente atividade de vigilância à saúde e de promoção da qualidade de vida dos indivíduos, das famílias e da comunidade (MARACANAÚ, 2001).

O município de Maracanaú é dividido internamente em AVISA (Área de Vigilância à Saúde). Existem seis AVISA, que são espaços territoriais com características geográficas, demográficas, políticas, epidemiológicas e de gestão sanitária descentralizadas (MARACANAÚ, 2001).

QUADRO 1

Demonstrativo da População, Unidades de Saúde da Família (UBASF) e Equipes de Saúde da Família (ESF) por Área de Vigilância à Saúde (AVISA), Maracanaú – CE, 2001.

AVISA	HABITANTES	UBASF	ESF
AVISA I	37.196	05	10
AVISA II	37.168	02	08
AVISA III	23.230	03	07
AVISA IV	18.584	02	04
AVISA V	13.809	01	03
AVISA VI	32.522	04	07
TOTAL	174.599	17	39

Fonte: Plano Municipal de Saúde – 2001/2004 (SSMc/2001)

O Centro de Saúde Prefeito Almir Freitas Dutra é situado no conjunto Timbó, distrito do município de Maracanaú, que faz parte de uma AVISA (Área de Vigilância à Saúde) do Programa Saúde da Família (PSF). A população estimada desse distrito totaliza 17.350 pessoas, com cerca de 3.896 famílias atendidas por três equipes do PSF. Cada equipe assiste em torno de 1.298 famílias. Ao todo, existem três médicos, três enfermeiras, dois dentistas, três auxiliares de enfermagem e quinze agentes comunitários de saúde na referida unidade de saúde.

O outro local escolhido como campo da pesquisa foi a Unidade Básica de Saúde da Família Walter Ramos de Araújo, no distrito da Taíba, pertencente ao município de São Gonçalo do Amarante, que é uma cidade de 38.335 habitantes, distante 64 Km de Fortaleza e formada pelos distritos de São Gonçalo do Amarante, Croatá, Pecém, Serrote, Siupé, Taíba e Umarituba. É uma cidade com grande probabilidade de prosperidade em função da instalação de várias indústrias atraídas pela proximidade da capital e, principalmente, pela instalação do Complexo Industrial e Portuário do Pecém. O município conta com nove Equipes de Saúde da Família (ESF) distribuídas em seis Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF).

A Unidade Básica de Saúde da Família Walter Ramos de Araújo, situada na Taíba, distrito do município de São Gonçalo do Amarante, possui uma população geral de 5.376 pessoas, e o número de famílias cadastradas no Programa Saúde da Família é de 1.350. Esse serviço alberga uma equipe de saúde da família, formada por um médico, uma enfermeira, um dentista, três auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde.

5.4 Os Sujeitos do Estudo

Como a pesquisa qualitativa privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer, os sujeitos da presente pesquisa foram quatro enfermeiras que realizam consulta a gestantes em instituições pertencentes ao serviço público municipal de atendimento à saúde comunitária, ligadas ao Programa Saúde da Família, situadas nos municípios cearenses de Maracanaú e São Gonçalo do Amarante.

Justifica-se a escolha de quatro enfermeiras devido ao enfoque qualitativo da pesquisa, que prioriza o aprofundamento do conhecimento do contexto estudado. Considerando o caráter qualitativo do estudo, o número de entrevistadas é considerado suficiente para o alcance do objetivo proposto. Foram realizados, em média, dez acompanhamentos a cada enfermeira.

A opção por esses locais e sujeitos da pesquisa deveu-se à acessibilidade e à disponibilidade para o desenvolvimento do trabalho demonstrados pelas unidades de saúde e pelas enfermeiras que concordaram em participar, sendo informadas da necessidade da observação direta de suas intervenções junto às gestantes nas consultas de pré-natal.

Por acharmos suficiente o número de sujeitos para o alcance das informações pertinentes à pesquisa, é que selecionamos quatro enfermeiras, utilizando os seguintes critérios de escolha:

- estar vinculada a uma equipe de saúde de algum PSF;
- realizar consultas de enfermagem a gestantes que estejam em acompanhamento pré-natal;
- possuir um bom tempo de experiência em consulta de pré-natal.

5.5 Instrumentos de Coleta de Dados

Como métodos para coleta de dados, foram utilizados: observação livre e direta e um roteiro do pesquisador para o registro de informações acerca dos discursos da enfermeira com a gestante na consulta pré-natal, contendo itens previamente selecionados que serviram como categorias de observação relevantes na interação enfermeira-cliente (Anexo 01).

Tivemos o cuidado de traçar o perfil dos profissionais, observando: o tempo de formatura, de trabalho com saúde da mulher e de serviço no local da pesquisa; existência de outros locais de trabalho; tipo de formação adicional; a forma como é tratado pela instituição em que trabalha; nível de satisfação com a remuneração e com o trabalho realizado na unidade de saúde.

No roteiro para observação do profissional, descrevemos a estrutura e condições do local de trabalho e do ambiente físico da sala de consulta. Levantamos o número de consultas realizadas pelo profissional em um turno de trabalho, como também, o tempo de duração de cada uma delas.

Sobre as atitudes e comportamentos do profissional, observamos o tipo de cumprimento ao receber a cliente na consulta e classificamos a sua postura durante o atendimento. Contribuíram, na construção dos tópicos observados na consulta, o escritos de Ávila (1998) e de Maldonado e Canella (2003). Essas autoras dão enfoque esclarecedor sobre a relação profissional-gestante, realçando suas características particulares e as formas de relacionamento.

Consideramos ser a observação livre e direta o instrumento de coleta propício e adequado ao presente estudo. Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1998, p. 164) atribuem algumas vantagens à observação:

- a) independe do nível de conhecimento ou da capacidade verbal dos sujeitos;
- b) permite “checar”, na prática, a sinceridade de certas respostas que, às



vezes, são dadas só para “causar boa impressão”; c) permite identificar comportamentos não-intencionais ou inconscientes e explorar tópicos que os informantes não se sentem à vontade para discutir; e d) permite o registro do comportamento em seu contexto temporal-espacial.

A observação possibilita um contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno pesquisado, permite que o observador chegue mais perto da “perspectiva dos sujeitos”, um importante alvo nas pesquisas qualitativas (LÜDKE e ANDRÉ, 1986). Esse contato direto do pesquisador com o fenômeno observado é importante para recolher as ações dos sujeitos em seu contexto natural, a partir de sua perspectiva e de seus pontos de vista, prestando atenção às suas características e peculiaridades (CHIZOTTI, 1995).

(...) Métodos de observação podem ser a melhor forma de operacionalizar algumas variáveis de interesse nas pesquisas científicas de enfermagem, particularmente características e condições individuais, tais como traços e sintomas, comportamento de comunicação verbal e não-verbal, atividades e obtenção de habilidade, e características ambientais (GREY, 1998, p. 178).

“(...) Observar cientificamente é perceber a realidade exterior, orientado para o reconhecimento de dados previamente definidos como de interesse no desenvolvimento da investigação” (BECK, GONZALES e LEOPARDI, 2001, p. 193).

A observação se fez pertinente neste estudo porque se pretendeu uma análise da relação interpessoal que se forma entre enfermeira-cliente durante a consulta de enfermagem, das atitudes e posturas e dos discursos da enfermeira diante da situação-problema que é transmitida pela cliente, percebendo as formas de conduta da profissional em sua dinâmica interacional com a gestante em pré-natal.

No mês de dezembro de 2003, a autora realizou o teste-piloto do roteiro de observação, contendo dados do profissional, da instituição em que trabalha e de sua dinâmica de interação com a cliente, no intuito de testar a coerência e objetividade do instrumento. Após o teste, foram promovidas modificações pertinentes no roteiro que proporcionaram um maior alcance de aspectos importantes a serem observados na coleta de dados, ajudando na seleção de informações relevantes.

5.6 Análise dos Dados

O interesse central da pesquisa é compreender as formações discursivas que se produzem no contexto da consulta de enfermagem, tendo como parâmetro o leque de repertórios interpretativos utilizados pela enfermeira na realização da consulta de pré-natal à gestante. Como já comentado, os repertórios interpretativos são sistemas de uso recorrente utilizados para caracterizar e avaliar ações, eventos e outros fenômenos – e são usados para realizar diferentes tipos de descrição de atividades.

Ao iniciarmos esta fase do estudo, achamos necessário falar sobre as múltiplas dimensões do cliente na saúde, como também expor o perfil das enfermeiras, como introdução aos itens subseqüentes. Para conhecer melhor cada enfermeira, observamos o contexto de trabalho de cada uma delas. O relato dessas observações estão nos itens denominados: descrição do ambiente físico do consultório e estrutura e condições do local de trabalho.

No item Práticas Discursivas das Enfermeiras na Consulta de Pré-Natal, fazemos uma descrição pormenorizada dos fatos mais significativos e de relevância para a análise das práticas discursivas das enfermeiras que consultam gestantes. De posse de uma observação criteriosa, orientada por itens que achamos conveniente ressaltar – e que tem sua importância na interação profissional de saúde-cliente –, são transcritos trechos de diálogos e de falas das enfermeiras que ilustram sua maneira de ser diante da gestante, seu comportamento profissional.

Conduzimos nossa análise demonstrando o real, fazendo inferências sobre o que foi evidenciado, o que se sobressaía nas conversações mantidas entre a enfermeira e a gestante. Com o respaldo da literatura, apresentamos formas ideais da ação comunicativa do profissional, oferecendo elementos que irão facilitar a visão global da relação enfermeira-cliente.

Em As Produções Discursivas das Enfermeiras, item que finaliza essa etapa da pesquisa, explicitamos os repertórios de maior força das enfermeiras, traçamos convergências e particularidades nos seus discursos, para podermos entender e identificar pontos característicos de cada uma delas.

5.7 Aspectos Éticos

O projeto desta dissertação foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (COMPEPE). Foram obedecidos os aspectos ético-legais da Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde), sobre pesquisa que envolva seres humanos, respeitando o consentimento livre e esclarecido dos participantes e salvaguardando o seu devido anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos, bem como lhes dispensando total atenção no que tange a sua integridade e dignidade (Anexo 02).

Os sujeitos da pesquisa, ao manifestarem sua anuência à participação no estudo, receberam os devidos esclarecimentos sobre justificativa, objetivos e benefícios do estudo – o que os deixou livres para se retirarem em qualquer fase da pesquisa, garantindo sigilo aos dados confidenciais (Anexo 03).

6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“Do ponto de vista da construção dos sentidos, todo texto é perpassado por vozes de diferentes enunciadores, ora concordantes, ora dissonantes, o que faz com que se caracterize o fenômeno da linguagem humana como essencialmente dialógico e, portanto, polifônico”.
(KOCH, 2000)

6.1 As Múltiplas Dimensões do Cliente na Saúde

Transformar a relação profissional-cliente exige criatividade, ousadia e sensibilidade, porém esses elementos se encontram distantes da natureza biomédica do assistir humano – que divide, parcela, fragmenta o ser, tornando-o anônimo, ou simplesmente objeto fisicamente ativo. É respeitando a subjetividade do indivíduo que as marcas da racionalidade científica cederão lugar a uma nova perspectiva de assistir o sujeito e de cuidá-lo.

Decerto que os progressos científicos representados pelos avanços tecnológicos e dos tratamentos medicamentosos da medicina ocidental muito devem à visão técnico-racional, porém a dimensão da vida não se esgota na racionalidade técnico-científica – o existir humano extrapola o referencial biológico. De acordo com Helman (2003, p. 110): “O modelo da medicina moderna está orientado principalmente para a descoberta e a quantificação das informações psicoquímicas do paciente e não para fatores menos mensuráveis, como os sociais e os emocionais”.

