

COD. ACERVO 13318
R 138256.92/04
R#11,30

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL – UFC/UFMA

CLAUDIA TERESA FRIAS RIOS

AÇÕES EDUCATIVAS NO PRÉ-NATAL:

uma análise crítica e reflexiva sobre a consulta de enfermagem como
um espaço para educação em saúde

7367
1530
2003

Fortaleza – Ceará

2003

CLAUDIA TERESA FRIAS RIOS

AÇÕES EDUCATIVAS NO PRÉ-NATAL:

uma análise crítica e reflexiva sobre a consulta de enfermagem como
um espaço para educação em saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Mestrado Interinstitucional da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos, para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem Comunitária.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Neiva Francenely Cunha Vieira

Fortaleza – Ceará

2003

Rios, Claudia Teresa Frias

Ações educativas no pré-natal: uma análise crítica e reflexiva sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde / Claudia Teresa Frias Rios. — Fortaleza, 2003.

113f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde da Comunidade) – Mestrado Interinstitucional, Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal do Maranhão, 2003. Dissertação orientada pela Prof^ª Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira.

1. Pré-natal – consulta de enfermagem. 2. Educação em saúde. I. Título.

CDU 616-083:618.2-082

CLAUDIA TERESA FRIAS RIOS

AÇÕES EDUCATIVAS NO PRÉ-NATAL:

uma análise crítica e reflexiva sobre a consulta de enfermagem como
um espaço para a educação em saúde

Dissertação vinculada ao Grupo de Pesquisa Família, Ensino, Pesquisa e Extensão (FAMEPE) e à Linha de Pesquisa Enfermagem em Educação, Saúde e Sociedade. Contou com o auxílio da CAPES sob forma de bolsa.

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Neiva Francenely Cunha Vieira (Orientadora)
Presidente
Universidade Federal do Ceará

Profª Drª Raimunda Magalhães da Silva
1ª Examinadora
Universidade Federal do Ceará

Elba Gomide Mochel
Profª Drª Elba Gomide Mochel
2ª Examinadora
Universidade Federal do Maranhão

Sirliane de Sousa Paiva
Profª Drª Sirliane de Sousa Paiva
Suplente
Universidade Federal do Maranhão

CLAUDIA TERESA FRIAS RIOS

AÇÕES EDUCATIVAS NO PRÉ-NATAL:

uma análise crítica e reflexiva sobre a consulta de enfermagem como
um espaço para a educação em saúde

Dissertação vinculada ao Grupo de Pesquisa Família, Ensino, Pesquisa e Extensão (FAMEPE) e à Linha de Pesquisa Enfermagem em Educação, Saúde e Sociedade. Contou com o auxílio da CAPES sob forma de bolsa.

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Neiva Francenely Cunha Vieira (Orientadora)
Presidente
Universidade Federal do Ceará

Profª Drª Raimunda Magalhães da Silva
1ª Examinadora
Universidade Federal do Ceará

Profª Drª Elba Gomide Mochel
2ª Examinadora
Universidade Federal do Maranhão

Profª Drª Sirliane de Sousa Paiva
Suplente
Universidade Federal do Maranhão

Ao meu marido Neto e ao meu filho Kaique
que são o meu tesouro.

AGRADECIMENTOS

Felizmente eu tenho muito a agradecer,

A Deus, pela vida;

À minha querida mãe, Teresinha Frias, por ser uma referência como ser humano, mãe e profissional;

À Professora Doutora Neiva Francenely Cunha Vieira, minha orientadora, que soube encaminhar este trabalho com competência;

Aos meus irmãos, Carlos e Lourdes, pelo carinho e incentivo;

À minha sogra, pelo apoio e amizade;

Às colegas do MINTER, em especial, a minha cunhada e comadre Luzinéa Frias, que me incentivaram e compartilharam comigo dos momentos de saudade, ansiedade e de busca por novos conhecimentos durante os meses de residência em Fortaleza – CE;

À Professora Doutora Elba Gomide Mochel, Coordenadora local do MINTER, pelo apoio e incentivo desde o início desta caminhada;

À mais nova integrante do meu círculo de amizade, Laene Lins, bibliotecária responsável pela normalização desta pesquisa;

À Araci Milhomem pelos prestimosos serviços e apoio logístico;

Às colegas enfermeiras, participantes ativas desta pesquisa;

A todos aqueles, que acreditam e apostam na potencialidade humana.

É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal maneira que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática.

Paulo Freire

RESUMO

Na busca de novos caminhos que melhor refletissem sobre a consulta de enfermagem, como um espaço para a educação em saúde no pré-natal, realizamos um estudo crítico e reflexivo através de uma avaliação qualitativa, onde a participação dos sujeitos envolvidos fosse um fator preponderante. Para tanto, lançou-se mão de um novo paradigma como referencial metodológico, a avaliação emancipatória, que norteou as etapas desta pesquisa: descrição da realidade; crítica da realidade e criação coletiva. Além da observação e da entrevista, a técnica do grupo focal foi a mais importante para a coleta de dados e para a participação das cinco enfermeiras que atuam no ambulatório do Hospital Universitário, local escolhido para a pesquisa. Frente aos resultados encontrados, a ação educativa realizada pela enfermeira durante a consulta do pré-natal caracteriza-se como uma ação rotineira, pouco participativa, com predominância informativa apesar da existência do objetivo e bom propósito de educar, onde questões relacionadas ao modelo assistencial, estrutural e organizacional da Instituição emergiram como obstáculos para a realização da educação em saúde, como tendência libertadora, crítico-social e transformadora. Por meio desse construto metodológico e com base na crítica da realidade, outro ponto relevante desta pesquisa foi a criação coletiva, onde idéias geradoras de mudanças foram apontadas pelas participantes. Essas idéias geradoras apontam para a reorientação do serviço de enfermagem na atenção à gestante do Hospital Universitário; a criação de um ambiente físico adequado para o atendimento da consulta de enfermagem e a participação da gestante em grupos.

Palavras-chave: Consulta de Enfermagem; Pré-natal; Educação em Saúde.

ABSTRACT

In the search of new ways that best thought about the nursing consultation as a space for the education in health in the prenatal, took place a critical and reflexive study through a qualitative evaluation where the participation of the involved subjects went a preponderant factor. For so much it rushed hand of a new paradigm as methodological referential, the evaluation emancipation, that orientated the stages of this research: description of the reality; critic of the reality and collective creation. Besides the observation and of the interview, the technique of the focal group was the most important for the collection of data and for the five nurses' participation that act at the clinic of the Academical Hospital, chosen place for the research. Front to the found results the educational action accomplished by the nurse during the consultation of the prenatal is characterized as an action routine, little share, with informative predominance in spite of the existence of the objective and good purpose of educating, where subjects related to the assistance model, structural and organizational of the Institution they emerged as obstacles for the accomplishment of the education in health as tendency liberty, critical-social and changer. For middle of that methodological construction and with base in the critic of the reality, other relevant point of this research was the collective creation, where you idealize generating of changes they were pointed for the participants. Those generating ideas appear for the reorientation of the nursing service in the attention to the pregnant woman of the Academical Hospital; the creation of an appropriate physical atmosphere for the service of the nursing consultation and the pregnant woman's participation in groups.

Keywords: Consultation of Nursing; Prenatal; Education in Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENFO	-	Associação Brasileira de Enfermeiras Obstétricas
ABO-Rh	-	Sistema de Tipagem Sanguínea ABO-Rhesus
Anti-HIV	-	Anti-Human Immunodeficiency Virus
CNS	-	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	-	Conselho Federal de Enfermagem
DST's	-	Doenças Sexualmente Transmissíveis
Hb/Ht	-	Hemoglobina/Hematócrito
HU	-	Hospital Universitário
HUUMI	-	Hospital Unidade Materno Infantil
HUUPD	-	Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra
MS	-	Ministério da Saúde
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
OPAS	-	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	-	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	-	Programa do Pré-natal e Nascimento
PMI	-	Programa Materno-Infantil
PSF	-	Programa Saúde da Família
PUC	-	Pontifícia Universidade Católica
SAME	-	Serviço de Atendimento Médico
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TIG	-	Teste Imunológico de Gravidez
UFMA	-	Universidade Federal do Maranhão
VDRL	-	Veneral Disease Reaction Lipidic

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	9
1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Objetivos	19
1.1.1 Geral.....	19
1.1.2 Específicos	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 Programas de Assistência à Saúde da Mulher e a inserção da Enfermeira	20
2.2 Contextualizando o pré-natal como um espaço para as ações educativas.....	25
2.3 A(o) Enfermeira(o) e as ações educativas no pré-natal	31
3 ASPECTOS METODOLÓGICOS	39
3.1 Apresentando o referencial teórico-metodológico	39
3.2 Apresentando a trilha metodológica	46
3.2.1 Descrição dos encontros do grupo focal	48
4 TRANSFORMAÇÃO DO NOVO PARADIGMA EM ATO.....	53
4.1 Descrição da realidade.....	53
4.2 Crítica da realidade.....	65
4.2.1 Gerar consciência da gestante ao acesso à consulta de enfermagem como direito de cidadania e ao reconhecimento profissional.....	67
4.2.2 Promoção de trabalho em equipe nos serviços; referência e contra-referência	69
4.2.3 Otimização do espaço físico e tempo para o atendimento adequado pelas enfermeiras	72
4.2.4 Acesso da gestante à informação acerca do fluxo de atendimento pré-natal.....	73
4.2.5 Aprofundar a compreensão da educação em saúde como recurso gerador de mudança individual e coletiva por meio de uma consciência social e sanitária	74
4.3 Criação coletiva	82
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICES.....	99
ANEXOS	105

1 INTRODUÇÃO

Inicialmente como aluna do curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica e mais tarde, como professora da disciplina Enfermagem Obstétrica e Ginecológica do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, temos desenvolvido atividades junto às mulheres, principalmente gestantes, e nos interessado cada vez mais pelo trabalho dirigido a essa clientela.

Com essa proposição, acompanhamos a implantação de Programas e Projetos do Ministério da Saúde na área da saúde da mulher, os quais têm tido como objetivo assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério.