A visão reducionista da medicina moderna enfoca menos o paciente e mais um determinado órgão, sistema ou parte corpórea do indivíduo doente. As facilidades oferecidas pela tecnologia diagnóstica – exames de sangue, radiografias, tomografias, muitas vezes realizadas em laboratórios e clínicas especializadas – corroboram esse tipo de visão.

Nem sempre o que o cliente diz estar sentindo pode se traduzir em sinais físicos objetivos – o incômodo, o desconforto, a dor. Nesse sentido, o paciente não apresenta uma causa específica que seja possível mensurar ou quantificar. Não há, portanto, relação com um



processo físico subjacente. Os sintomas subjetivos do paciente merecem uma interpretação subjetiva dos sinais físicos por parte do profissional.

As dimensões sociais, culturais e psicológicas dos problemas de saúde e o contexto em que aparecem determinam o *sentido* da doença para o paciente e para aqueles que o rodeiam (HELMAN, 2003). Durante boa parte de nossas vidas, fazemos parte de um mundo comunitário, como membros de uma determinada família, comunidade ou qualquer outro grupo social. Com isso, trazemos conosco pressupostos, experiências, preconceitos e idéias específicas sobre um conjunto variado de coisas.

Quando se fala em doença o foco principal recai sobre as suas conseqüências, e não sobre as causas. Os profissionais preocupam-se mais com as disfunções e danos físicos, e, por conseguinte, com as correções das anormalidades evidenciadas do que com os fatores que possam ter contribuído para o seu aparecimento. Starfield (2002, p. 20-21) ressalta que: “(...) A atenção à saúde eficaz não está limitada ao tratamento da enfermidade em si; deve considerar o contexto no qual a doença ocorre e no qual o paciente vive”.

Mesmo assim, na sociedade moderna, os papéis sociais dos profissionais da saúde têm sofrido consideráveis mudanças. Mais do que nunca, esses profissionais são induzidos a dedicar significativa atenção às causas socioeconômicas da doença e enfermidade e a se distanciar de aspectos tais como: representações do paciente como espécimes desmembrados e desvalorização dos aspectos afetivos da relação profissional-paciente (*ibidem*). Ressaltemos ainda que os pacientes estão sendo encorajados a participar mais ativamente nas consultas aos profissionais de saúde.

Maldonado e Canella (2003, p. 217) comentam que:

No atendimento fragmentado, a pessoa dificilmente é como um todo, o que impossibilita o cuidado adequado com o principal motivo que leva o cliente aos ambulatórios: os fatores emocionais e sociais, componentes primários ou secundários de toda e qualquer doença.

Trata-se hoje de educar, promover a saúde, e não somente combater a doença, tendo em vista as múltiplas dimensões que envolvem o ser humano: o social, o cultural, o biológico, o psicológico e o espiritual. Não mais se tolera que o cliente abdique de sua história e essência no encontro com o profissional da saúde, devendo portar-se como sujeito contextualizado.

O olhar simplista e pragmático de causa e efeito na análise do processo de saúde e doença é próprio da perspectiva organicista na saúde, mas que tem sido ampliada para um olhar multifatorial e multiprofissional. Esse acolhimento multidisciplinar modifica o grau de abrangência no acompanhamento integral ao ser humano.

Atualmente, com a necessidade de atendimento amplo do paciente, todos os profissionais de saúde que integram equipes multidisciplinares devem interagir de forma a propiciar quebra de fronteiras e aumento da interface profissional (OLIVEIRA Jr. e BRANCO, 2003, p. 68).

O estabelecimento do Programa Saúde da Família (PSF) configurou-se como um espaço propício para a efetivação do cuidado holístico e humanizado. A base de princípios que orientam o PSF vai ao encontro dos ideais de entendimento do ser humano em sua totalidade e integralidade. Unindo forças, a equipe de PSF terá uma probabilidade maior de compreender o sentido para o cliente da doença ou de algum outro problema específico que esteja afetando a rotina diária dele. De posse desses fatos, poderá forjar mecanismos eficientes para lidar com os reais motivos que levaram o cliente ao serviço de saúde.

De acordo com as normas de atenção ao pré-natal publicada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000, p. 51-52), são funções da enfermeira na assistência pré-natal:

- orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação, vacinação, preparo para o parto, etc.;
- realizar consulta de pré-natal de gestação de baixo risco;
- solicitar exames de rotina e orientar tratamento conforme protocolo do serviço;
- encaminhar gestantes identificadas como de risco para o médico;
- realizar atividades com grupos de gestantes, grupos de sala de espera, etc.;
- fornecer o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta;
- realizar coleta de exame citopatológico.

Essas são suas funções dentro da equipe multidisciplinar de um PSF, contando com a presença do agente comunitário de saúde, do auxiliar de enfermagem, do médico e do dentista. São incumbências que devem ser seguidas pelo profissional enfermeiro em seu trabalho diário junto à clientela em período gestacional. E, quando todos aqueles envolvidos no cuidado à gestante realizam trocas e reflexões conjuntas, ou seja, atuam de forma interdisciplinar, os benefícios são incomensuráveis.

A enfermeira, como integrante da equipe de PSF, possui autonomia e conhecimentos necessários para interpretar e conduzir de forma responsável as queixas apresentadas pelos clientes, tratando-as conforme as regras científicas, porém não se esquecendo da importância vital da interação verbal e não-verbal inserida no contexto da relação entre o profissional da saúde e o cliente.

6.2 Perfil das Enfermeiras

Para preservar a identidade das enfermeiras, decidiu-se por utilizar nomes fictícios. Os nomes utilizados como referência a cada enfermeira são de renomadas ginastas do passado e do presente, pois 2004 é ano de olimpíadas, e em virtude desse fato, iremos homenageá-las dando seus nomes às participantes do estudo.

O nome Nádia faz alusão à maior ginasta que o mundo já conheceu, a romena Nadia Comeneci. Os nomes Daniele e Daiane dizem respeito às ginastas Daniele Hypólito e Daiane dos Santos, atletas brasileiras que atualmente fazem sucesso nas competições internacionais de ginástica. O nome Shushunova é devido a uma grande expoente russa, a ginasta Yelena Shushunova, que se destacou em olimpíadas na década de 1980.

Vale destacar que as enfermeiras Nádia, Daniele e Daiane fazem parte do Programa Saúde da Família do município de Maracanaú, e a enfermeira Shushunova, do Município de São Gonçalo do Amarante.

Enfermeira Nádia

Tem 38 anos de idade e 12 anos de formada trabalhando com saúde da mulher. No serviço atual, está, há 5 anos, conciliando com o trabalho no Hospital São José, onde realiza plantões a cada cinco dias. Tentou especializar-se em Saúde da Família em 1994, porém não concluiu o curso. Sente-se respeitada pela instituição em que trabalha. Não acha que o salário é condizente com o trabalho que desenvolve, pois ganha a metade do salário de um médico. Para ela, o trabalho que realiza é muito valoroso para receber tão pouca importância. Está satisfeita com o atendimento, mas não é realizada. Almeja coisas maiores como, por exemplo, fazer um curso de mestrado. Gosta de estar mudando sempre e no PSF sente-se presa e acomodada.

Enfermeira Daniele

Tem 29 anos de idade e 6 anos de formada trabalhando com saúde da mulher. No atual serviço, está há 2 anos. Não trabalha em outro local. Possui especialização em Saúde da Família e Administração Hospitalar. Considera-se bem tratada pela instituição em que trabalha. Pelo que realiza, em virtude das várias responsabilidades, acha que o salário poderia ser um pouco melhor. Sente-se bastante realizada, mais do que se estivesse trabalhando em um hospital.

Enfermeira Daiane

Tem 30 anos de idade e 6 anos de formada trabalhando com saúde da mulher. No atual serviço, está há 5 anos. Concilia esse emprego com o trabalho no Hospital Gonzaga Mota do Bairro Prefeito José Walter. É especialista em Saúde da Família e Enfermagem Obstétrica. Sente-se valorizada pela instituição em que trabalha. Não acha que o salário seja

condizente com o que desenvolve no serviço, porque são muitas atribuições e responsabilidades. Segundo ela, a enfermeira desenvolve várias atividades: supervisão dos ACS e auxiliares de enfermagem; consultas de enfermagem referentes aos programas de hipertensão, diabetes, hanseníase e tuberculose; consultas de pré-natal, planejamento familiar e puericultura; prevenção do câncer cérvico-uterino; notificação de doenças; gerenciamento da unidade e organização dos mapas para a Secretaria de Saúde do Município sobre vacinas, números de pacientes e BPA (Boletim de Produção Ambulatorial). Está realizada trabalhando na instituição, enumera como motivos os seguintes: satisfação por trabalhar junto à comunidade; pelo serviço estar próximo a Fortaleza; por receber o pagamento em dia; e pela boa estrutura oferecida.

Enfermeira Shushunova

Tem 28 anos de idade, 4 anos de formada e 3 anos trabalhando com saúde da mulher. No atual serviço, está há 2 anos, conciliando com os plantões no Hospital Psiquiátrico São Gerardo. É especialista em Saúde da Família e Enfermagem Obstétrica. Considera ser tratada com respeito e ser reconhecida pela instituição em que trabalha. Não acha que o salário seja condizente com o trabalho que desenvolve na unidade. Para ela, o valor do salário está defasado há seis anos, e que assim não dá para comprar livros e participar de eventos científicos na área da saúde. De todos os lugares em que trabalhou, esse é o melhor pela remuneração e pela clientela, porém não se sente completamente realizada porque, segundo afirmou, precisa estudar mais e galgar algo melhor para não ficar apenas na especialização.

6.3 Descrição do Ambiente Físico do Consultório

Essa descrição é importante por corroborar o pensamento de Ávila (1998), quando diz que o ambiente físico do consultório mostra às gestantes atendidas como é a assistência

prestada pelo profissional ou pela instituição. Conhece-se o tipo de postura de atendimento do profissional pelas características do ambiente. Pode ser um profissional que assuma a postura de um intelectual, um sábio que tem o dom de curar, ou que divide responsabilidades na consulta e compreende as gestantes que atende.

Enfermeira Nádia

Seu consultório tem um visual cuidado, com pequenos quadros infantis e cartazes ilustrativos espalhados pelas paredes, alguns deles esclarecendo as funções da enfermeira. Paredes em cor azul e janelas com escotilhas fechadas para manter a privacidade da cliente. Possui uma boa iluminação e um banheiro em anexo. No ambiente, encontram-se: armário com equipamentos, utensílios, formulários e objetos pessoais da enfermeira; mesa e cadeiras para entrevista; mesa para exame obstétrico; escada de dois degraus; ventilador de chão (direcionados para a enfermeira e gestante); cesto para lixo; e um lavabo contendo sabão líquido, que a enfermeira utiliza após intervenção na gestante. O tamanho da sala comporta adequadamente todo o aparato necessário para o atendimento à paciente.

Enfermeira Daniele

O ambiente do consultório é agradável, com espaço suficiente para o desenvolvimento das atividades. Paredes em cor azul contendo cartazes enfocando a criança e incentivando o aleitamento materno. Devidamente arrumados na sala encontram-se: ventilador de chão; armário para guarda de objetos de uso pessoal e de uso nas consultas pela enfermeira, com formulários como: cartão da gestante, ficha perinatal e receituário; mesa e cadeiras para entrevista; cadeirinha para criança; cesto para o lixo e lavabo para uso da profissional. A enfermeira ressenete-se pela ausência de uma escada de dois degraus. No ambiente em anexo, há banheiro para uso das clientes.

Enfermeira Daiane

Sua sala de consultas é um ambiente bem iluminado, com mesa e cadeiras para entrevista, uma cadeirinha para criança, uma mesa para exame obstétrico, escada de dois degraus, um armário para guarda de materiais, um ventilador de chão direcionado à gestante e à enfermeira e um cesto para lixo. Paredes em cor azul com um calendário afixado e nenhum cartaz ilustrativo. A sala ainda possui um lavabo para utilização da enfermeira e um banheiro em anexo destinado às clientes.

Enfermeira Shushunova

Consultório aconchegante, ventilado e bem iluminado, com lavabo utilizado pela enfermeira e um banheiro em anexo. Paredes em cor azul contendo cartazes informativos e enfeites infantis. No ambiente, existem: ventilador de chão; balança pequena; mesa para exame obstétrico; escada de dois degraus; mesa e cadeiras para entrevista; um armário contendo livros, fitas de vídeo e material de consulta pré-natal; dois cestos para lixo e uma mesa pequena com os seguintes instrumentos: Sonar, Pinard, fita métrica, gel condutor e um tubo de vidro com espátulas.

6.4 Estrutura e Condições do Local de Trabalho

PSF de Maracanaú

No Centro de Saúde Prefeito Almir Freitas Dutra, com aproximadamente quinze anos de existência, trabalham três equipes de saúde da família, seu espaço é satisfatório para o desenvolvimento das atividades propostas pelo serviço. Tanto enfermeiras quanto médicos possuem suas próprias salas para a realização de consultas. Há uma sala destinada aos ACS, uma sala da gerente do Centro de Saúde e, próximo a ela, a sala de refeições e a cozinha. As paredes são em cor amarela e o piso de azulejo branco. Distribuídos pelas paredes,

encontram-se diversos cartazes que fazem alusão aos programas do Ministério da Saúde. Nos corredores, concentram-se os usuários à espera de seus atendimentos, sentados em cadeiras ou bancos de madeira. O barulho é constante devido à presença de crianças que acompanham seus pais às consultas. O Canto da Criança, com brinquedos e uma funcionária do serviço fazendo o papel de recreadora, foi recentemente idealizado e posto em prática para entreter as crianças. O Centro comporta ainda os seguintes serviços: recepção, SAME, sala de aerossolterapia e pressão arterial, sala da vacina, farmácia, sala de prevenção, sala de esterilização, consultório odontológico, auditório, banheiros para ambos os sexos e duas salas denominadas de ambulatório, uma para atendimento e realização de curativos e retirada de pontos e uma para atendimento e acolhimento de crianças. Há uma pessoa para a manutenção da limpeza da unidade e uma copeira que serve chás, café e água aos profissionais em seus próprios consultórios, além de preparar as refeições.

PSF de São Gonçalo do Amarante

A Unidade Básica de Saúde da Família Walter Ramos de Araújo completou um ano de existência no dia 19 de março. Por isso, suas instalações têm aspecto de novo e uma aparência bem cuidada. As paredes são em cor azul e o piso de azulejo branco. Conserva-se sempre limpa e arejada. Ao entrar na unidade, deparamo-nos com a recepção e suas duas auxiliares administrativas. No corredor, próximo à entrada, estão os consultórios da enfermeira e da médica, uma sala para aferição de dados antropométricos e de sinais vitais da gestante, e uma sala de atendimento à criança. No final desse corredor, o Cantinho da Criança – com mesinha, cadeirinhas e brinquedos – destina-se às crianças que acompanham seus pais. Em um outro corredor, estão localizados sala de curativos, dispensário de medicamentos, sala de observação, sala de esterilização, consultório odontológico, sala de guarda de utensílios, copa, expurgo e banheiros para ambos os sexos. Em quase todas as portas dessas salas, encontram-se tapetes. No meio do corredor, um lavabo com sabão líquido e papel toalha.

Distribuídos pelos corredores, cadeiras de plástico branco para os que esperam atendimento. Nas paredes, pôsteres informativos, muitos deles enaltecendo a importância do aleitamento materno. Os profissionais de saúde destacam a tranquilidade que a proximidade com o mar proporciona ao ambiente de trabalho e à população assistida.

6.5 Práticas Discursivas das Enfermeiras na Consulta de Pré-Natal

Enfermeira Nádia

A enfermeira Nádia realiza em torno de seis consultas de pré-natal em um período de trabalho, dedicando a essa atividade o turno da tarde das quartas-feiras. As mulheres que esperam para ser atendidas às vezes reclamam do tempo que ela dedica a cada gestante, achando-o muito demorado. Essa enfermeira gosta de ouvir e falar. Por isso, marca no máximo seis clientes por turno e dedica a cada uma delas cerca de 20 a 25 minutos. Recebe, normalmente, suas clientes com um: “Oi, como está você?”, não havendo uma abordagem clara, do tipo: “Boa tarde, eu sou a enfermeira fulana de tal”. Ou seja, não se apresenta dizendo o nome e a profissão. De início, recebe das mãos da gestante o cartão e então começa as perguntas para o seu preenchimento. Ela é uma profissional receptiva e acessível, estampa no rosto sempre um sorriso e demonstra uma acolhida que deixa a cliente e a acompanhante à vontade.

Dirige-se às suas clientes pelo nome. Envolve-se demonstrando boa vontade, interesse, paciência e – para descontrair o clima da consulta – gosta de brincar com a gestante. Oportuniza cada consulta para falar sobre assuntos importantes. Fala em um nível que possa ser entendida pela cliente, olhando-a nos olhos, sem pressa em informá-la, antecedendo inclusive assuntos das próximas consultas. Sua forma de se expressar é explicativa e

esclarecedora – seu tom de voz é suave. Não deixa espaço para longos silêncios, sempre pedindo e dando informações.

Informações é o que mais essa enfermeira oferece. Preocupa-se em fazer com que a gestante receba uma boa quantidade de esclarecimentos, principalmente acerca dos cuidados e modificações do corpo. O seu modo de falar não denota que seja do seu feitio induzir padrões de comportamento, apenas direciona informações e conselhos que sejam adequados à gestante.

Para as gestantes em primeira consulta cita a importância da participação do marido nas consultas, pois é fundamental que eles saibam o que ocorre com a mulher nesse período. Ao finalizar o primeiro encontro com a gestante, pergunta o nome de seu companheiro e diz: “Eu gosto sempre que o marido venha com a gestante”. Demonstra interesse em conhecer familiares das grávidas e de ter informações sobre eles, como foi observado em algumas situações: “Como está sua mãe?”.

De acordo com Ávila (1998, p. 30), “é preciso que o profissional dê atenção não só à mulher no período de gestação, mas a toda a família que engravida; mesmo que essas pessoas não venham todas à consulta, elas estarão sempre recebendo e exercendo influências sobre a gestante”. Todas as enfermeiras do estudo mostraram-se preocupadas em também contemplar os familiares na atenção pré-natal. Muitas vezes eles se sentem tão importantes quanto a própria gestante nesse processo.

Em algumas oportunidades, mostrou-se preocupada com o estado emocional de suas clientes, perguntando-lhes sobre seu nível de ansiedade. Em uma ocasião, notou – pelo semblante de uma das gestantes – que esta aparentava estar preocupada com algo ou simplesmente triste, ao que observou: “Tá com a carinha assim, o que é?”. Ela prestou atenção às pistas não-verbais emitidas pela grávida, e assim pôde captar o que realmente se passava com a paciente.

Muitas vezes é possível distinguir dois níveis na comunicação do cliente: o nível da mensagem manifesta (a “fachada”, o que é dito pelas palavras) e o nível da mensagem latente (o que está nas entrelinhas, os sentimentos subjacentes às palavras, freqüentemente expressos através de pistas não-verbais). Somos capazes de captar e de entender o nível latente, mas raramente respondemos diretamente a ele; na imensa maioria das situações ficamos restritos ao nível manifesto da mensagem que o cliente nos envia, tal como ocorre nas formas típicas da comunicação (MALDONADO e CANELLA, 2003, p. 94).

Essa enfermeira realiza todos os procedimentos necessários a uma consulta de pré-natal, iniciando pela entrevista, realizando avaliação da gestante através de exames e prescrevendo medicamentos preconizados pelo Ministério da Saúde. Em seu estilo de lidar com a cliente, destaca-se o jeito amigável e alegre.

Na primeira consulta de suas clientes, a enfermeira entrega um livro que aborda a gestação e que descreve tudo o que ocorre com a mulher e o seu bebê durante esse período, incluindo o que ela terá que fazer no pré-natal. Para as gestantes em primeira consulta ela diz: “Eu sempre dou um livrinho para as minhas gestantes. No final dela, tem um espaço para colocar as dúvidas que surgir”. E para as de consultas subsequentes pergunta: “Você chegou a ler aquele livro que te dei? Não tem nenhuma dúvida?”. Sua preocupação se refere às informações que a cliente precisa assimilar.

Esse método de trabalho está muito próximo ao que denomina Maldonado e Canella (2003) de orientação antecipatória. É uma forma benéfica de comunicação que pode ser transmitida verbalmente ou por escrito, por meio de folhetos ou cartilhas, que ofereçam informações básicas e exponham as dificuldades comumente encontradas e os possíveis meios de contorná-las.

Quando recebe a gestante, segue o protocolo de preenchimento dos dados no cartão. A primeira consulta centraliza-se em informes técnicos – quer dizer, a enfermeira colhe a história clínica da cliente: identificação, dados socioeconômicos, antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos, obstétricos e gestação atual. Realiza o exame físico geral e específico (obstétrico), faz a solicitação dos exames de rotina e encaminha para o

atendimento odontológico e para vacinação antitetânica, quando a gestante não estiver imunizada ou apenas com o esquema incompleto.

Na primeira consulta, costuma perguntar: “Você já ouviu falar em amamentação? O que você ouviu falar?”. Então diz que esse assunto será mais bem abordado nas próximas consultas. A palpação obstétrica, a medida da altura uterina e a ausculta dos batimentos cardíacos não são verificados nessa consulta, a enfermeira diz: “Hoje a gente não vê a barriga. Barriga só depois”. Na solicitação dos exames de rotina, faz as seguintes observações: “Hemograma, se tem algum problema no sangue. VDRL, é para saber se você tem sífilis, que é uma doença sexualmente transmissível. O HIV é pedido por causa do bebê. Lá (local do exame), eles têm uma longa conversa com você”, referindo-se ao aconselhamento pré-teste. E continua: “Toda dúvida que você tiver anota num papelzinho e traga pra gente. Sobre o bebê, a gravidez, a amamentação...”.

Em uma ocasião presenciei o seguinte diálogo:

Enfermeira: – O que você aprendeu sobre amamentação?

Cliente: – Nada.

Enfermeira: – Nada é impossível.

Essa reação foi devido ao fato de a enfermeira saber que a irmã dessa cliente é mãe. Por isso, em sua concepção, ela deveria ter uma idéia do que seria amamentar. As enfermeiras do PSF de Maracanaú dão uma ênfase especial, em suas consultas, à importância e ao preparo das mamas para o aleitamento materno. Para elas, essas mulheres precisam amamentar seus filhos, porque vivem em uma comunidade de múltiplas carências e, muitas vezes, em condições precárias de vida. O leite materno torna-se, assim, imprescindível devido aos seus vários benefícios, dentre eles o de não custar nada para a família.