Uma proposta de atenção que até hoje, é referência nas políticas públicas na área de saúde da mulher, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) lançado no início dos anos 80, deu ênfase aos cuidados básicos de saúde e destacou a importância das ações educativas no atendimento à mulher, trazendo assim, a marca diferencial em relação a outros programas.

Desse modo, segundo Penna, Progiante e Correa (1999) a dimensão educativa é, sem dúvida, um dos aspectos mais inovadores do PAISM, pois objetiva contribuir com o acréscimo de informações que as mulheres possuem sobre seu corpo e valorizar suas experiências de vida.

Como um dos componentes das ações básicas de saúde, a ação educativa deve ser desenvolvida por todos os profissionais que integram a equipe da unidade de saúde, estar inserida em todas as atividades e deve ocorrer em todo e qualquer contato entre profissional de saúde e a clientela, com o objetivo de levar a população a refletir sobre a saúde, adotar práticas para sua melhoria ou manutenção

e realizar mudanças, novos hábitos para a solução de seus problemas (BRASIL, 1984).

A educação em saúde, como um dos pilares da concepção de *promoção da saúde*, deve promover o senso de identidade, autonomia e responsabilidade dos indivíduos, bem como a solidariedade e a responsabilidade comunitárias.

Portanto, no atendimento à mulher não pode ser diferente, A enfermeira deve ser um instrumento para que a cliente adquira autonomia no agir, aumentando a capacidade de enfrentar situações de estresse, de crise e decida sobre a vida e a saúde. E um dos momentos na vida dessa mulher, em que ela vivencia uma gama de sentimentos é durante a gravidez que, se desejada, traz alegria, se não esperada pode gerar surpresa, tristeza e, até mesmo, negação. Ansiedade e dúvidas com relação às modificações pelas quais vai passar, sobre como está se desenvolvendo a criança, medo do parto, de não poder amamentar, entre outros, são também sentimentos comuns presentes na gestante.

➤ A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser melhor orientada para que possa viver o parto de forma positiva e feliz, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação.

Segundo Zampiere (2001), o principal objetivo do atendimento à mulher no pré-natal, é o acolhimento, desde o início da gravidez, valorizando as queixas, os medos, as dúvidas e necessidades de conhecimentos sobre gravidez e corpo, num movimento que deve levar a gestante a se fortalecer e conduzir com autonomia a sua gravidez e parto.

O período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, é um momento de intenso aprendizado e

uma oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolverem a educação como dimensão do processo de cuidar (SANCOVSK, 1994).

Considerando a educação como um processo construtivo do indivíduo, uma prática social e nesse aspecto não se resume em uma única forma e modelo e tão pouco a um único espaço é que Nunes (1997) ressalta:

Educar é produzir o conhecimento do homem, construir sua identidade ontológica, social, cultural, étnica e produtiva. A educação é o campo da ação humana e conseqüentemente toda sociedade ou qualquer grupo social é uma agência educadora (NUNES, 1997, p. 30).

Apesar do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) ter sido implantado há vários anos, a nossa experiência de campo, como docente, tem testemunhado que a ação educativa no atendimento à mulher não vem sendo uma prática de todos os membros da equipe de saúde na realidade das Unidades de Saúde de São Luís – MA, pois, freqüentemente é a enfermeira a responsável por essas ações.

Para Dilly e Jesus (1995), a formação da(o) enfermeira(o) favorece o exercício da função de educador, sendo comum os outros profissionais de saúde como médicos, assistentes sociais, psicólogos serem convidados pela enfermeira para realizarem práticas educativas, como forma de envolvê-los no desenvolvimento dessa atividade.

Provavelmente por ser a(o) enfermeira(o) o membro da equipe que mais tempo permanece nas Unidades de Saúde, surgem muitas oportunidades de transmitir informações aos clientes. São inúmeras as ocasiões, nas quais a enfermeira poderá sensibilizar as pessoas sobre questões de saúde, tanto de interesse mais geral/coletivo como no particular/individual, bem como para orientações sobre o autocuidado.

Smeltzer e Bare (1994) afirmam que, seja no âmbito ambulatorial ou hospitalar, existem inúmeras oportunidades para que a educação do paciente, seja ela formal ou informal, aconteça. Essa educação é, segundo esses autores, uma necessidade, um direito e um dever das pessoas envolvidas.

✦ Durante a nossa trajetória profissional ao desempenhar atividades assistenciais e posteriormente de docência, levando os alunos aos campos de práticas, pude encontrar enfermeiras que realizavam ações educativas respeitando o modo de vida, os hábitos, a cultura e os referenciais das gestantes dentro de pressupostos participativos, mas, também, pudemos ver enfermeiras passando informações sem considerar o saber e as necessidades dessas mulheres e ditando as condutas a serem seguidas.

✦ Essa dualidade entre educação e informação no desenvolvimento das ações educativas também foi percebida pelas autoras Kohlrausch e Rosa (1999) e descrita no trabalho sobre os modelos assistenciais e tendências pedagógicas em saúde. Elas constataram essa dualidade nas unidades de internação, nas consultas de enfermagem e até mesmo na saúde coletiva, na qual o saber popular e as necessidades da comunidade são essenciais para a construção das práticas de enfermagem e suas ações educativas.

Dessa maneira, como foi dito anteriormente, as oportunidades para o ato de educar estão muito presentes em nosso cotidiano. As ações educativas são inerentes ao nosso trabalho, mas percebe-se que as abordagens utilizadas para que elas ocorram constituem-se numa opção pessoal, nem sempre consciente e raramente pautada em uma teoria pedagógica (KOHLRAUSCH e ROSA, 1999).

✦ Sobre o pré-natal, o Ministério da Saúde (2000) estabelece que logo após o resultado positivo do Teste Imunológico de Gravidez (TIG), a gestante deverá

iniciar o acompanhamento no qual serão adotadas ações de natureza clínica e educativa com o objetivo de oferecer à mulher, a possibilidade de vivenciar a experiência da gravidez, parto e nascimento. O calendário de atendimento será programado em função da idade gestacional na primeira consulta.

Durante a primeira consulta do pré-natal, vários dados da gestante são levantados, exames laboratoriais são solicitados, exames físicos (geral e específico) são feitos e várias informações são dadas. Nas subseqüentes, o desdobramento das consultas dependerá das conclusões evidenciadas na primeira, principalmente, no que se refere ao controle de ganho de peso e das cifras tensionais (BURROUGHS, 1995). Na continuidade da assistência pré-natal, é muito importante manter a cliente motivada para atenção à saúde de forma que ela participe e continue o acompanhamento pré-natal. Essa participação e regularidade na freqüência do atendimento são importantes dado que, além do seu início ser o mais precoce possível, assegurará a cobertura recomendada de, no mínimo, seis consultas no pré-natal de baixo risco, ao mesmo tempo em que identificará precocemente possíveis agravos e promoverá prontas intervenções (BRASIL, 2000).

Para Sancovsk (1994), além da motivação para o cuidado da saúde, o contexto da consulta deve estimular a presença e a participação do companheiro sempre que possível, para que o casal receba em conjunto as orientações. O mesmo autor recomenda ainda, que mesmo respeitando todo o roteiro da consulta (anamnese, exames físicos, solicitação de exames subsidiários), o profissional não deve menosprezar as queixas ou sintomas referidos pelas gestantes por alegação de que gravidez não é doença. Deve ouvi-las e transmitir sistematicamente a elas informações sobre o andamento de sua gravidez, o desenvolvimento do feto e outras de natureza as mais diversas, permitindo que a gravidez transcorra tranqüila.

Discutir, por exemplo, a respeito do desencadeamento do parto, da forma como este fenômeno ocorre, dos tipos de parto ou da amamentação, de maneira que a gestante acompanhe os passos deste processo, não somente como espectadora, mas como protagonista atuante.

Essas temáticas levantadas pelo autor são também, apontadas no manual técnico de assistência pré-natal do Ministério da Saúde, como sendo questões que deverão estar presentes no trabalho educativo.

Concordamos que todos esses aspectos acima levantados, são extremamente importantes para serem trabalhados durante o pré-natal, porém entendendo que a educação é um componente da assistência que pode viabilizar a capacitação dos indivíduos em sua autonomia para que conquistem melhores condições de vida e, portanto, percebendo a complexidade da educação em saúde como um processo e não apenas como uma transmissão de conhecimentos, parecemos que em relação à gestante, o processo educativo está sendo caracterizado como modelo de educação bancária (FREIRE, 1987), onde o educador deposita as informações que acha importante sem oferecer oportunidade de reflexão e participação.

Aparentemente, está havendo uma falha nas ações educativas durante o pré-natal, pois parece paradoxal que a mulher, ao passar por uma gestação sem complicação e freqüentando o pré-natal, chegue ao último mês, demonstrando falta de conhecimento sobre alterações advindas da gravidez e despreparo para vivenciar o parto (VIDOTTI, 2000).

Vários trabalhos sobre a importância do pré-natal ou, especificamente, sobre as ações educativas no pré-natal, mostram em seus resultados que mesmo tendo realizado as consultas, as gestantes demonstram insatisfação com relação às

orientações sobre parto, puerpério e cuidados com os recém-nascidos (NASCIMENTO e SANTOS, 1997; ARAÚJO, 1999; PEREIRA 2002).

Para ilustrar a ausência ou limitada assistência na ação educativa junta às gestantes, Marconi (1997) ao fazer um relato no que diz respeito aos sentimentos das gestantes diante da assistência pré-natal, identificou a existência de medos e preocupações, que refletiram o estado de insegurança proveniente, provavelmente, de insuficientes orientações relacionadas com o trabalho de parto.

Uma das razões que podem ser geradoras de desinformação das gestantes durante o pré-natal é a necessidade de capacitação e/ou envolvimento dos profissionais de saúde nas atividades educativas (FERNANDES, 1999).

Araújo (1999) conclui que os profissionais do Centro de Saúde escolhido para o seu estudo, necessitavam ampliar a sua forma de cuidar através da educação para a saúde, visando não só a promoção da saúde das gestantes por ele atendidas, mas, também, envidar esforços no sentido de aprender a cuidar melhor da saúde dos seus filhos.