É comum ouvi-la dizer: “Toda vez que você vier aqui vou te dar vantagens da amamentação”, ou então: “Não existe leite ruim ou pouco leite, o que existe é se a mãe quer

ou não amamentar”. Mas frisa, enfática: “Não quero que você se sinta pressionada, porque nós falamos muito da amamentação. Cada gestante escolhe o que quer”. É nesse momento que faz uso de um álbum com desenhos das mamas, com detalhes da anatomia desse órgão, e explica o processo de produção do leite e de como fazer para o bebê sugá-lo.

Sobre a postura do profissional de saúde no incentivo ao aleitamento materno, Maldonado e Canella (2003, p. 144) assim distinguem:

Uma coisa é oferecer esclarecimentos sobre as vantagens da amamentação e oferecer informações práticas que favoreçam o bom aleitamento, outra é fazer campanhas do tipo “amamentar não é uma opção da mãe, é um direito da criança”, com a mensagem coercitiva e que gera culpa nas mulheres que não podem ou não querem amamentar.

Para uma gestante com 39 semanas de gestação explicou os sinais do trabalho de parto: “Sairá uma secreçãozinha com sinais de sangue, (...) vai ter um líquido que vai escorrer pela perna, (...) as dores das contrações vai para as costas e depois se concentram na barriga”. Pela proximidade da data marcada para o parto, a enfermeira concentra-se em aspectos orgânicos e físicos da cliente. Pergunta, mas não aprofunda, sobre sentimentos relacionados ao parto.

Mais uma vez a orientação antecipatória é utilizada pela enfermeira. No pré-natal, a preparação para o parto se faz, basicamente, por meio da orientação antecipatória, transmitindo as informações de modo claro e simples, prestando atenção aos sentimentos ativados – por exemplo, falar sobre os sinais do parto para que a mulher saiba reconhecer o início do processo (MALDONADO e CANELLA, 2003).

Em muitas ocasiões, foi observada a interrupção da consulta por funcionários do serviço ou por clientes. Em uma tarde, foram tantas as batidas nas portas e a entrada de pessoas na sala, que a enfermeira decidiu por fechá-la à chave, e disse em tom de alívio: “Pronto, agora, finalmente”. Esse é um drama freqüente na rotina dessas enfermeiras, pois suas atribuições se estendem a outros serviços da instituição, sendo então solicitadas a darem

parecer, receber telefonemas, cuidar do transporte de algum paciente e assim por diante. Não sendo um incômodo somente para elas, mas para o desenvolvimento da consulta.

No final das atividades de um dia de trabalho, observou-se a presença de uma jovem cliente, que acabara de chegar ao consultório e pedia para conversar com a enfermeira.

Acompanhemos o diálogo travado:

Jovem: – Meu exame de gravidez deu negativo. Mas ainda estou sem menstruar.

(Diz isso com um semblante triste.)

Enfermeira: – Você não está grávida, veja que coisa boa... (Ri para a cliente.)

Jovem: – Mas meu marido já estava gostando da idéia da gravidez.

(Demonstrando decepção e frustração.)

Enfermeira: – Você não deve estar grávida, pode ser uma outra coisa.

Na opinião dessa enfermeira, o fato de essa jovem não estar grávida deveria ser um alívio para essa moça. A história de vida das jovens gestantes moradoras dessa comunidade é marcada por carências de toda espécie. Por isso, a demonstração de satisfação pelo resultado negativo do exame de gravidez por parte da enfermeira, e não por parte da jovem. Para essa moça o resultado negativo foi frustrante, porém a enfermeira não soube enxergar tal desalento em sua cliente.

Enfermeira Daniele

A enfermeira Daniele realiza em média quatro consultas de pré-natal em um período de trabalho, dedicando a essa atividade o turno da tarde das quintas-feiras. O tempo de consulta compreende um período de 25 a 30 minutos. Normalmente não usa um cumprimento especial, recebendo o cartão da gestante e a chamando pelo nome. A falta de identificação deve-se ao fato de a enfermeira ser conhecida pela maior parte das gestantes que chegam às consultas. Sua postura é acolhedora, amigável, organizada, receptiva, afetiva, alegre e sorridente.

O nome é a primeira coisa que a enfermeira refere quando aborda a cliente. Um aspecto dessa enfermeira a ser ressaltado é que não poupa informações, antecipando-se, em muitas ocasiões, às dúvidas da cliente. Ou seja, esclarece e oferece respostas à gestante, independentemente da idade gestacional ou da situação, se primípara ou múltipara, cercando-a de explicações necessárias para aquele momento e fase da gestação. Ela não deixa dúvidas quanto a tudo que pergunta ou faz à cliente. Utiliza o tempo reservado à consulta para conversar sobre tudo que achar importante.

Essa atitude da enfermeira comunga com o que pensa Ávila (1998, p. 62):

É necessário informar às pessoas grávidas sobre as possíveis “alterações orgânicas, físicas, emocionais ou sociais e da sexualidade” que possam ocorrer durante a gravidez, no parto ou após o parto e na maternidade e paternidade. Informar sobre o que essas pessoas enfrentarão ou sobre as possíveis ocorrências de situações futuras não sugere as pessoas, mas previne antecipadamente a instalação de ansiedades desnecessárias provocadas pelas desconhecidas situações próprias da gravidez, do parto ou do puerpério.

Faz orientação antecipatória, deixando a cargo da cliente a decisão sobre o que realmente deseja e quer. A orientação antecipatória consiste, basicamente, em descrever para a cliente o panorama geral de uma situação a ser enfrentada. Por exemplo, preparando-a para simples exames de rotina ou métodos complementares (por que se pede o exame, em que consiste). A proposta é ajudar a pessoa a digerir emocionalmente uma situação e preparar-se para enfrentá-la (MALDONADO e CANELLA, 2003). O apoio se dá com palavras de incentivo e solidariedade. Não impõe seus valores à cliente, tenta orientar as melhores opções e deixa que ela decida por si.

Apesar de tê-la presenciado cansada pela rotina de trabalho e pela preocupação com a filha de poucos meses de vida que havia deixado doente em casa, mantinha uma postura pautada pelo respeito à cliente, não separando os problemas da grávida em orgânicos e emocionais. Para uma gestante em início de gestação disse: “Agora você tem uma vida, é um bebê que vai depender de você. Por isso, você deve ter bastante cuidado com repouso,

alimentação, comer pouca massa. Já que você vai morar só, tem que ter muita responsabilidade (...) São nove meses de mudança no corpo, no humor... a mulher fica chorosa. Vamos encarar com a maior seriedade possível”.

Abre espaço para a expressão de sentimentos pela cliente. Assim foi percebido quando uma gestante reclamou de algo logo ao entrar na sala. A enfermeira perguntou-lhe o que estava acontecendo, o que a estava preocupando, se ela estava estressada, porém a gestante negou qualquer preocupação ou estresse. Com uma gestante de 33 semanas, explicou como se apresentavam os sintomas e sinais do início do trabalho de parto, pois, devido à proximidade do fim da gestação, esta se encontrava apreensiva.

Enfermeira: – Não fique angustiada.

Cliente: – Ah, que dia o bebê vai nascer?

Enfermeira: – É ela que sabe quando nascer.

E então começou a explicar o processo de início do trabalho de parto.

O atendimento humanizado evidencia-se pelo acolhimento por meio de gestos e da fala em tom amável. Pergunta e responde, deixando claro tudo o que envolve a gestação, prevenindo intercorrências e disponibilizando espaço para a cliente expressar dúvidas, queixas e sentimentos. Queixas muitas vezes centralizadas em aspectos orgânicos. Boa parte do espaço da consulta concentra-se nesses aspectos. A gestante ressalta as mudanças no corpo, queixa-se de dores musculares e incômodos pelo crescimento do feto, presença de pirose, enjôos, etc.

Pelo papel de mãe recentemente adquirido, essa enfermeira possui uma certa empatia com as gestantes e seus bebês, transmitindo-a mediante conversa com as grávidas. Vejamos: “Já escolheu o nome do bebê?”, “Menininha é uma delícia”. Em uma consulta, a gestante com 40 semanas deu os seguintes conselhos: “Converse com o bebê. É muito importante, porque dá uma sensação de amor mais forte”, “Se organiza, não esqueça de levar

as coisas”, “Não fique preocupada, pense que é um presente de Deus. Foi assim que eu pensei quando saí de casa”.

Embora a enfermeira se mostrasse preocupada com o sentimento de medo do parto demonstrado pela cliente, não tentou elaborar melhor tal sentimento com a gestante por intermédio de um recurso denominado por Maldonado e Canella (2003) de falso apoio, evidenciado pela frase: “Não fique preocupada...”. Essa forma de comunicação induz o bloqueio da liberdade de expressão – por não criar um espaço de disponibilidade onde a pessoa sinta que pode desabafar, ser ouvida e entendida. Também inadequado é tentar convencer a pessoa a sentir algo diferente do que de fato sente. É como tentar aliviar o sofrimento do outro, mas, no fundo, isso apenas alivia a ansiedade do profissional. Usualmente esse recurso é por nós utilizado quotidianamente. Talvez essa explicação seja aplicada a essa situação, não se devendo ao fato de a enfermeira estar pouco à vontade para explorar melhor a ansiedade da cliente.

Em uma ocasião, a cliente relatou não sentir o bebê mexer desde o terceiro mês da gestação. A enfermeira perguntou-lhe: “Você teve algum aborrecimento?”. A gestante encontrava-se bastante temerosa. Por isso, dizia-se disposta a realizar algum exame para saber como estava a saúde do bebê. A enfermeira enfatizou: “Vê se evita aborrecimentos, se cuida, faz tudo direitinho (...) talvez seja porque ele não esteja numa posição boa”. No momento do exame obstétrico, quando a enfermeira fez a palpação, o feto se mexeu, alegrando a gestante: “Olha, ele tá se mexendo”, diz para a enfermeira que responde: “Ói, ele tá feliz comigo”.

O que a enfermeira fez contribuiu positivamente para que a gestante sentisse que seu filho estava vivo, aliviando-a da tensão. Isso é denominado por Maldonado e Canella (2003, p. 142) de reassseguramento, que “é uma forma terapêutica de comunicação cujo propósito principal é aliviar ansiedades ou temores do cliente, quando possível sem recorrer

ao falso apoio, às promessas onipotentes, à mentira ou à omissão de informações relevantes”. E às vezes ele provém de um simples exame, como foi no caso acima relatado.

A enfermeira Daniele usa uma linguagem acessível e assimilável pela cliente: “Deu uma anemiazinha os teus exames”. Ou seja, por essa frase podemos supor que o nível de hemoglobina da gestante estava alterado, mas não tão abaixo do normal. Em todas as consultas, ela alerta suas gestantes para uma boa alimentação. “Castiga no feijão pra anemia, e coma batata doce pela facilidade e o baixo custo”, “Não coma aquelas pratadas, tem que evitar frituras, pois causam azia. Você tem que fracionar a dieta (...) entre as refeições coma alguma fruta ou tome um suco de frutas”.

Cada profissional tem um vocabulário próprio, e aprender esse vocabulário é essencial para funcionar, adequadamente, dentro da profissão. Mas se deverá ter cuidado para esse vocabulário não perder o sentido com sua aplicação diária e, também, para que isso não limite a capacidade criativa do indivíduo (VIEIRA, 1978, p. 24).