Vidotti (2000) relata que as gestantes possuem conhecimentos fragmentados e incompletos, acerca do processo de gestação e parto, e manifestam interesse em serem melhor esclarecidas sobre o ciclo grávido-puerperal.

O desconhecimento por parte das gestantes sobre os sinais de verdadeiro trabalho de parto, acarreta "*idas e vindas*" desnecessárias à maternidade, o que aumentam os medos e ansiedades inerentes principalmente, ao início do trabalho de parto, além do gasto de recurso financeiro por parte da gestante e/ou seus familiares (NASCIMENTO e SANTOS, 1997).

Na pesquisa realizada por Pereira (2002) em uma maternidade de São Luís, capital do Maranhão, das puérperas que haviam realizado seis ou mais

consultas durante o pré-natal, 63% delas relataram ter tido “algumas” orientações sobre o parto e 37% negaram ter recebido qualquer tipo de informação.

Estes resultados reforçam a nossa preocupação no que diz respeito à forma com que as ações educativas na consulta do pré-natal estão sendo realizadas pelas enfermeiras que atuam na Instituição escolhida para a realização deste estudo, ou seja, um Hospital Universitário (HU).

Para Penna, Proganti e Correa (1999, p. 386) a(o) enfermeira(o) deve desenvolver suas atividades baseadas em práticas educativas, que não exclua o modelo tradicional (modelo biomédico), mas supere-o, associando a ele práticas assistenciais/ educativas que valorizem realmente o saber popular, as reais necessidades da cliente, a fim de que sejam assistidas de forma integral, valorizando seu corpo e não somente examinando-o, relativizando assim o poder do profissional através do saber.

A partir dessas considerações, voltamos o nosso olhar às ações educativas realizadas pela(o) enfermeira(o) no pré-natal, entendendo que estas ações devam envolver o processo de aprendizagem como fortalecimento das gestantes no cuidado da sua saúde.

O processo educativo baseado na concepção pedagógica de Freire, ressalta que somente o diálogo gera um pensar crítico. “Não há o diálogo verdadeiro se não há nos sujeitos um pensar verdadeiro” (FREIRE, 1987, p. 97).

Nessa perspectiva, é que pretendemos realizar uma análise crítica e reflexiva da consulta de enfermagem no pré-natal, como um espaço para as ações educativas desenvolvidas pela(o) enfermeira(o), contando para isso com a participação dessa(e) profissional. Sendo o objeto desta pesquisa a educação em

saúde como ação da(o) enfermeira(o) na consulta pré-natal, partindo-se de uma compreensão da realidade do trabalho, reflexão e crítica para a construção coletiva.

Questionamos então como são desenvolvidas as ações educativas pelas(os) enfermeiras(os) na consulta do pré-natal? Como a(o) enfermeira(o) percebe a sua atuação no pré-natal como educadora em saúde? Qual a sua implicação para a promoção da saúde da gestante?

Diante do exposto, assinalamos que a relevância deste estudo está no escopo de poder contribuir para a melhoria da assistência de enfermagem no pré-natal, ratificando a importância das ações educativas para satisfazer as necessidades da gestante que procura o serviço e a importância do referencial teórico sobre o processo de ensino-aprendizagem.

Enfatizamos, pois, que a conquista da saúde não se dê somente pelo tratamento, cura de doenças e ações basicamente assistencialistas, mas também, através de um trabalho informativo e formativo capaz de contribuir para que as mulheres como cidadãs que são, possam lutar pelo seu efetivo direito à saúde e pleno gozo da sua cidadania.

1.1 Objetivos

1.1.1 Geral

Analisar crítica e reflexivamente as ações educativas desenvolvidas pela(o) enfermeira(o) durante a consulta do pré-natal.

1.1.2 Específicos

- Descrever as condições de trabalho das enfermeiras na consulta de enfermagem e sua implicação para a promoção da saúde da gestante;
- Examinar a percepção das enfermeiras sobre a sua atuação como educadora em saúde e agente de mudança;
- Identificar idéias geradoras a partir da discussão coletiva das participantes deste estudo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A partir desta sessão, pretendo indicar com base na literatura as idéias/conceitos iniciais que irão proporcionar um suporte teórico para o desenvolvimento do presente estudo que está assim estruturado:

2.1 Programas de Assistência à Saúde da Mulher e a inserção da Enfermeira;

2.2 Contextualizando o pré-natal como um espaço para as ações educativas;

2.3 A enfermeira e as ações educativas no pré-natal.

2.1 Programas de Assistência à Saúde da Mulher e a inserção da Enfermeira

Durante várias décadas, as políticas de saúde da mulher no Brasil, deram enfoque exclusivo ao atendimento das demandas decorrentes da gestação e do parto, direcionando a atenção ao processo reprodutivo.

Até o final da década de 70, quando se pensava em saúde da mulher, imediatamente associava-se tal expressão aos problemas de saúde das mulheres grávidas, onde o principal interesse recaía na proteção da saúde do feto (LEÃO; MARINHO, 2002, p. 31).

Nesse período, observava-se o poder hegemônico do profissional médico na política de saúde do País, em detrimento dos demais profissionais de saúde. No entanto, com a inserção da enfermagem no Programa Materno-Infantil (PMI) em 1975, foi atribuída à enfermeira a responsabilidade pela maioria das consultas de

pré-natal, em que a consulta de enfermagem aparecia como um instrumento individual de atenção à gestante (SEPÚLVEDA, 2002).

O Programa de Saúde materno-Infantil se constituiu como um documento normativo, elaborado pela então Coordenação de Proteção Materno-infantil da Secretaria de Assistência Médica do Ministério da Saúde. Este documento, encaminhado às Secretarias Estaduais, continha delineamentos gerais sobre a Proteção e Assistência Materno-Infantil, englobando os cuidados ao período pré-concepcional, ao pré-natal, parto e puerpério (FERREIRA, 1997).

A partir da década de 80, cresce nacionalmente o sentimento de democratização com organizações de movimentos sociais, como o movimento feminista. Foi através deste movimento e do processo de abertura política que as mulheres passaram a reivindicar o direito à educação, condições dignas de trabalho, saúde e o direito ao controle do próprio corpo, da sua sexualidade, de sua fecundidade. Assim, cresce, também, no País o interesse pelo tema "Saúde da Mulher", sendo abordado não apenas nos espaços acadêmicos, mas na maioria dos movimentos sociais organizados.

Em decorrência desse processo de mobilização social, feministas e profissionais da saúde iniciaram, em parceria com o Ministério da Saúde a elaboração de propostas de atendimento à mulher que garantissem o respeito a seus direitos de cidadania, o que resultou na estruturação das bases fundamentais do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (TYRELL, 1995).

Assim, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) surge, então, no cenário das Políticas de Saúde nesse período de transição democrática do País, no ano 1984, apontando como metas a ampliação dos problemas a serem tratados pelo setor, a recuperação da função educativa dos

serviços e a adoção de uma nova perspectiva de atenção a cada mulher, situando-a em seu contexto social (BRASIL, 2002).

Logo após, começaram a ser distribuídos às Secretarias de Saúde dos Estados, documentos técnicos que nortearam as chamadas “ações básicas de assistência integral à saúde da mulher”, englobando planejamento familiar, o pré-natal de baixo risco, prevenção de câncer cérvico-uterino e de mamas, as doenças sexualmente transmissíveis, a assistência ao parto e ao puerpério. Posteriormente, foram sugeridas ações relacionadas à sexualidade na adolescência e à mulher da terceira idade, sendo, então, ampliadas as possibilidades de ação dos serviços de saúde voltadas, não só para o binômio mãe-filho nem restrita ao corpo biológico, mas a uma outra mulher: sujeito da sua própria história (FERREIRA, 1996).

Com o PAISM, assuntos como parto, aborto, concepção, contracepção, doenças sexualmente transmissíveis (DST's), câncer ginecológico, esterilização e assistência ao recém-nascido passam a ser percebidos como interligados na atenção básica integrando a ação preventiva na assistência clínica global. Deste modo, a noção de direito foi ampliada para além da saúde, mas sem desconsiderar a necessidade desta. Do ponto de vista operacional, o que se preconiza é a oferta de ações educativas que capacitem à mulher o conhecimento do corpo. Tais ações devem preferencialmente ser realizadas através de metodologias participativas, garantindo assim, que o conhecimento que as mulheres já possuem possa ser intercambiado dentro dos grupos formados nos serviços de saúde. É necessário, portanto, que seja atribuída uma prioridade às ações educativas na assistência à mulher nesta dimensão (Penna, Progianti e Correa, 1999).

Outro fato importante que se ressalta com a implantação do PAISM, é o estímulo à participação da(o) enfermeira(o) nas ações de saúde da mulher,

especialmente, na assistência pré-natal.

Com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), entre 1985 e 1995, a categoria dos enfermeiros introduz em sua prática novos conceitos e diretrizes sobre a assistência de enfermagem à mãe e a criança, como a caracterização do papel da enfermeira, uma melhor especificação de suas funções e definições mais concretas quanto à prática da consulta e à prática da execução do parto e dos cuidados ao recém-nascido pela enfermeira (SÉPULVEDA, 2000).

Outros importantes investimentos vêm sendo feitos pelo Ministério da Saúde, no sentido de promover a melhoria da qualidade e do acesso da assistência à mulher como, segundo Rehen (1999), a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) onde as equipes de saúde que nele atuam devem, entre outras atividades, assegurar a captação e encaminhamento precoce das gestantes ao serviço de pré-natal. O mesmo autor relata, ainda, que o número de consultas realizadas no pré-natal pelo SUS, quadruplicou nos últimos cinco anos, passando de 1,8 milhões em 1994, para 7,6 milhões de consultas em 1998.

Outra ênfase importante para a área da saúde da mulher ocorreu, ainda, em 1994, após a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento realizada no Cairo, onde o conceito de saúde reprodutiva evoluiu e os indicadores de saúde relativos à morbidade, mortalidade e ao bem-estar da população feminina ganharam enfoque igualmente prioritário. Esse conceito lança novo olhar sobre a saúde das mulheres, ampliando as questões de cidadania, para além da maternidade (BRASIL, 2000).