Algumas vezes, quando estão preenchendo a história clínica da gestante, no dado específico sobre grau de instrução, as enfermeiras do PSF de Maracanaú gostam de incentivar suas clientes a continuar os estudos, como se pode observar através da frase dita pela enfermeira Daniele a uma jovem gestante em sua primeira consulta: “É bom estudar, a vida tá bem difícil, isso vai ser melhor para você e seu bebê”.

O assunto amamentação é abordado logo no primeiro encontro com a gestante. “Você deu de mamar aos seus outros filhos?”, “O bico do peito é para fora?”, e explica o que é um mamilo protuso, plano e umbilicado, ou seja, os tipos de mamilos que a mulher pode apresentar. Para uma gestante múltipara deu o seguinte conselho: “A partir do sexto mês, você tem que iniciar os mesmos exercícios no seio, para aumentar a resistência”. Essa cliente havia feito o pré-natal do seu primeiro filho com essa enfermeira, por isso ela não precisaria mais tecer detalhes sobre o processo de preparo das mamas, e sim a faria lembrar o que havia lhe ensinado.

Certa vez, uma gestante acompanhada do marido chegou a sua primeira consulta com uma aparência abatida. Ao ouvir a enfermeira falar das mudanças de humores da mulher grávida, o marido expôs que sua esposa havia chorado naquele dia. A enfermeira observou: “Essa mudança de humor é própria da gestação. Vai ter dia que ela vai ficar mais chorosa devido às alterações dos hormônios. É preciso paciência, tem que mantê-la segura, amada”. Para Ávila (1998, p. 44): “A mulher grávida passa a funcionar mais com a emoção do que com a razão, tornando-se geralmente mais sensível, irritável e de humor mais variável, e mais carente de atenção e afeto”.

A enfermeira Daniele gosta de finalizar suas consultas perguntando às gestantes: “Você tem alguma dúvida, alguma coisa que queira perguntar?”. Ou então, dizendo-lhes: “O que você quiser conversar comigo, me procure”, “No mais, tá tudo bem”.

Enfermeira Daiane

A enfermeira Daiane realiza, em um turno de trabalho, de seis a oito consultas de pré-natal, que duram de 15 a 20 minutos, nas quartas-feiras, no período da tarde. A cliente é sempre recebida com um sorriso e um cumprimento de boa tarde, sendo chamada pelo nome. É uma enfermeira querida pelas clientes. Sua postura aconchegante, receptiva, amiga, sempre acessível, deixa transparecer afeição aos que já a conhecem.

Essa enfermeira trata suas clientes com muito respeito à individualidade de cada uma delas, explicando fatos sem omitir detalhes, pois considera que as pacientes são capazes de entender e tomar decisões importantes. Demonstra boa vontade, interesse, paciência, vontade de ajudar e educar a cliente, mantendo um diálogo constante e ininterrupto, sempre esclarecendo dúvidas ou informando fatores inerentes às gestações.

Informa e apóia a cliente. Pela seguinte frase, tem-se um exemplo: “Lúcia, tá tomando as vitaminas? É muito importante você continuar a tomar o sulfato ferroso, de preferência depois de chupar uma laranja”. Explica com muita paciência tentando refletir com

a cliente sobre a situação e seu contexto. Não impõe seus valores. Mantém-se imparcial, aceitando escolhas e esclarecendo comportamentos benéficos para a gestante.

A enfermeira dá atenção à família da cliente, dialogando com familiares quando estes comparecem à consulta ou perguntando a seu respeito quando eles não se fazem presentes. Pelos anos que trabalha nesse serviço, é conhecida por boa parte da comunidade, sendo admirada, elogiada e querida.

Esse intercâmbio entre o profissional e a família é algo contundente na realidade do Programa Saúde da Família, ainda mais no período gestacional, exigindo que a enfermeira amplie sua atenção a todos que vivenciam essa fase junto à gestante. Isso é tão evidente que Santo e Berni (2001, p. 192) assim expuseram:

Os ajustes emocionais, sociais e físicos impostos pela gravidez causam níveis variados de estresse e ansiedade individual e familiar. Para que a assistência de enfermagem prestada no pré-natal seja adequada e eficaz, é importante que se considere o atendimento à gestante, ao seu companheiro e à sua família, que também se encontra grávida.

Essa enfermeira utiliza com sapiência o aparato humano, científico e tecnológico necessário para a assistência à gestante. Com seu jeito simpático, firme em suas posturas, transmite segurança. Porém, algumas vezes exagera na quantidade de informações que disponibiliza à gestante, deixando dúvidas se a paciente foi capaz de absorver tantas informações.

Zoboli, Martins e Fortes (2001, p. 47) consideram que “as informações fornecidas não necessitam ser exaustivas ou apresentadas em linguagem técnico-científica. Basta que elas sejam simples, aproximativas, inteligíveis, leais, respeitosas e suficientes para garantir a autonomia dos usuários nas escolhas e nos atos”. A enfermeira tem que saber do que a cliente precisa ter conhecimento, que lacunas de dados apresenta para que as informações sejam realmente úteis e possam ser absorvidas pela grávida.

A enfermeira Daiane é mãe, sua filha tem poucos meses de vida. Em sua gestação, sofreu um ganho ponderal exagerado, comprometendo as funções de órgãos vitais à vida. Em

virtude desse fato, é que se tornou praxe em suas consultas a advertência quanto ao aumento de peso das clientes. Observou-se muitas vezes a enfermeira dizer: “Vamos fazer uma dieta, não é um regime, é uma substituição de alimentos” ou “Eu não quero que ela faça um regime, só quero que ela aumente 1Kg por mês”. Uma de suas clientes havia aumentado quatro quilos em menos de um mês. Daiane disse-lhe: “A partir de agora tem que fazer dieta, tem que reduzir certos alimentos. Com o aumento de peso, há uma sobrecarga nos rins e coração”, “Não é para passar fome, porque eu sei como a gestante tem fome”. Para uma outra gestante, que no sétimo mês de gravidez já havia aumentado 16Kg, deu o seguinte conselho: “Gostaria que você verificasse seu peso toda semana. Eu quero que você engorde, no máximo, 300g por semana”. E para aquela que conseguia manter um ganho ponderal satisfatório, dizia: “Você está de parabéns, como conseguiu?”.

Quando se encaminha para proceder ao exame físico da gestante, costuma dizer-lhe: “Agora, você vai deitar para gente ver a barriguinha”. Isso quer dizer que a enfermeira irá realizar a palpação obstétrica, a medida da altura uterina, a ausculta dos batimentos cardíacos, pesquisa de edema e principalmente exame das mamas, orientando para o aleitamento materno. É uma enfermeira que tenta adequar seu vocabulário ao da cliente para que possa ser mais bem entendida. Por exemplo: “Tá sentindo dor na urina?”.

Recebe sempre muito bem suas clientes, emana um carisma natural. Uma de suas clientes perguntou: “E sua filha tá boa?”. Ao que respondeu: “Tá uma gatona. Não é a cara da mãe?”, e mostrou à cliente foto da filha em um porta-retrato que fica em cima da mesa. É uma enfermeira bastante solícita, e suas palavras parecem transparecer muita convicção. Quando explica algo, desenvolve uma conversa séria com a cliente e com quem a estiver acompanhando.

Uma de suas clientes queixou-se do marido e da sogra por não aceitarem sua gravidez. Segundo informou, seu companheiro não trabalhava e era viciado em drogas. A

enfermeira expôs-lhe a possibilidade de que fosse uma fase de seu marido e que ele poderia mudar de comportamento após o nascimento do filho. Ao que a cliente retrucou dizendo ser impossível, já que ele era um “vagabundo e viciado” e que não queria saber de trabalhar. A gestante, então, disse querer dar para adoção o bebê que esperava, assim como fez com seu primeiro filho. O segundo filho ela cria, apesar das dificuldades. Tem apenas vinte anos e, após essa gestação, deseja fazer laqueadura tubária, que é um método definitivo de contracepção.

Enfermeira: – Tem que procurar se tranquilizar, porque todo mundo passa por problemas (...) Você gosta desse bebê que está aí? Você vai dar o bebê?

Cliente: – Eu tenho que dar, por isso não vou nem olhar pra ele.

Enfermeira: – Procure se alimentar direito, dormir do lado esquerdo, tomar as vitaminas. Enquanto seu bebê estiver dentro de você, tem que cuidar direitinho.

Enfermeira: – Torça para que as coisas mudem, que você encontre um emprego ou mude de casa (...) Se você mudar de idéia, me avise para que a gente possa te explicar sobre os cuidados com o bebê.

Essa é uma situação muito delicada, que exige da enfermeira um cuidado redobrado. Ela tem que convencer a cliente de que a saúde e o bem-estar do bebê dependem dela, mesmo que depois do parto não exista mais nenhum vínculo entre os dois. Trata-se de uma mulher desesperançada, que não vê uma luz no fim do túnel. Conforme Ávila (1998, p. 57): “É preciso que o profissional encontre o sentido da gravidez para cada pessoa que atende: se a gestação representa um privilégio e ganho ou um sacrifício e perda na vida daquela pessoa para que possa ajudar cada pessoa grávida a crescer e construir um lugar para o filho na sua vida”.

Em uma oportunidade, notou na cliente rispidez na fala. Então observou e perguntou: “Estou te achando muito nervosa, enjoada, raivosa, o que está acontecendo?”.

Gestante, com 34 semanas de gestação, disse estar cansada e sonolenta, pois se deslocava de longe para vir à consulta. Sua moradia não é mais em Maracanaú, mas – como já havia sido acompanhada por essa enfermeira em gestação anterior – decidiu permanecer com ela na presente gestação, embora que para isso tivesse que se sacrificar um pouco.

As enfermeiras dessa unidade do PSF de Maracanaú alertam com veemência a importância do aleitamento materno. A enfermeira Daiane, em particular, enfatiza o preparo do mamilo para a amamentação. Exemplo: “Este mamilo está ótimo, só falta ter mais resistência. Esfregue a toalha no mamilo após o banho, e compre uma esponja vegetal para provocar resistência”.

A enfermeira inspeciona as mamas de uma gestante, daí se desenvolve um diálogo:

Enfermeira: – Deixa eu ver como estão teus seios. Você deu de mamar ao teu bebê?

Cliente: – Não.

Enfermeira: – Não? Você viu como gastou muito? Eu economizei dez reais dando de mamar a minha filha, e só dei outra coisa depois de seis meses. É mais econômico e mais saudável para o teu bebê. Você tem que tentar só dar o peito.

A enfermeira Daiane tenta convencer a cliente de que o leite materno é o melhor para ela e o seu bebê. Presume-se que a situação de vida dessas mulheres, em sua maioria pobres, faz com que a enfermeira tente inculcar tal condição como essencial. Esse tipo de discurso é chamado por Maldonado e Canella (2003, p. 59) de persuasão. “É uma forma de comunicação que utiliza argumentos lógicos e racionais com o objetivo de convencer a pessoa a concordar com o que julgamos melhor para ela”. A ação persuasiva é entendida como a tentativa de induzir alguém através de apelos à razão para que livremente aceite crenças,

atitudes, valores, intenções ou ações advogadas pela pessoa que persuade, sem utilização de atitudes coercitivas ou manipuladoras (ZOBOLI, MARTINS e FORTES, 2001).