Em 1999, com o objetivo de fazer o balanço das ações governamentais na área de saúde materna e perinatal deste ano e estabelecer novas propostas,

ocorreu em Brasília o Seminário Nacional de "Assistência Obstétrica no Brasil: desafios e estratégias para a ação". Como sugestão para o pré-natal foram apresentados os seguintes pontos considerados de maior relevância:

- Prestação da atenção integral á gestante;
- Capacitação dos gestores sobre a saúde integral da mulher;
- Criar e agilizar centrais de leito;
- Criar sistemas de avaliação e qualidade sobre o pré-natal;
- Elaborar protocolos de atendimento;
- Tornar as consultas pré-natais realizadas por enfermeiras, procedimentos faturáveis e notificáveis.

Após a realização desse seminário, surgiu a mais nova estratégia do Ministério da Saúde para promover a saúde da mulher, denominado Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído em junho de 2000, através da Portaria n.º 569/MS. Um dos principais aspectos do Programa é o resgate da importância da gestação, parto e puerpério, para a mulher, o pai, o bebê e a família. Nesse contexto, esse Programa se propõe a uma atenção integral, levando-se em conta os aspectos físicos, emocionais, sociais, sexuais e afetivos que intervêm neste processo (BRASIL, 2002).

O referido Programa tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a implantação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal, bem como a organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os serviços que aderirem ao Programa terão que realizar os seguintes procedimentos considerados mínimos para o acompanhamento pré-natal:

- Realizar a 1.^a consulta pré-natal até o 4.^o mês da gestação;
- Realizar, no mínimo, seis consultas durante o pré-natal, sendo preferencialmente, uma no 1.^o trimestre, duas no 2.^o e três no 3.^o trimestre da gestação;
- Realizar uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento;
- Realizar os exames laboratoriais mínimos (ABO-Rh, VDRL, um na primeira consulta e outro na 30.^a semana da gestação, urina (elementos normais e sedimentos), glicemia em jejum, na primeira consulta e outro na 30.^a semana da gestação, Hb/Ht e testagem anti-HIV, naqueles municípios com população acima de 50.000 hab.);
- Aplicação de vacina antitetânica;
- **Realização de atividades educativas;**
- Classificação de risco gestacional e,
- Garantir referência à gestação de alto risco.

2.2 Contextualizando o pré-natal como um espaço para as ações educativas

O pré-natal compreende um conjunto de atividades, cuja finalidade é identificar, o mais precocemente possível, riscos para o feto e para a mãe, favorecendo a implementação de uma assistência eficaz. É uma prática de impacto significativo na saúde de mães e de recém-nascidos. A ausência do pré-natal ou a inadequação deste, traz como conseqüências maior número de complicações, morbidade e/ou mortalidade materna e/ou fetal.

Na assistência ao pré-natal, as gestantes constituem o foco principal desse processo, porém não se pode deixar de atuar também entre os companheiros

e familiares. É necessário que o setor saúde esteja aberto para as mudanças sociais e cumpra de maneira mais ampla o seu papel de educador e promotor da saúde. De acordo com Paiva, Moron e Albuquerque (1992), a assistência deve ser dada por uma equipe multiprofissional, na qual o enfermeiro tem um papel preponderante.

O processo de aprendizagem na área da saúde deve se basear no entendimento de que a realidade de saúde das pessoas é dinâmica, mutável e pode ser melhorada. A própria população pode fazer muito por si mesma, desde que conte com os conhecimentos, a compreensão e a motivação necessários para refletir sobre a saúde, adotar práticas para sua melhoria ou manutenção, propor e realizar mudanças para a solução de seus problemas (BRASIL, 1984).

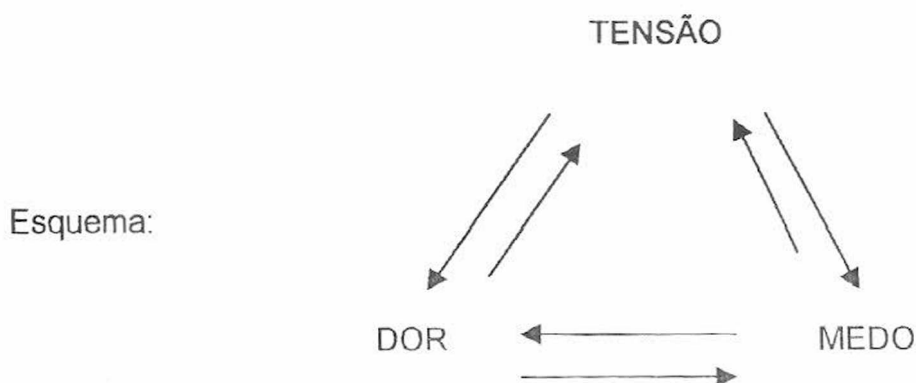
Sendo o pré-natal um espaço adequado para que a mulher prepare-se para viver o parto de forma positiva, integradora, enriquecedora e feliz, entendemos que o processo educativo é fundamental não só para a aquisição de conhecimentos sobre o processo de gestar e parir, mas também para o seu fortalecimento como ser e cidadã.

Considerando o pré-natal e nascimento como momentos únicos para cada mulher e uma experiência especial no universo feminino, os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério.

A carência de informações, ou informações inadequadas sobre o parto, o medo do desconhecido, bem como os cuidados a serem prestados ao recém-nascido nos primeiros dias, são, na nossa prática diária como enfermeira de unidade materno infantil, os fatores mais comuns de tensão da gestante, que influenciam negativamente durante todo o processo. Isso caracteriza muitas vezes no momento do parto, a clássica tríade de Read, médico inglês que, a partir dos trabalhos de

Pavlov, iniciou o método psicoprofilático do parto (MALDONADO, 1984).

Como podemos ver pelo esquema apresentado a seguir: a tensão aumenta o medo, que aumenta a tensão e dor formando um círculo vicioso que precisa ser rompido durante a gestação.



Esse "círculo" vicioso prejudica o processo fisiológico do parto normal, podendo levar à complicações múltiplas. Já é comprovado cientificamente que o apoio emocional de um(a) acompanhante é eficaz para que a parturiente possa "suportar" a dor e a tensão. Para isso o(a) acompanhante necessitará dos profissionais de saúde para orientá-lo sobre como poderá conduzir na prática, a ajuda à parturiente, sendo que essa orientação deverá se iniciar ainda no pré-natal, quando se torna necessário realizar sessões em grupos, nas quais a própria gestante e familiares possam encarar a gravidez e o parto de forma positiva (BRASIL, 2001).

A presença do acompanhante durante o trabalho de parto e o parto, não é uma prática de rotina em todas as Instituições, porém esse quadro vem se alterando em função de ser estimulada a tendência nacional e internacional de se implantar esta prática em relação ao parto normal, considerada como útil pelas evidências científicas, como ressaltam Saito e Gualda (2003).

Canella (1989) já ressaltava a importância do trabalho de orientação de gestantes em grupos, onde as mulheres podem descobrir que vivenciam experiências e sensações semelhantes, que antes imaginavam que ninguém mais sentia.

Santos e Custódio (1997) em seu relato de experiência sobre o trabalho desenvolvido na Maternidade do HU de Santa Catarina, intitulado Encontro de Gestantes do Terceiro Trimestre, ressaltam a importância do trabalho em grupo com gestantes, aberto para a participação de seus parceiros, momento em que elas podem expressar suas dúvidas e ansiedades inerentes à gravidez, parto, cuidados com o recém-nascido, aleitamento materno, entre outros temas, contribuindo, assim, para que as gestantes vivenciem de forma mais tranquila os últimos meses da gravidez, o momento da internação e todo o processo do nascimento, além de estimular a participação do acompanhante.

A importância de programas educativos no pré-natal também é valorizada por Maldonato (1984), Pamplona (1990), Moura (1997), Bonadio et al. (1997), Alonso (1999), Cruz (2000) e muitos outros, como por exemplo, Freitas (1999) que trabalhou com 31 primíparas que haviam participado, quando gestantes, de um programa educativo fundamentado em um modelo de educação para adultos.

Tais resultados nos permitiram aceitar a hipótese de estudo, ou seja, as gestantes que participaram da intervenção educativa fundamentada em um modelo de educação de adultos, apresentaram quando puérperas menor número de problemas relativo ao parto, ao auto-cuidado, cuidados com o recém-nascido e aleitamento materno, quando comparadas àquelas que não participaram da referida intervenção (FREITAS, 1999, p. 172).

Outra recomendação para minimizar a tensão do parto é a de apresentar as instalações do parto às grávidas durante a gestação. As gestantes que realizarem visitas ao local de parto, por ocasião dos cursos de orientação ou da consulta de

rotina no pré-natal, reduzirão sensivelmente sua insegurança no ato da internação.

É de competência da equipe de saúde acolher a gestante e a família, desde o primeiro contato com a unidade de saúde. O termo acolhimento deve ser considerado na abordagem da grávida como o significado que a gestação tem para ela e sua família, uma vez que é nessa fase que se inicia o desenvolvimento do vínculo afetivo com o novo ser (OLIVEIRA e ZAMPIERI, 2001; e SAITO; GUALDA, 2003).

Neste sentido, devem ser valorizadas as emoções, os sentimentos e as histórias relatadas pela mulher e seu parceiro de forma a individualizar e a contextualizar a assistência pré-natal. Para tanto, as autoras Oliveira e Zampieri, (2001) e Saito e Gualda (2003) recomendam utilizar estratégias, como a escuta aberta, sem julgamento e preconceitos e o diálogo franco, permitindo à mulher falar de suas dúvidas e necessidades, possibilitando, assim, o estabelecimento e fortalecimento do vínculo profissional-cliente.

Saito e Gualda (2003) ao investigarem os sentimentos vivenciados por mulheres durante o parto em função das informações recebidas durante a gestação, onde o medo foi o sentimento predominante, concluem:

Evidencia-se a urgência em repensar o atual modelo de assistência obstétrica e a importância do acompanhamento pré-natal. A assistência deve propiciar à mulher, aos familiares e aos profissionais de saúde, a troca de experiências e expectativas quanto às vivências futuras, inclusive durante o trabalho de parto e o parto (SAITO; GUALDA, 2003, p. 34).

O processo educativo nesse espaço do pré-natal, deve seguir as orientações de Freire (1987), ou seja, deve propiciar o fortalecimento pessoal dos seres humanos com quem interagem. O importante é ajudar o ser humano a ajudar-se.

Para Zampieri (2001) a prática educativa “deve oportunizar estratégias que desvelem as forças sociais que emperram a construção de uma nova ordem social sem oprimidos e opressores e que promovam vida e saúde”.

As ações de educação em saúde devem contribuir, decisivamente, para transformar o dever do Estado, como reza a Constituição, em estado de dever, que é função de todos – indivíduos, instituições, coletividade e governos (TANAKA, 2000).

A conceituação da saúde, no desenvolvimento humano, é “o recurso que cada pessoa dispõe para viver, produzir, participar, conhecer e reger sua existência” (BRASIL, 2000).

Entre as diferentes formas de realização do trabalho educativo, destacam-se as discussões em grupo, as dramatizações e outras dinâmicas que facilitam a fala e a troca de experiências entre os componentes do grupo. Essas atividades podem ocorrer dentro e fora da unidade de saúde. O profissional de saúde, atuando como facilitador, deve evitar o estilo palestra, pouco produtiva, que ofusca questões subjacentes, na maioria das vezes, mais importantes para as pessoas presentes do que um roteiro preestabelecido.

Embora as atividades assistenciais no pré-natal compreendam ações clínicas, educativas e de controle de risco ou detecção precoce de doenças e sejam desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, o objeto deste estudo é a ação educativa no fazer da(o) enfermeira(o) durante a consulta de enfermagem no pré-natal.

2.3 A(o) Enfermeira(o) e as ações educativas no pré-natal

Como descrito na Lei n.º 7.498 de 25 de julho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de Enfermagem, cabe à enfermeira:

Realizar consulta de enfermagem e prescrição da assistência de enfermagem; como integrante da equipe de saúde: prescrever medicamentos, desde que estabelecidos em Programas de Saúde Pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; oferecer assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puerpera e realizar atividades de educação em saúde (SANTOS et al., 2000, p. 13).

De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem – Decreto n.º 94.406/87 e o Ministério da Saúde, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pela enfermeira.

Com relação aos aspectos éticos da assistência de enfermagem, ressaltamos os princípios fundamentais da resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) – 160 que dispõe sobre o código de ética dos profissionais de enfermagem:

A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade, atuando na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais; o enfermeiro, como integrante da sociedade, participa das ações que visam satisfazer às necessidades de saúde da população, respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza; exerce suas atividades com justiça, competência, responsabilidade e honestidade; presta assistência à saúde visando a promoção do ser humano como um todo e exerce a profissão com autonomia, respeitando os preceitos legais da Enfermagem (SANTOS et al., 2000, p. 13).

A consulta de enfermagem não é uma atividade nova no Brasil. Em meados da década de 1970, as enfermeiras brasileiras acompanhando algumas das tendências de outros países, aderem ao movimento de valorização e reconhecimento profissional apontando, como principal estratégia a sistematização da assistência de enfermagem, principal via para atingir a tão almejada autonomia profissional. Este movimento tem na figura de Wanda de Aguiar Horta a sua principal articuladora, e no Processo de Enfermagem por ela criado, a possibilidade da enfermagem brasileira atingir o *status* de ciência (CRUZ, 2000).

Nos serviços de saúde – Centros e Postos -, locais onde habitualmente já se adotava, para determinados grupos, uma assistência mais sistematizada, a consulta de enfermagem incorpora, na sua estrutura interna, alguns dos passos do processo de enfermagem:

- O levantamento de dados;
- O diagnóstico de enfermagem;
- O plano assistencial e,
- Os encaminhamentos.

Assim, a consulta de enfermagem surge para sistematizar a assistência e atender a uma necessidade interna de valorização profissional (FERREIRA, 1997).

No pré-natal, a consulta de enfermagem é estruturada com base nas normas de atendimento à gestante, instituídas pela OPAS/OMS e adaptadas à realidade de cada país. No Brasil, para o Ministério da Saúde o pré-natal de baixo risco é uma atividade reconhecidamente realizada pela enfermeira.

Para estimular ainda mais esta categoria profissional, o Ministério lançou em 1999, um programa de apoio à formação ou capacitação de enfermeiras obstétricas para atuarem na atenção às mulheres no pré-natal, parto e puerpério. Um currículo específico foi criado e a especialização já é uma realidade em quarenta (40) universidades brasileiras, públicas e particulares. Mais de 1.000 profissionais foram formados em 55 cursos realizados em todos os Estados (BRASIL, 2002). No Estado do Maranhão, já foram concluídos dois cursos de especialização para a formação de enfermeiros obstétricos após esse incentivo do Ministério, através da parceria com o Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, lançando mais trinta (30) novos especialistas no mercado.

Além disso, a Associação Brasileira de Enfermeiras Obstétricas (ABENO) com o apoio da Coordenação Técnica de Saúde da Mulher do Ministério

da Saúde, trabalha para aumentar qualitativa e quantitativamente o número de profissionais da área, realizado concursos de provas de Títulos de Especialistas em Enfermagem Obstétrica (TYRRELL, 2001).

Na assistência de enfermagem ao pré-natal, a(o) profissional enfermeira(o), ao atender à gestante pela primeira vez, procede a um rigoroso levantamento sobre a vida da cliente, tentando identificar os fatores de risco. Com este procedimento, será estabelecida uma classificação que enquadre a gestação e sejam delimitadas as condutas a serem seguidas. Caso a gestação seja de alto risco e médio risco, a gestante terá um maior número de consultas médicas e, se classificada de baixo risco, a gestante ficará sob a responsabilidade quase que exclusivamente da(o) enfermeira(o) (FERREIRA, 1996).

Segundo Rezende (1999) os objetivos da assistência pré-natal, independente da situação de risco da gestação, são: orientar sobre os hábitos de vida da gestante (dieta alimentar, atividades físicas, vestuário etc.); oferecer assistência psicológica e educacional; preparar a gestante para o trabalho de parto; ensinar noções de puericultura; fazer diagnóstico e tratar as doenças pré-existentes ou que se desenvolveram na gravidez que podem gerar risco para a gravidez e o parto; acompanhar, seqüencialmente o processo da gestação. Portanto, a educação em saúde é parte inerente de todo processo, pois esse atendimento envolve a implementação de ações de prevenção das doenças ou agravos e de promoção da saúde da gestante como membro partícipe do processo de saúde na gestação e no parto.

Considerando a educação em saúde nessa perspectiva, durante a ação educativa realizada pela enfermeira para as gestantes, esta profissional deve proporcionar uma relação de sujeitos ativos, sendo facultado ao primeiro, exercer um

papel de facilitador e instrumentalizador quando adere a um projeto revolucionário de transformação da assistência e da vida (KLEBA, 1999).

Dilly e Jesus (1995) consideram que a enfermeira através da educação em saúde deve fazer com que as pessoas considerem a saúde como um valor, deve incentivar a utilização dos serviços de saúde e estimular as pessoas a conseguirem saúde através de seus próprios esforços e ações. Entretanto, é necessário lembrar que é a concepção teórico-filosófica que o profissional tem a respeito da relação educando - educador e do processo educativo em si nortearão o seu fazer pedagógico (ALONSO, 1999).

Kohlrausch e Rosa (1999) ao relacionarem os modelos assistenciais e as tendências pedagógicas em saúde, como subsídios para a ação educativa da enfermagem, reforçam ser necessário que as enfermeiras além de conhecer quais são os referenciais de modelo assistencial que alicerçam seu trabalho, devam também se situar nas tendências pedagógicas que embasam seu fazer.

Para essas autoras, a enfermagem profissional brasileira surgiu a partir do modelo clínico de assistência, com práticas estruturadas em uma visão biomédica e mecanicistas, o qual tem sido considerado hegemônico até os dias de hoje. A aplicação deste fato é que a prática de educação da enfermagem tem se desenvolvido dentro desse contexto.

As tendências pedagógicas subdivididas em tendência tradicional e tecnicista e a tendência libertadora e crítico-social, assim como os modelos assistenciais utilizados, refletem a visão de mundo da enfermeira, sua postura frente ao uso do conhecimento e divisão do saber, demonstrando claramente, na ação educativa, sua ideologia. É fundamental que a enfermeira saiba discernir o que está atrás de sua prática, qual o paradigma predominante em seu fazer, se o seu

papel de facilitador e instrumentalizador quando adere a um projeto revolucionário de transformação da assistência e da vida (KLEBA, 1999).

Dilly e Jesus (1995) consideram que a enfermeira através da educação em saúde deve fazer com que as pessoas considerem a saúde como um valor, deve incentivar a utilização dos serviços de saúde e estimular as pessoas a conseguirem saúde através de seus próprios esforços e ações. Entretanto, é necessário lembrar que é a concepção teórico-filosófica que o profissional tem a respeito da relação educando - educador e do processo educativo em si nortearão o seu fazer pedagógico (ALONSO, 1999).

Kohlrausch e Rosa (1999) ao relacionarem os modelos assistenciais e as tendências pedagógicas em saúde, como subsídios para a ação educativa da enfermagem, reforçam ser necessário que as enfermeiras além de conhecer quais são os referenciais de modelo assistencial que alicerçam seu trabalho, devam também se situar nas tendências pedagógicas que embasam seu fazer.

Para essas autoras, a enfermagem profissional brasileira surgiu a partir do modelo clínico de assistência, com práticas estruturadas em uma visão biomédica e tecnicista, o qual tem sido considerado hegemônico até os dias de hoje. A implicação deste fato é que a prática de educação da enfermagem tem se desenvolvido dentro desse contexto.

As tendências pedagógicas subdivididas em tendência tradicional e tecnicista e a tendência libertadora e crítico-social, assim como os modelos assistenciais utilizados, refletem a visão de mundo da enfermeira, sua postura frente ao uso do conhecimento e divisão do saber, demonstrando claramente, na ação educativa, sua ideologia. É fundamental que a enfermeira saiba discernir o que está atrás de sua prática, qual o paradigma predominante em seu fazer, se o seu

papel de facilitador e instrumentalizador quando adere a um projeto revolucionário de transformação da assistência e da vida (KLEBA, 1999).