Enfermeira Shushunova

A enfermeira Shushunova realiza em média oito consultas de pré-natal, que duram 20 minutos, dedicando a essa atividade o período da manhã das quartas-feiras. Recebe suas clientes chamando-as pelo nome com a seguinte frase: “Bom dia, como você está hoje?”. É prestativa, atenciosa, explicativa e organizada. Demonstra boa vontade, interesse, paciência, vontade de ajudar e educar a cliente, facilmente verificado pela delicadeza no atendimento e fornecimento de informações relevantes para ela. Nesse serviço, realiza: pré-natal, planejamento familiar, prevenção de câncer do colo uterino, puericultura, recebimento de exames e atendimento de queixas ginecológicas, consulta ao hipertenso e ao diabético e visita domiciliar.

As vivências emocionais da cliente são importantes para essa enfermeira. “Tá com medo?”, perguntou. Cliente respondeu: “Pouquinho”, e riu, como que nervosa. No entanto, devido ao tempo, não foi possível à enfermeira explorar pormenorizadamente tal sentimento. Nesse dia, ela tinha mais dezessete gestantes para atender, acúmulo da semana anterior, quando participou de um evento científico. E ainda se encontrava extenuada devido ao fato de vir direto de uma noite de trabalho, sem descanso, no hospital psiquiátrico, onde foi plantonista.

Costuma perguntar sobre os sentimentos da cliente, porém não privilegia um espaço maior na consulta para a reflexão conjunta sobre os sentimentos evidenciados por ela ou descritos pela cliente. Os dois tipos de atendimento, técnico e humanizado, são trabalhados pela enfermeira. Nota-se, contudo, uma predominância do lado técnico. Os detalhes técnicos e orgânicos ganham destaque em sua consulta. Algumas atitudes – como proporcionar descontração e abertura para a exposição de sentimentos, entender os temores da cliente como

algo natural do processo de gravidez e tentar tranquilizá-la sem utilização de falso apoio – condizem com o lado humanizado.

Humanizar para Zoboli, Martins e Fortes (2001, p. 47) significa:

Reconhecer as pessoas que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde como sujeitos de direito; é observar cada pessoa e cada família, em sua singularidade, em suas necessidades específicas, com sua história particular, com seus valores, crenças e desejos, ampliando as possibilidades para que possam exercer sua autonomia.

A enfermeira não impõe seus valores à cliente. Explica da melhor maneira o que acha que seria bom para ela, e muitas vezes enfatiza com veemência o que considera importante. Porém, não disfarça uma postura de reprovação quando acha que a cliente desperdiça certos privilégios. Certa vez presenciei o seguinte diálogo entre enfermeira e cliente com 38 semanas de gestação:

Enfermeira: – Você já foi pra dentista?

Cliente: – Não.

Enfermeira: – Você está fugindo da dentista. Tem gente que está engravidando só para ter dentista, porque só pode ter acesso gestante e criança. Você está abandonando, está dando como abandono.

Na rotina da assistência de pré-natal, a cliente tem o direito ao tratamento odontológico, e encaminhá-la ao dentista é um dever que a enfermeira terá que efetuar no Programa Saúde da Família. Porém, algumas vezes as reações das clientes são de recusa.

Cliente: – Eu tô morrendo de medo de ir para a dentista.

Enfermeira: – Uma mulherona desta com medo de ir para a dentista.

A enfermeira Shushunova esclarece dúvidas que surgem durante a consulta. Pergunta sempre se a cliente tem dúvidas ou se sente algum sintoma orgânico típico do período gestacional e explica como proceder para aliviar certos infortúnios. Gosta de ressaltar o estado do feto, informando sobre sua formação e vida intra-uterina, aliviando a gestante de qualquer pensamento negativo. “O seu bebê está formadinho, com mãozinha, pezinho,

batimentos cardíacos normais, tamanho ideal. O bebê está de cabecinha pra baixo, o comprimento da cabeça está de acordo com a idade”, “Ótimos batimentos cardíacos, a placenta está como se estivesse perto de nascer. Tem rins, fígado, estômago, tem tudo”.

É essencial que o profissional conheça o modo como a gestante se relaciona com seu companheiro, se tem a sua companhia, se vivem bem ou se tem com ele uma relação conflituosa. A mãe solteira, para se sentir protegida e amparada, precisa de atenção especial durante a gravidez por parte dos seus familiares e do profissional de saúde (ÁVILA, 1998). Pensando assim, essa enfermeira privilegia a participação do companheiro na gestação. Por isso, tenta – pelo menos em uma consulta de pré-natal – trazer o companheiro da gestante para acompanhar e receber orientações.

No começo de cada sessão de pré-natal com as clientes, costuma recapitular informações colhidas em consultas anteriores. “Vamos recapitular. Hoje é sua segunda consulta...”, e repassa todos os dados disponíveis no cartão da gestante.

A enfermeira Shushunova entrega às suas clientes a Agenda da Gestante, dizendo-lhes que nessa agenda há textos explicativos sobre cada exame que elas terão que realizar, o que acontece a cada trimestre gestacional, os sinais de trabalho de parto, o aleitamento materno, os direitos da gravidez, o puerpério, o que o profissional de saúde normalmente recomenda. Também mostra-lhes o espaço destinado às anotações de dúvidas.

Ao examinar a cliente, a enfermeira pergunta: “Tá sentindo alguma coisa?”. E, quando ausculta os batimentos cardíofetais, faz questão de dizer: “Está ótima as batidinhas dele”, “O coração tá batendo normal, em 140”. Ela compartilha com a cliente as observações que faz dela. “Você está com um peso ótimo, viu?”, “Aumentou 8Kg, aumento normal”, “Não deu diabetes, tua glicose tá normal”. Essa é uma forma que utiliza para tranquilizar as clientes.

Acompanhe o diálogo abaixo.

Cliente: – Doutora, não tô conseguindo dormir, nem de dia, nem de noite. E não tenho vontade de comer.

Enfermeira: – Tá nervosa, tá, Cláudia? Você e seu marido estão bem? Estão namorando?

Cliente: – Agora não, somos só amigos.

A gestante se queixa da infidelidade do marido, mas relata de forma natural, sem demonstrar rancor.

Cliente: – Ele é de escorpião, doutora.

Com o avançar da consulta, a gestante informa mais uma vez estar sem apetite e com insônia. A enfermeira então lê para a cliente uma folheto explicativo que descreve os motivos da insônia e como se deve agir para evitá-la. Após uma série de perguntas sobre o estado físico da gestante, sem encontrar os motivos para a insônia e a falta de apetite, a enfermeira convence-se de que terá que encaminhá-la ao médico obstetra do Hospital de São Gonçalo do Amarante. Foi-lhe então perguntado durante a consulta: “Você está preocupada com alguma coisa?”. Nesse momento, a gestante abaixou a cabeça e começou a chorar. Disse que, no mês anterior, havia sido roubada na unidade de saúde por uma amiga que, como ela, estava esperando ser consultada. Além disso, um marginal teria entrado em sua casa levando todas as roupas de seu filho de 9 anos de idade, após tê-la ameaçado. A gestante expôs toda a sua angústia e medo, bastando para isso uma simples pergunta. Os motivos para a insônia e a falta de apetite eram de fundo emocional. Após essa verificação, a enfermeira demoveu-se da idéia de mandá-la para o atendimento médico e expôs toda sua solidariedade para com a situação de sua cliente.

O que acabamos de relatar encaixa-se no que afirma Maldonado e Canella (2003, p. 217): “Curiosamente, no raciocínio diagnóstico, predomina o hábito de admitir a existência do fator emocional só após a verificação exaustiva dos fatores orgânicos, como se o

psicológico fosse uma peça secundária dessa engrenagem. Ainda se desvaloriza a profunda interligação do social com o somático e o psíquico”.

Para Ávila (1998), o profissional de saúde deve facilitar a expressão dos sentimentos das clientes por meio de depoimentos, pelo tom de voz, olhar, gestos e postura. Quando as gestantes se queixam, mesmo que aparentemente estejam saudáveis, algum aspecto de sua vida pode estar em desequilíbrio e estar correndo perigo. Por ser uma clientela sensível, são capazes de perceber se o profissional se interessa e capta ou não seus sentimentos, se querem tirá-las da ansiedade em que se encontram, se são capazes de se colocar no lugar delas, dando-lhes segurança, confiança ou esperança nos momentos frágeis.

6.6 As Produções Discursivas das Enfermeiras

O que foi exposto neste trabalho retrata apenas uma visão parcial da realidade. Estudaram-se as ações comunicativas de quatro enfermeiras que atuam junto a uma clientela específica. Foi enfocada a fala de cada uma delas. Notificamos, analisamos e interpretamos os estilos de comunicação, identificamos termos mais utilizados e os repertórios interpretativos de maior força em suas interações com a cliente.

Semelhante ao uso que se faz nas artes, os repertórios compreendem, na abordagem da análise de discurso, um conjunto de elementos aprendidos ao longo do nosso desenvolvimento pessoal e que utilizamos para dar sentido às situações que vivenciamos e para produzirmos discursos (MEDRADO, 1999, p. 268-269).

Na academia, em nossa formação profissional, adquirimos repertórios próprios de nossa condição de enfermeira, devidamente embasados numa atitude técnico-científica. São estruturas cujos sentidos estão cristalizados na linguagem científica hegemônica da saúde. No entanto, na vida profissional, nos deparamos com a realidade social e com toda a riqueza de repertórios interpretativos devidamente construídos pela sociedade e transformados pelo tempo.

Nossa função é então unir esses dois mundos em um só. Fazendo nossas próprias adaptações de termos e expressões técnico-científicas, somos capazes de nos comunicar e nos fazer entender por aqueles que dependem diretamente de nossas ações, independentemente do nível socioeconômico-cultural. Assim como somos capazes de entendê-los com as suas expressões para explicitar suas cosmovisões.

As enfermeiras possuíam maneiras particulares de se comunicar com as clientes, entretanto havia algo em comum entre elas. Seus comentários, questionamentos, silêncios davam a nítida demonstração de que todas estavam engajadas em oferecer não apenas um bom atendimento, mas em proporcionar à cliente um ambiente acolhedor e um espaço de disponibilidade para a escuta.

Cada uma possuía uma característica na comunicação que se destacava. Por exemplo, a enfermeira Nádia, em todas as consultas, com todas as gestantes, repetidas vezes, falava sobre o aleitamento materno, enumerando vantagens e explicando a necessidade do leite para o bebê.

Seus repertórios interpretativos de maior força são aqui exemplificados:

“Toda vez que você vier aqui vou te dar vantagens da amamentação”.

“Não existe leite ruim ou pouco leite, o que existe é se a mãe quer ou não amamentar”.

“Não quero que você se sinta pressionada, porque nós falamos muito da amamentação. Cada gestante escolhe o que quer”.

O uso de diminutivos era freqüente na forma como se referia às gestantes e nas informações transmitidas pela enfermeira Daniele. Seu jeito de falar (tom, timbre e modulação da voz), a expressão facial, a postura corporal, os gestos e a qualidade do olhar e do sorriso exalavam amabilidade.

Os repertórios interpretativos de maior força são assim exemplificados:

“Menininha é uma delícia”.

“Converse com o bebê. É muito importante, porque dá uma sensação de amor mais forte”.

“Não fique preocupada, pense que é um presente de Deus. Foi assim que eu pensei quando saí de casa”.

Ficou evidente que a enfermeira também carrega consigo suas histórias de vida para dentro de seus consultórios. Na relação com a cliente, muitas vezes, as suas vivências e experiências exercem uma influência considerável, como se seus exemplos pudessem se estender para as mulheres que atendem.

Vide o caso da enfermeira Daiane que, em sua gestação, havia sofrido um transtorno alimentar próprio da gravidez e, por conta disso, sofreu um ganho ponderal acima do normal, trazendo dificuldades para o desenvolvimento normal da gestação. Devido a essa experiência, suas gestantes eram exaustivamente comunicadas quanto ao perigo do aumento de peso e alertadas quanto aos hábitos alimentares adequados.