Dilly e Jesus (1995) consideram que a enfermeira através da educação em saúde deve fazer com que as pessoas considerem a saúde como um valor, deve incentivar a utilização dos serviços de saúde e estimular as pessoas a conseguirem saúde através de seus próprios esforços e ações. Entretanto, é necessário lembrar que é a concepção teórico-filosófica que o profissional tem a respeito da relação educando - educador e do processo educativo em si nortearão o seu fazer pedagógico (ALONSO, 1999).

Kohlrausch e Rosa (1999) ao relacionarem os modelos assistenciais e as tendências pedagógicas em saúde, como subsídios para a ação educativa da enfermagem, reforçam ser necessário que as enfermeiras além de conhecer quais são os referenciais de modelo assistencial que alicerçam seu trabalho, devam também se situar nas tendências pedagógicas que embasam seu fazer.

Para essas autoras, a enfermagem profissional brasileira surgiu a partir do modelo clínico de assistência, com práticas estruturadas em uma visão biomédica e mecanicistas, o qual tem sido considerado hegemônico até os dias de hoje. A implicação deste fato é que a prática de educação da enfermagem tem se organizado dentro desse contexto.

As tendências pedagógicas subdivididas em tendência tradicional e tecnicista e a tendência libertadora e crítico-social, assim como os modelos assistenciais utilizados, refletem a visão de mundo da enfermeira, sua postura frente ao uso do conhecimento e divisão do saber, demonstrando claramente, na ação educativa, sua ideologia. É fundamental que a enfermeira saiba discernir o que está por trás de sua prática, qual o paradigma predominante em seu fazer, se o seu

trabalho é um meio de transformação social ou de manutenção do paradigma vigente (KOHLRAUSCH e ROSA, 1999).

Em decorrência destes estudos, a análise de educação em saúde no pré-natal aponta para a importância de se considerar às ambigüidades, valores e crenças presentes na vida das gestantes, proporcionando troca de experiências enriquecedoras para o bem-estar das mesmas. Nesta relação a comunicação e o diálogo são "armas macias" do cuidar libertador.

Para Freire (1987), somente o diálogo gera um pensar crítico que é capaz, também, de gerar o diálogo. Com a visão do processo educativo numa tendência libertadora, a enfermeira estimula o falar fazendo com que a gestante interfira, dialogue e se sinta capaz. A premissa básica daqueles que realizam o processo educativo dentro dessa perspectiva deve ser o de propiciar o fortalecimento pessoal dos seres humanos com quem interagem. O importante é ajudar o ser humano a ajudar-se, fazendo-o agente de sua recuperação, com uma postura comumente crítica de seus problemas.

É comum se estabelecer entre a enfermeira e a gestante uma relação cordial e amigável no momento da consulta, o que de certa forma parece expressar uma preocupação para além da técnica. Essa relação poderia facilitar o papel de educador dessa profissional, pois a gestante terá mais abertura para questionar e tirar suas dúvidas. Segundo Ferreira (1996) essa é uma das diferenças entre as consultas médicas e de enfermagem e ressalta que os médicos não dão orientações gerais à gestante por entenderem que esta parte do trabalho cabe à enfermeira.

Segundo Costa e Guimarães (2002) a consulta médica geralmente é tão rápida que não há tempo para a cliente expor o que está sentindo. O profissional, por sua vez, não investiga com o objetivo de ter uma visão mais abrangente da

saúde da mulher, limitando-se quase sempre a realizar uma consulta de rotina.

É importante a discussão sobre o tempo da consulta, não como uma medida linear de precisão, mas de um espaço onde se dá uma experiência concreta de relação entre dois atores em um processo que, independente da duração é rico de dúvidas, ansiedade, alegrias ou medos. Portanto, o tempo é algo muito importante na consulta de enfermagem visto ser este profissional, a (o) enfermeira(o), sobre quem recai o papel de principal orientador, o que demanda tranquilidade e ausência de pressa para que se estabeleça um elo de ligação que propicie o processo ensino - aprendizagem.

Avaliando a assistência pré-natal em Duque de Caxias – RJ, Nogueira (1994) concluiu que, de modo geral, as gestantes não referiram uma contribuição significativa de atenção no sentido da maior compreensão do processo de gestação e do parto. As poucas exceções ficaram por conta das consultas de enfermagem que, segundo as gestantes, tinham a duração um pouco maior, facilitando a comunicação.

Nesse contexto, deve-se ressaltar que a comunicação é indispensável para a assistência à saúde, pois é o principal meio de veiculação do processo educativo. Enquanto atividade de suporte aos programas de saúde, constitui-se em um recurso para estabelecer a confiança e a vinculação do usuário ao profissional e ao serviço de saúde.

Assim, o profissional de saúde deve ter uma atitude comunicativa, ou seja, deve ter disponibilidade interna de se envolver na interação pessoa à pessoa e o compromisso de utilizar a comunicação como instrumento terapêutico. Na atenção à saúde, a comunicação é algo que se constrói, uma ação intencional, dirigida e orientada para um interesse concreto.

Segundo Silva (1996), a comunicação é definida como sendo o intercâmbio de informações verbais ou não-verbais, reconhecidas quando gera satisfação e entendimento entre pessoas. A comunicação se faz adequada quando se estabelece uma relação de confiança e entendimento com o outro, o que irá beneficiar a identificação de necessidades e potencialidades que serão trabalhadas para o alcance de metas.

Para tanto, os processos comunicativos devem basear-se na escuta do outro para compreender quais são as suas crenças, sua situação e suas possibilidades e poder atuar conjuntamente, ou seja, deve haver o "feedback" entre gestantes e profissionais da saúde, o qual consiste em solicitar e receber respostas verbais ou mesmo as não-verbais. A comunicação é mais efetiva quando as mensagens não-verbais, principalmente por expressões faciais, também são reconhecidas e interpretadas adequadamente.

No pré-natal a(o) enfermeira(o) deve ficar atenta(o) para também, interpretar a percepção que a gestante tem com relação a sua experiência da maternidade no contexto mais amplo (ambiente, família, mudanças físicas, psicológicas e sociais) por ser essa uma experiência única. Cabe à(o) enfermeira(o) apoiar a gestante na busca de identificação de sua nova imagem, com o objetivo de ajudá-la a ter uma adaptação consigo, com outros e com o meio e ao mesmo tempo poder detectar elementos advindos do outro e do meio, que podem interferir no processo de adaptação da gestante à sua nova imagem (MOURA, 1997).

Ziegel (1985) refere que a gestante apresenta uma série de necessidades que a(o) enfermeira(o) precisa atender, entre elas é a de educação e orientação em relação ao que está acontecendo com o seu corpo, bem como sua preparação

imediate para o trabalho de parto, o parto e a assistência ao recém-nascido. Notadamente, as primigestas são as que mais necessitam de orientações em relação aos primeiros sinais e sintomas de trabalho de parto, para que esta só procure a maternidade no momento oportuno.

Como ser social, interagindo com outros seres em uma mesma sociedade, a(o) enfermeira(o) constrói e compartilha representações. Este processo interativo enfermeira(o)/cliente tem como objetivo a relação de ajuda onde a confiança é um elemento chave para esta parceria. Essa forma de assistência (holística) demonstra para a cliente que existe o interesse em contextualizar a sua saúde, dirigindo-a na busca de motivações para sua manutenção.

A(o) profissional enfermeira(o) não deve impor seus conhecimentos e desconsiderar a realidade do cliente, caso isto aconteça, as orientações dadas poderão não ser adotadas por incompatibilidade com essa realidade. Conhecer as necessidades de aprendizagem das gestantes no período do pré-natal é considerar a importância da cliente na determinação de seu auto-cuidado (FREITAS, 1995).

É necessário, levar-se em conta que toda orientação seja ela educativa ou cultural, deve se dar dentro de limites; nesse contexto o outro terá que ser visto como sujeito ativo e não mero receptor de informações.

A sessão seguinte deste estudo descreve a opção metodológica escolhida ao examinarmos o objeto desta pesquisa: educação em saúde com ação da(o) enfermeira(o) na consulta pré-natal, partindo-se de uma compreensão da realidade do trabalho, reflexão e crítica para a construção coletiva.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 Apresentando o referencial teórico-metodológico

A escolha de um tema de pesquisa não emerge espontaneamente, da mesma forma que o conhecimento não é espontâneo, ela surge de interesses e circunstâncias fruto de determinada inserção no real e nele encontrando suas razões e seus objetivos. Com relação à metodologia não é diferente, ela vai sendo delineada a partir da construção do objeto e dos objetivos da pesquisa. A opção pela metodologia da pesquisa depende da natureza do problema que preocupa o investigador, ou do objeto que se deseja conhecer ou estudar (POLIT e HUNGLER, 1995; HAGUETTE, 1997; MINAYO, 2000).

Nas últimas décadas, a pesquisa qualitativa surge como uma alternativa metodológica. As correntes positivistas e neopositivistas definem como científicas somente as pesquisas baseadas na observação de dados da experiência e que utilizam instrumentos de mensuração sofisticados, por isso afirmam que os métodos qualitativos não originam resultados confiáveis. Por outro lado, os teóricos *qualitativistas* sustentam que os *quantitativistas*, na medida que não se colocam no lugar do sujeito, não realizam investigações válidas (SERAPIONI, 2000). Segundo Ressel e Gualda (2002), no sentido lato, a abordagem qualitativa refere-se a uma pesquisa que produz dados descritivos como as palavras escritas ou faladas ou ainda comportamentos observáveis das pessoas, seus sentimentos e suas percepções, manifestações subjetivas do sujeito.

Para Leininger (1984) citado por Haguette (1997), a pesquisa qualitativa é a utilização de métodos e técnicas de observação, análise e interpretação de atributos, padrões, características e significados do fenômeno em estudo.

Este estudo tem como objeto questões que buscam compreender e analisar a ação educativa da(o) enfermeira(o) durante a consulta pré-natal, descrevendo processo de trabalho, examinando a percepção das(os) enfermeiras(os) sobre sua atuação como agente de mudança e desvelando a partir das reflexões dos participantes, idéias geradoras para uma prática social de enfermagem mais crítica. Diante deste propósito, foi preciso criar situações de encontros com as(os) enfermeiras(os) que vivenciassem esta experiência de trabalho e descrever através de suas falas, sentimentos, perspectivas, dificuldades, facilidades, enfim suas percepções acerca do trabalho que desenvolvem junto às gestantes e sua relação com a promoção da saúde. A opção que mais se aproximou do objetivo deste estudo que incluía uma coleta de dados ao mesmo tempo a participação dos pesquisados, resultou na escolha do método qualitativo por sua característica de privilegiar dados manifestados pelos sujeitos e sua interpretação, considerando o contexto do objeto de investigação desta pesquisa.

A abordagem deste estudo está voltada para as ações educativas, envolvendo atividades de ensino-aprendizagem baseados em uma pedagogia libertadora (FREIRE, 1987). Nesta concepção teórica, para analisar o saber e o fazer da enfermeira como educadora durante a consulta no pré-natal com o olhar crítico e reflexivo dos próprios sujeitos utilizei o referencial metodológico pautado no novo paradigma de avaliação qualitativa que é a "avaliação emancipatória", uma vez que em ambas as propostas teórico-metodológicas, existem elementos comuns que levam a transformação social mediatizados pela problematização, reflexão e ação social.

Este construto metodológico foi utilizado por Ana Maria Saul (2000) como um elemento de análise do Programa de Pós-graduação em Educação da PUC –

SP, onde atuava como professora. Com o propósito de repensar coletivamente o referido curso, a pesquisadora lançou mão de uma avaliação que oportunizaria aos professores uma reflexão crítica aprofundada e capaz de desafiá-los para uma transformação.

O propósito de uma avaliação qualitativa é compreender a situação – objeto de estudo – mediante a consideração das interpretações e aspirações daqueles que nela atuam, para oferecer a informação de que cada um dos participantes necessita a fim de entender, interpretar e intervir de modo mais adequado (SAUL, 2000, p. 47).

O compromisso principal da avaliação emancipatória é o fazer com que as pessoas direta ou indiretamente envolvidas em uma ação educacional, escrevam sua própria história e gerem suas próprias alternativas de ação.

Neste contexto, Cronbach citado por Saul (2000), afirma que um programa de avaliação emancipatória é um processo através do qual os participantes aprendem sobre si mesmos e sobre a racionalidade de seu comportamento.

A tarefa da avaliação é facilitar um processo democrático mediante o esclarecimento e a informação de seus participantes para que desta forma eles possam atuar sobre si mesmos e sobre a realidade circundante. Desse modo, a avaliação centrada em processos é em si mesma um processo que evolui em virtude de descobertas sucessivas e de transformações do contexto. É compreender a situação, objeto de estudo, mediante a consideração das interpretações e aspirações daqueles que nela atuam, para oferecer a informação de que cada um dos participantes necessita a fim de entender, interpretar e intervir de modo mais adequado.

Para Demo (1999), o valor da avaliação está nos critérios de representatividade, de legitimidade, de participação, de convivência, de capacidade

crítica e autocrítica e de outros elementos que, em última instância, serviriam para desenvolver a cidadania e conclui afirmando que “se a qualidade é participação, avaliação qualitativa equivale à avaliação participante”. Foi pensando neste argumento que elegemos as enfermeiras de um hospital público que fazem parte da equipe de atenção às gestantes, esperando que sua participação nesta investigação também oportunizasse momentos de tomada de consciência da realidade de trabalho, o exercício da crítica deste trabalho na perspectiva das políticas públicas e no papel do profissional como agente de mudança.

Assim, utilizamos para a coleta de dados, baseadas nos pressupostos da avaliação emancipatória, técnicas que promoveram a participação dos sujeitos favorecendo o diálogo, a discussão e a análise crítica de suas ações. A flexibilidade que esse construto metodológico gera com relação às técnicas de pesquisa, proporcionou-nos uma gama de possibilidades de investigar a população estudada.

A utilização dessa abordagem para a realização do estudo que pretendemos desenvolver se aplica no entendimento de que as etapas metodológicas (procedimentos) sugeridas são importantes para análise das ações educativas desenvolvidas pela enfermeira no pré-natal, dentro de uma concepção crítica, participativa e transformadora.

Os procedimentos previstos por este paradigma, que se localiza dentre aqueles de abordagem qualitativa, caracterizam-se por métodos dialógicos e participantes que são: a descrição da realidade; a crítica da realidade e a criação coletiva.

Descrição da realidade – Para Saul (2000) esse momento inclui a verbalização e a problematização de uma dada realidade.

Crítica da realidade – No interior desse movimento a concepção de conscientização, conforme definida por Paulo Freire, é a idéia geradora fundamental (SAUL, 2000).

“Quanto mais conscientização, mais se “des-vela” a realidade, mais se penetra na essência fenomênica do objeto, frente ao qual nos encontramos para analisá-lo” (FREIRE, 1980).

Criação coletiva – Este momento prevê o delineamento, sugestões, alterações ou propostas apresentadas pelo grupo e inspiradas na reflexão do momento anterior (SAUL, 2000).

Porém, de acordo com Saul (2000, p.63), “...esses são momentos não estanques, que por vezes se interpenetram, constituindo-se em etapas de um mesmo e articulado movimento”.

A avaliação emancipatória, como itinerário para este estudo, tem como foco central desenvolver a pesquisa junto com os sujeitos pesquisados no sentido de vivenciarmos estas etapas e juntos possamos elucidar fatos, situações, percepções, aplicações da realidade, submetê-las à crítica e construir idéias para a sua superação. Não se trata, portanto, de avaliar um programa existente, mas, sobretudo, envolver as enfermeiras na discussão de suas práticas, produzindo saberes a partir das suas experiências e analisando a consulta de enfermagem no pré-natal como um espaço para as ações educativas.

Traçando um paralelo entre a proposta metodológica e esta pesquisa, escreveremos a seguir, cada uma das etapas utilizadas:

Descrição da realidade – Para este primeiro momento da avaliação, na tentativa de compreender o modelo assistencial que determina a realização da consulta de enfermagem e, conseqüentemente, as ações educativas desenvolvidas

no pré-natal durante a consulta realizada pela(o) enfermeira(o) em um HU, foram levantados dados inicialmente, a partir da observação não participante onde procuramos reunir evidências que descrevessem a organização interna do serviço e a rotina da consulta de enfermagem, visando aspectos da ação educativa. Esses dados foram registrados durante a observação e reorganizados em um ambiente mais restrito com um espaço curto de tempo entre esses dois momentos para que as imagens estivessem vivas na memória. Ainda para servir de subsídio a esta fase do processo, foram realizadas as entrevistas.

Três perguntas básicas nortearam as entrevistas para situar as ações educativas realizadas pelas enfermeiras no programa de pré-natal:

1. O que são ações educativas no pré-natal?
2. Como são desenvolvidas essas ações?
3. Existem dificuldades para que essas ações aconteçam?

Crítica da realidade - Esta etapa caracterizou-se por uma avaliação crítica dos sujeitos. Estes passaram a assumir a criticidade de sua própria ação, através de procedimentos de reflexão sobre a sua prática. Assim, nesta fase do estudo, baseada nessa proposta metodológica, além das entrevistas foi utilizada a técnica do grupo focal a qual serviu para discussão e validação do que foi observado e coletado, através da reflexão crítica do grupo.

O grupo focal é uma técnica de avaliação que oferece informações qualitativas. O moderador guia um grupo de pessoas com características em comum numa discussão que tem por objetivo revelar suas idéias, experiências, sentimentos, percepções, valores, dificuldades, etc (LEOPARDI, 2001, p. 260).

Outras questões levantadas pelos sujeitos envolvendo fatos, conceitos, valores e sentimentos particulares, foram exploradas abrindo o campo de explanação do entrevistado ou aprofundando o nível de suas informações e/ou

opiniões.

As reuniões em grupo por meio do estudo focal foram essenciais; a opção mais coerente com a proposta desse novo paradigma pois, se caracterizou principalmente, pela tomada de consciência e explicitação crítica da realidade.

Algumas reflexões a partir da compreensão das enfermeiras com relação ao processo ensino-aprendizagem e ao modelo assistencial por elas adotado ao realizarem as ações educativas no pré-natal, foram importantes nesse momento.

Com essa atividade de grupo, pudemos estender os questionamentos sobre de que modo elas viam a participação ativa da gestante no processo ensino-aprendizagem, ou seja, se a gestante pode questionar, interrompendo a fala da enfermeira, em caso de dúvida ou se ela pode discordar de algo.

A partir desse entendimento, coube, portanto, refletir sobre como as(os) enfermeiras(os) percebem a sua prática: um meio de transformação social; uma participação habilitadora ou apenas uma transmissão dos seus conhecimentos às gestantes? O processo ensino-aprendizagem nessas ações educativas estaria valorizando a comunicação, onde não só o diálogo, mas o ouvir é importante para se detectar as reais necessidades da cliente? Essas ações estariam levando a gestante a conduzir com certa autonomia sua gravidez e a se fortalecer para o parto e para os cuidados com o recém-nascido? Há necessidade de que se promova nova forma de realizar as ações educativas?

Criação coletiva – nesta fase, o debate em grupo proporcionou a geração de idéias oriundas dos sujeitos para viabilizar as mudanças necessárias para uma consulta de enfermagem, como espaço de criação com a cliente de saberes e fazeres que atendam aos interesses e necessidades das mesmas, desconstruindo uma prática condicionada pelas estruturas organizacionais.

Ainda no plano das idéias, pretendemos, pesquisadora e pesquisadas, re-significar esta prática e subsidiar discussões e ações em outros cenários semelhantes.

3.2 Apresentando a trilha metodológica

Este estudo foi realizado no HU Unidade Materno-Infantil (HUUMI) em São Luís do Maranhão por ser esta uma instituição de referência para o Estado. O período para a realização da coleta de dados desta pesquisa foi de março a outubro de 2002.