Os repertórios interpretativos de maior força são assim exemplificados:

“Vamos fazer uma dieta, não é um regime, é uma substituição de alimentos”.

“Eu não quero que ela faça um regime, só quero que ela aumente 1Kg por mês”.

“A partir de agora tem que fazer dieta, tem que reduzir certos alimentos. Com o aumento de peso, há uma sobrecarga nos rins e coração”.

“Não é para passar fome, porque eu sei como a gestante tem fome”.

“Gostaria que você verificasse seu peso toda semana. Eu quero que você engorde no máximo 300g por semana”.

Já a enfermeira Shushunova fazia de sua consulta um “ritual”, seguindo uma seqüência que iniciava com a recapitulação de dados fornecidos pela gestante em encontros anteriores. E, quando a gestante trazia consigo o resultado do ultra-som realizado, explicava

de forma didática para a gestante como seu bebê estava fisicamente e sua situação no ventre materno, utilizando termos próprios da realidade da gestante.

Os repertórios interpretativos de maior força são assim exemplificados:

“O seu bebê está formadinho, com mãozinha, pezinho, batimentos cardíacos normais, tamanho ideal. O bebê está de cabecinha pra baixo, o comprimento da cabeça está de acordo com a idade.”

“Ótimos batimentos cardíacos, a placenta está como se estivesse perto de nascer. Tem rins, fígado, estômago, tem tudo.”

Tomando por base o Roteiro de Observação, repertórios significativos emergiram dos discursos das enfermeiras, havendo convergências e similitudes entre elas. Percebe-se, em seus discursos, linguagem acessível e assimilável; identificação de sentimentos; informação e apoio à cliente; atenção à família da paciente; esclarecimento e oferecimento de respostas.

Outros repertórios foram também verificados, porém de forma individualizada, como: não separação dos problemas das clientes em orgânicos e emocionais e a utilização do reassseguramento, no caso da enfermeira Daniele; a persuasão utilizada pela enfermeira Daiane; e a importância dada às vivências emocionais da cliente pela enfermeira Shushunova.

Os repertórios interpretativos das enfermeiras são tão essenciais quanto à sua disposição para compreender os pensamentos e sentimentos da cliente. A assistência integral se baseia no compromisso de utilizar a comunicação como instrumento terapêutico. Sabendo direcionar corretamente os repertórios, adequando-os às situações, o espaço de disponibilidade estará claro, e então a comunicação terapêutica se fará eficaz e efetiva.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atitude comunicativa da enfermeira deve ser de disponibilidade para ouvir a cliente e para se envolver na interação. Pela realização do estudo, tivemos a noção de quão importante é para a enfermeira a união de sua competência técnico-científica com sua capacidade de sintonizar-se com a cliente, percebendo os enlaces emocionais presentes nas pistas verbais e não-verbais da comunicação.

É importante ouvir e observar a paciente com atenção. Sem esses dois elementos, extrairíamos dela apenas dados superficiais. Muitas vezes está estampado no olhar, nos gestos, na respiração da gestante a aflição ou ansiedade que traz consigo – essa percepção necessita mais do que uma simples observação. Com o tempo necessário e o encorajamento, essa cliente esclarecerá os motivos da situação.

O que se pode extrair destas páginas é que, por trás de muitas queixas físicas, pode existir um desconforto emocional, uma preocupação, uma angústia, cujas razões se encontram no dia-a-dia da paciente. Usando as palavras certas, sabendo formular as perguntas, a cliente abre-se para a profissional, principalmente se nela deposita confiança e dela recebe segurança. Muitas vezes, o que ela não consegue extravasar para a família, ela o faz para a profissional.

Saber reconhecer problemas e preocupações é uma responsabilidade da enfermeira, embora não esteja clara essa função em nossa formação acadêmica – aprendemos na prática profissional, na rotina com as clientes. Isso é mais do que necessário, é imprescindível para sermos bem sucedidas na dinâmica interacional formada pelo binômio profissional-cliente. Depois do reconhecimento, as recomendações e sugestões são tarefas a serem cumpridas com muita seriedade.

Uma visão estritamente biológica do processo saúde-doença debilita ainda mais uma relação já relativamente fragilizada pelas diferenças sociais e culturais entre os profissionais e a clientela, tornando-se um empecilho a mais a distanciá-los, a formar uma barreira que dificulta uma transformação da prática assistencial. Reconhecer e aceitar as diferentes formas de ser e pensar de cada pessoa proporciona um clima de segurança e confiança importante nessa relação.

As ações das enfermeiras no Programa Saúde da Família se constituem numa força transformadora, quando tratam o indivíduo como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade e quando tornam efetivo o vínculo profissionais-comunidade e serviços-comunidade. Particularmente no PSF, o conhecimento sobre as condições e o modo de vida da população possibilita a relação desses fatores com o estado de saúde do sujeito.

As enfermeiras do presente estudo respeitavam a autonomia da mulher grávida, permitindo-lhes fazer escolhas e agir de acordo com seus valores e crenças. As enfermeiras estavam imbuídas em informar e esclarecer adequadamente sobre questões que se faziam pertinentes naquele momento e fase de vida da cliente. Porém, as decisões eram livres, ficando nas mãos das gestantes a escolha ou a recusa do que lhe era proposto.

Para o cuidado em saúde, a comunicação é indispensável, porque nesse processo se pergunta, se responde, se escuta e se observa. Essas são formas de comunicação presentes na identificação e no atendimento às necessidades de saúde do indivíduo, pois sem elas não se conheceriam nem se compreenderiam sentimentos e experiências acerca das situações vivenciadas por ele.

Conhecer as capacidades e potencialidades do indivíduo é algo que também se conquista através da comunicação. O profissional ciente dessa informação construirá, juntamente com o indivíduo, as possibilidades de resolução de suas necessidades de saúde, encontrando as soluções mais condizentes com sua realidade. Algumas vezes o indivíduo

precisa modificar algo em suas atitudes, adquirir posturas que o beneficiarão rumo ao bem-estar e saúde, e o profissional dever ser o facilitador na aquisição e desenvolvimento dessas novas posturas.

A forma com se diz algo, as expressões faciais, a postura, o tom de voz, o ritmo da fala são manifestações verbais e não-verbais da comunicação, para as quais se deve estar atento, porque transmitem sentimentos e pensamentos. Isso é válido tanto para o cliente quanto para o profissional, que também precisa estar atento a suas próprias reações na comunicação.

Pudemos presenciar encontros em que tais manifestações eram notificadas pela observação atenta da enfermeira. Em uma delas, a enfermeira se sentiu desconfortável com a rispidez na fala de uma de suas clientes e, em outra, a enfermeira pôde perceber tristeza e angústia na fala da cliente, o que tornava o encontro produtivo no que se refere às percepções das nuances emocionais.

Uma linguagem simples e clara por parte do profissional ajuda na construção do diálogo. Sabendo disso, as enfermeiras do estudo usavam termos reconhecidos pela clientela. Portanto, não tinham dificuldades em estabelecer uma boa interação comunicativa com suas gestantes. Eram termos populares, usados por elas em seu dia-a-dia, na conversa com a vizinha, amigos e familiares, ou eram termos que se destacavam na mídia televisiva, assim, próximas de sua realidade comunicacional.

É um dever da enfermeira expor de maneira compreensível – intelectual, cultural e psicologicamente – as informações à sua clientela. Em nenhum momento, percebeu-se por parte delas a utilização da autoridade profissional para impor atitude ou comportamento adequado à gestante. A conversa transcorria de forma aberta, clara, inteligível, de forma a evitar dúvidas e pontos obscuros à cliente. Pode ser que, em alguns momentos, essas

enfermeiras exerceram a ação persuasiva, mas não houve coerção ou manipulação de fatos ou dados.

Não sabemos quantificar o quanto a presença desta pesquisadora influenciou os comportamentos de cada enfermeira e o quanto inibiu as gestantes de expor fatos de cunho pessoal e íntimo que em outra ocasião seria mais fácil comunicar, pois que não haveria uma “intrusa” na sala. Só sabemos que, em alguns momentos, percebemos retraimento e inibição por parte das gestantes.

O tempo dedicado a cada consulta eram minutos preciosos na vida daquelas gestantes e das próprias enfermeiras, pois sabemos que a gravidez, evento essencialmente fisiológico, provoca profundas alterações físicas e emocionais na mulher. Por isso, é necessário que cada encontro tenha uma duração satisfatória.

A atenção e o cuidado esmerado que as enfermeiras despendiam às suas gestantes tornavam-nas especiais. Isso era algo reconhecido pelas próprias gestantes que faziam questão de comparecer a cada consulta, munidas de um arsenal de solicitações e dúvidas. Muitas vezes, nos deparamos a observar duas amigas conversando e perguntando da vida uma da outra.

O acolhimento também se estendia às famílias e ao companheiro, que – em um bom número de consultas – se faziam presentes, como que se sentindo parte daquela gestação. As enfermeiras incentivavam as gestantes a serem acompanhadas de algum parente ou do próprio companheiro, com uma certa prioridade para este último.

A abordagem dialógica é algo próprio da vivência profissional e emocional dessas enfermeiras em suas ações comunicativas empreendidas nas conversas com as gestantes em cuidado pré-natal. A valorização das experiências compartilhadas, o respeito aos sentimentos e pensamentos, a aceitação da vontade autônoma e da liberdade tornaram efetiva a

humanização da atenção à saúde à gestante no âmbito do Programa Saúde da Família deste estudo.

A gestação é uma história que se passa em nove meses. Ao final dela, uma outra história se inicia. Mas até lá a mulher, personagem principal, sente na pele os infortúnios e as alegrias, convive com a incerteza, regozija-se com a situação, sofre dores, modifica-se por dentro e por fora, transforma-se. Suas forças e fraquezas se alternam, como que à procura do equilíbrio do físico, da mente e do espírito. Às vezes, umas estão mais preparadas enquanto outras mostram-se perdidas ou sem base necessária para agüentar o peso da gestação. Por isso, nós, enfermeiras, precisamos nos dispor a trabalhar com satisfação, competência e solidariedade com a pessoa grávida, como quem participa de suas histórias como uma personagem essencial.

A enfermeira é a profissional, dentre os profissionais de saúde, que melhor se relaciona com as gestantes na assistência pré-natal, mantendo uma relação interpessoal de forma comprometida e eticamente adequada. Apesar dessa constatação, a enfermeira nem sempre é consciente da importância do seu papel social.

Este estudo, embora seja um pequeno recorte da realidade, nos conduz a uma reflexão da prática da enfermeira na consulta de enfermagem, ao mostrar, por meio dos discursos das enfermeiras, a sua postura profissional e o nível de comprometimento com a história da cliente. Para a enfermagem este estudo servirá para que se dê mais atenção aos processos comunicativos na atenção à saúde, pois para compreender o outro é fundamental escutá-lo.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDO, C. H. N. **Armadilhas da Comunicação**. O médico, o paciente e o diálogo. São Paulo: Lemos Editorial, 1996.

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem: um guia passo a passo**, 4. ed., Porto Alegre: Artes Médicas, Sul, 2000.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998. 203p.

ÁVILA, Â. A. de. **Socorro, Doutor! Atrás da barriga tem gente!** São Paulo: Editora Atheneu, 1998.

BECK, C. L. C. A Enfermagem Fazendo a Diferença na Vida dos Pacientes, Através do Relacionamento Interpessoal. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 52-54, jul./dez. 1997.

BECK, C. L. C.; GONZALES, R. M. B.; LEOPARDI, M. T. Detalhamento da Metodologia. In: LEOPARDI, M. T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001. p. 187-209.

BOEMER, M. R.; CORRÊA, A. K. Repensando a relação do enfermeiro com o doente: o resgate da singularidade humana. In: GONZALEZ, R. F.; BRANCO, R. **A Relação com o Paciente: teoria, ensino e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 263-269.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____, Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/ Ministério da Saúde. **Assistência Pré-Natal: manual técnico**. 3. ed., 2000. 66p.

_____, Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **O Programa Saúde da Família e a Atenção Básica no Brasil**. Brasília, DF, 2002. Disponível em http://www.sespa.pa.gov.br/Programas/psf_atbas.pdf, acesso em 14 de março de 2004.

BRUYNE, P. de; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. de. **Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais**: os pólos da prática metodológica. Rio de Janeiro: F. Alves, 1989. 252p.

BUDÓ, M. de L. D. Sensibilidade e Racionalidade na Enfermagem – uma indissociabilidade necessária. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 55-58, jul.-dez. 1997.

BUZZI, A. R. **Introdução ao Pensar**: o ser, o conhecimento, a linguagem. Petrópolis: Vozes, 1997.

CAPELLA, B. B.; LEOPARDI, M. T. O Ser Humano e sua Possibilidade no Processo Terapêutico. In: LEOPARDI, M. T. **Processo de Trabalho em Saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC; (Org) – Ed. Papa-Livros, 1999. p. 85-104.

CARRARO, T. E.; RADÚNZ, V. A Empatia no Relacionamento Terapêutico: um instrumento do cuidado. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 50-52, jul./dez. 1996.

CEARÁ. Conselho Regional de Enfermagem do Ceará – COREN-CE. **Legislação**, 2000.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. De La Ó R. A Educação em Saúde na Prática do PSF. In: BRASIL. **Manual de Enfermagem**. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 34-42.

CHIZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 1995.

DEMO, P. **Pesquisa e Construção do Conhecimento**: metodologia científica no caminho de Habermas. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996. 125 p.

_____. **Conhecimento Moderno**: sobre ética e intervenção do conhecimento. Petrópolis-RJ: Vozes, 1997.

FIGUEIREDO, N. M. A. de; MACHADO, W. C. A. Cuidado: a “natureza viva” do pensar e do fazer. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 377-386 dez. 2001.

FIORIN, J. L. **Linguagem e Ideologia**. São Paulo: Editora Ática, 2001. 88 p.

- FREITAS, M. T. de A. A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. In: **1º Painel Interinstitucional sobre Investigação Qualitativa**. Juiz de Fora: UFJF, ago. 2001.
- GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed., São Paulo: Atlas, 1999. 206p.
- GREY, M. Métodos de Coleta de Dados. In: Lo-BIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. Guanabara-Koogan: Rio de Janeiro, 2001. p. 174-185.
- HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. 4. ed., Porto Alegre: Artmed, 2003. 408p.
- KIMURA, A. F.; MERIGHI, M. A. B. Estudo de Caso. In: MERIGHI, M. A. B.; PRAÇA, N. de S. **Abordagens Teórico- Metodológicas Qualitativas: A Vivência da Mulher no Período Reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p.15-18.
- KOCH, I. V. **O Texto e a Construção dos Sentidos**. 4. ed., São Paulo: Contexto, 2000.
- LEOPARDI, M. T. **Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: NFR/UFSC; Florianópolis: Ed. Papa-Livros, 1999.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.
- MALDONADO, M. T.; CANELLA, P. **Recursos de Relacionamento para Profissionais de Saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2003.
- MARACANAÚ-CE. Re-territorialização em Saúde e Estimativa Rápida Participativa AVISA II. **AVISA – Vigilância à Saúde da Família**. 2001.
- MEDRADO, B. Textos em Cena: a mídia como prática discursiva. In: SPINK, M. J. P. (org.). **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999. P. 243-272.
- MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 4. ed., São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1996. 269 p.
- MORETTO, V. P. **Construtivismo: a produção do conhecimento em aula**. 2. ed., Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

MORIN, E. **Introdução ao Pensamento Complexo**. 2. ed., Lisboa: Instituto Piaget, 1990. 177p.

OLIVEIRA Jr.; BRANCO, R. F. G. y R. Psicossomática: especialidade médica ou entendimento holístico do paciente? In: BRANCO, R. F. G. y R. **A Relação com o Paciente: teoria, ensino e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p.67-71.

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. Campinas, SP: Pontes, 3. Ed., 2001. 100.

RIO DE JANEIRO. Resolução COFEN-159 de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. **Lex: Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) – Rio de Janeiro**. Disponível em <<http://www.portalcofen.gov.br>>. Acesso em 15 de maio de 2003.

RODRIGUES, M. S. P. A Complexidade da Inter-Ação Enfermeira – Enfermo. **Rev. Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 50-52, jan/jun,1997.

SANTO, L. C. do E.; BERNI, N. I. de O. Enfermagem em Obstetrícia. In: FREITAS, F. *et al.* **Rotinas em Obstetrícia**. 4. ed., Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

SANTOS, A. L. G. da S.; BACKES, V. M. S.; VASCONCELOS, M. A. A Assistência Humanizada ao Cliente no Centro Cirúrgico: uma experiência apoiada na teoria humanística de PATERSON & ZDERAD. **Nursing – Revista Técnica de Enfermagem**, São Paulo, nº 48, ano 5, maio, 2002. p. 25-30.

SILVA, M. da G. da. A Consulta de Enfermagem no Contexto da Comunicação Interpessoal – a percepção do cliente. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 27-31, janeiro. 1998.

SOUZA, L. N. A. de.; PADILHA, M. I. C. de S. A Comunicação e o Processo de Trabalho em Enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 11, p. 11-30, jan./abr. 2002.

SPINK, M. J. P. (org.). **Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999. 296p.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VANZIN, A. S.; NERY, M. E. da S. **Consulta de Enfermagem: uma necessidade social?** Porto Alegre: RM&L Gráfica, 1996. 189 p.

VASCONCELOS, E. M. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde – Resolução 196/96. In: _____. **Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 314-332.

VASCONCELLOS, M. J. E. de. **Pensamento Sistêmico: o novo paradigma da ciência.** Campinas, SP: Papirus, 2002. 268 p.

VIEIRA, T. T. **O Processo da Comunicação na Enfermagem.** Salvador, Universidade Federal da Bahia: Centro Editorial e Didático, 1978.

WALDOW, V. R. **Cuidado Humano: O resgate necessário.** Porto Alegre: Sagra Luzzado, 1999.

YIN, R., K. Introdução. In: _____. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 2. ed., Porto Alegre: Bookman, 2001. p. 19-37.

ZERBETTO, S. R.; RODRIGUES, A. R. F. Relacionamento não Diretivo do Enfermeiro com Paciente em Processo de Ressocialização. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, número especial, p. 77-83, maio, 1997.

ZIMMERMANN, A. *et al.* Gestação, Parto e Puerpério. In: EIZIRIK, C. L.; KAPCZINSKI, F.; BASSOLS, A. M. S. **O Ciclo da Vida Humana: uma perspectiva psicodinâmica.** Porto Alegre: Artmed Editora, 2001, p. 29-40.

ZOBOLI, E. L. C. P.; MARTINS, C. L.; FORTES, P. A. de C. O Programa Saúde da Família na Busca da Humanização e da Ética na Atenção à Saúde. In: BRASIL. **Manual de Enfermagem.** Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 47-50.

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE GUATEMALA
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES Y PROYECTOS

ANEXO 01

PERFIL DO PROFISSIONAL

01. Idade: _____

02. Sexo: _____

03. Tempo de formatura: _____

04. Tempo de trabalho com saúde da mulher: _____

05. Tempo de trabalho no serviço: _____

06. Trabalha em outro local: Sim () Não ()

Quais? _____

07. Formação adicional: Sim () Não ()

Especificar o nível: _____

08. Como você é tratado pela instituição em que trabalha?

09. Você acha que o seu salário é condizente com o trabalho que desenvolve?

10. Como você se sente trabalhando nesta instituição? Está realizado(a)?

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DO PROFISSIONAL

- Estrutura e condições do local de trabalho.

- Descrição do ambiente físico do consultório.

- N° de consultas realizadas pelo profissional em um período de trabalho.

- Tempo de duração da consulta.

- Tipo de cumprimento do profissional.

- Postura no atendimento (informal, distante, frio, desorganizado, receptivo, amigo, acessível, afetivo, aconchegante, puramente técnico).

O Profissional:

	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Chama a cliente pelo nome			
Demonstra boa vontade, interesse, paciência, vontade de ajudar e educar a cliente			
Esclarece e oferece respostas à cliente			
Informa e apoia a cliente			
Identifica sentimentos de raiva, medo, ansiedade, alegria, alívio, preocupação etc.			
Abre espaço, facilita e encoraja a expressão de sentimentos pela cliente			
É capaz de compreender e avaliar o que sente a cliente			

Dá importância às vivências emocionais da cliente			
Separa os problemas da cliente em orgânicos e emocionais			
Impõe seus próprios valores à cliente			
Dá atenção à família da cliente			
Conhece o tipo de relacionamento da cliente com seu companheiro e familiares			
Atendimento técnico			
Atendimento humanizado			

ANEXO 02



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

OC, N° 111/04

Fortaleza, 03 de fevereiro de 2004

Protocolo n° 241/03

Pesquisador responsável: Alane Andréa Souza Costa

Dept./Serviço: Departamento de Enfermagem/UFC

Título do Projeto: "O agir comunicativo na consulta de enfermagem"

Levamos ao conhecimento de V. S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução n°196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução n° 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 29 de janeiro de 2004.

Atenciosamente,

Mirian Parente Monteiro

Dr. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC

ANEXO 03

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Cara(o) Sr^a(Sr.):

Sou enfermeira e estou cursando Mestrado em Enfermagem na Universidade Federal do Ceará (UFC). Estou desenvolvendo uma pesquisa com o objetivo de compreender as práticas discursivas da enfermeira na consulta de enfermagem à cliente na assistência pré-natal, com a intenção de contribuir para uma melhor ação comunicativa da enfermeira na consulta à gestante.

Nesse sentido, solicito suas permissões, enfermeira e gestante, para observar o atendimento, bem como para entrevistá-la, enfermeira, sobre a atitude clínica que desenvolve na consulta.

Estará garantido o sigilo de todas as informações referidas pelas participantes, além do direito de aceitar ou não participar do estudo ou deixar de participar deste, a qualquer momento, sem que isso traga algum prejuízo.

Os dados serão apresentados ao curso de Mestrado em Enfermagem e divulgados junto à comunidade acadêmica, respeitando o caráter confidencial das identidades. Ressaltamos a importância de suas participações para a melhoria da assistência prestada à mulher grávida.

No caso de dúvidas ou desistência, estou à sua disposição no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, telefone: 288-8455.

Atenciosamente,

ALANE ANDRÉA SOUZA COSTA
Mestranda em Enfermagem

Eu, _____ RG _____, tendo recebido as informações acima, e ciente de meus direitos acima relacionados, concordo em participar da pesquisa.

Eu, _____ RG _____, tendo recebido as informações acima, e ciente de meus direitos acima relacionados, concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de 2004.

Representante legal

Participante do estudo (Enfermeira)

Participante do estudo (Gestante)

Ass. de quem obteve o Termo
de Consentimento