Respeitando os aspectos legais necessários, o projeto desta pesquisa foi apresentado ao comitê de ética em pesquisa do HU da Universidade Federal do Maranhão (HU/UFMA), tendo sido aprovado em reunião do dia 28 de fevereiro de 2002.

Após obter a permissão para adentrar no campo como pesquisadora, achamos importante para o bom andamento da pesquisa, solicitar a participação das colegas enfermeiras que realizam a consulta no pré-natal de baixo risco de forma individual.

Em março/02 demos início a fase da pesquisa de campo. Começamos o contato com as três enfermeiras que trabalham no ambulatório pela manhã e com as outras duas do turno da tarde, esclarecendo todas as etapas da avaliação emancipatória e já agendando o retorno para a realização das entrevistas. Este processo foi facilitado pelo nosso relacionamento anterior à pesquisa com as profissionais que foram os sujeitos deste estudo, o que não diminuiu, porém, a dificuldade de conciliarmos nossos horários para as entrevistas e principalmente,

para as reuniões do grupo focal.

Ao retornar ao serviço para as entrevistas, iniciamos paralelamente, a observação direta e não participante da rotina das consultas a qual se estendeu até o mês de abril, durante as manhãs e tardes das segundas e quartas-feiras apenas no turno matutino.

No mês de junho aconteceu então, a primeira reunião do grupo, ficando os demais encontros agendados com intervalo de 15 em 15 dias, às 10 horas e 30 minutos na sala do planejamento familiar, no próprio ambulatório do HU. Esse acordo facilitou para as enfermeiras da manhã que já se encontravam no local, contando com a colaboração das colegas da tarde, as quais se prontificaram a chegar ainda pela manhã permanecendo até o seu horário de serviço. Entretanto, por várias vezes, tivemos nossos encontros remarcados em virtude de problemas de serviço ou pessoais das colegas, razão pela qual a pesquisa se prolongou.

Foram realizados cinco encontros de sessão grupal, onde sempre tive a preocupação de iniciar com uma dinâmica para reintegração e motivação das participantes, com a duração de uma hora e trinta minutos, sendo marcado o horário conforme solicitação das mesmas. Houve o cuidado de respeitar o início e o término previstos, conforme orientação dos autores Leopardi (2001) e Ressel e Gualda (2002) bem como o cuidado com o ambiente das reuniões. A sala possui boa iluminação, ventilação, cadeiras individuais confortáveis e espaço adequado para realização da técnica (as cadeiras eram posicionadas em círculos) sem interferências externas. Todas as narrativas e discussões foram gravadas em fitas cassete e transcritas posteriormente.

Neste estudo, respeitando os aspectos legais da pesquisa com seres

humanos conferidos pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi garantido aos sujeitos da pesquisa o anonimato com o intuito de salvaguardar os direitos e interesses dos mesmos. Para tanto, durante a apresentação dos resultados, as enfermeiras que participaram deste estudo serão “re-batizadas” com nomes fictícios. Estes nomes terão relação com a enfermagem, com a educação e a gravidez.

Para a análise dos dados, levamos em consideração palavras ou frases utilizadas repetidamente, respostas dadas em função do conhecimento e experiências pessoais, idéias principais do grupo e concordâncias entre opiniões das participantes após o encerramento de cada um dos encontros do grupo focal. Essa forma de análise se fez respaldar no que preconiza Leopardi no seu livro “Metodologia da Pesquisa na Saúde” sobre a técnica de “grupo focal” (LEOPARDI, 2001).

Para que a análise das discussões do grupo focal seja facilitada, é importante que o pesquisador/moderador escute novamente as fitas gravadas, avaliando pontos fortes, “elementos constantes” e destacando falas que representem cada postura.

3.2.1 Descrição dos encontros do grupo focal

Serão descritos a seguir os encontros do “grupo focal” para que a percepção da construção deste estudo se faça naturalmente em cada momento da avaliação emancipatória.

Utilizando-nos da flexibilidade desse construto metodológico e também da técnica do grupo focal, porém sem deixar de lado o rigor que requer uma pesquisa, levamos para o primeiro dia de reunião com as enfermeiras que iriam compor esse

grupo, em número de cinco, um resumo do que nós havíamos levantado através da observação e das falas das mesmas durante as entrevistas o qual (o resumo) faria parte da “descrição da realidade”, para que elas validassem ou não a nossa análise e também, para que pudéssemos iniciar com a discussão do primeiro momento, a “crítica da realidade”.

1º Encontro: “Buscando validar percepções sobre a consulta de enfermagem”

O objetivo deste encontro foi o de iniciar a segunda etapa da avaliação emancipatória com a validação do relato sobre o funcionamento da consulta de enfermagem no pré-natal, feito através da nossa percepção do que foi coletado com a observação e as entrevistas, submetendo-o à crítica das enfermeiras e com isso ter um material para o primeiro dia de discussão. Para tanto, utilizamos a técnica da leitura dinâmica.

Antes de começarmos a leitura, informamos para as participantes que uma delas seria indicada para iniciar a discussão sobre o que achou do relato, enquanto uma outra deveria destacar em uma folha de papel, pontos que mais lhe chamaram a atenção nas falas do grupo, para que ao final das discussões estes pontos fossem apresentados. Essas indicações foram feitas através de um sorteio.

Iniciamos entregando para cada uma um papel com textos ou frases e foi pedido que fizessem uma leitura silenciosa para que depois cada uma delas lesse para o grupo, dizendo o que havia entendido.

Neste primeiro encontro, apesar de terem surgido opiniões e idéias acerca do tema, isto aconteceu com certa dificuldade. Foi feita uma apreciação sobre o encontro e elas expressaram claramente a dificuldade em teorizar a questão, mesmo

sendo aspectos vivenciados no cotidiano do seu serviço.

Antes de encerrarmos, pedimos à colega que foi sorteada para destacar os pontos que chamaram sua atenção, para que as demais participantes os validassem ou não. Após a leitura, os mesmos foram complementados e aceitos como a visão crítica do grupo, sobre como é entendida a consulta de enfermagem na realidade do serviço.

2º Encontro: “Buscando compreender o ‘saber’ das enfermeiras sobre a ação educativa”

Este encontro teve por objetivo compreender o real significado dos conceitos dados pelas enfermeiras durante a entrevista sobre a ação educativa no pré-natal.

Os conceitos foram colocados em pequenos pedaços de papel e distribuídos, aleatoriamente até que todas as participantes estivessem com um deles em mãos. Com essa técnica cada uma das enfermeiras pôde fazer uma interpretação do conceito formulado pela outra colega e em seguida, após haver a troca dos papéis, pôde complementar ou discordar do que foi dito sobre o conceito por ela formulado.

3º Encontro: “Repensando o fazer da ação educativa”

Consideramos importante para esse momento que seria adequado usar pequenos trechos de textos ou frases que trouxessem para o grupo, conceitos sobre educação em saúde, educação baseada na concepção de Paulo Freire, educação

bancária x educação libertadora, e a importância da comunicação (Anexo A), como forma de fomentar a análise crítica da ação educativa desenvolvida por elas na consulta do pré-natal.

A técnica utilizada foi a de “explosão de idéias”. Iniciamos entregando para cada uma das participantes um papel contendo trechos de textos ou frases (anexo 3) e pedimos a elas que fizessem uma leitura silenciosa para que em seguida, falassem ao grupo o que haviam entendido.

Foi colocado em um “flip-sharp” uma questão que não foi logo de início mostrada ao grupo. Essa pergunta era: “Você desenvolve no pré-natal uma ação educativa que proporcione à gestante escolher o caminho mais apropriado para promover, manter e recuperar sua saúde?”.

Somente após a fala de cada uma das participantes sobre o que leram nos pedaços de papel distribuídos é que foi mostrada a pergunta do “flip-sharp” para que respondessem.

4º Encontro: “Pensando em alternativas para soluções”

Este encontro teve por objetivo gerar idéias para a construção do momento que, segundo Saul (2000), “caracteriza o paradigma da avaliação emancipatória”, ou seja, a criação coletiva.

Nessa oportunidade, trouxemos para o grupo um trecho da fala de Elisabeta Nietsche, enfermeira natural de Cerro Largo – RS e autora do livro “Tecnologia emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem”, que evidenciou pontos de estrangulamento entre o saber e o fazer das enfermeiras, nos seguintes termos:

Observo que os profissionais de enfermagem estão atrelados às normas e rotinas que eles próprios criam e a outras muitas vezes impostas a partir da influencia institucional. Em seu discurso "ideal", procuram ver o cliente como "total", mas na prática isso quase sempre não é possível por falta de tempo (NIETSCHE, 2000, p. 130).

5º Encontro: "Colocando no papel"

As idéias geradoras foram apresentadas em forma de diagrama como concebidas pelas enfermeiras.

As análises e interpretações dos dados obtidos em cada fase descrita serão apresentadas a seguir como indica o método, sendo examinados através de outros estudos e das políticas públicas de promoção da saúde da gestante.

Cada um dos três momentos que define o paradigma terá sua apresentação sob a forma de uma narrativa das evidências colhidas, com o objetivo de tornarem mais claras as posições dos participantes e pesquisadora frente ao objeto de estudo.

4 TRANSFORMAÇÃO DO PARADIGMA EM ATO

Iniciaremos então este capítulo com a descrição da realidade a partir dos dados levantados sob a perspectiva da pesquisadora, através da observação e de documentos pesquisados, assim como sob a perspectiva dos sujeitos, nas transcrições das falas captadas por meio das entrevistas e das discussões em grupo.

4.1 Descrição da realidade

Criado em janeiro de 1991, o HU é uma instituição pública integrante da rede de ensino do Ministério da Educação, cuja prática se efetiva pela prestação de serviços assistenciais aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Composto de duas Unidades Hospitalares (os Hospitais Presidente Dutra e Materno-Infantil), o HU/UFMA constitui-se um destacado centro de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde. Está sob gestão estadual sendo referência em procedimentos de alta complexidade para todo o Estado do Maranhão. Como hospital-escola é um espaço de transmissão do saber e de exercício político, uma forma relevante de educação.

A atuação do HU envolve tanto a área curativa como a preventiva; dentre suas finalidades pode-se destacar a abertura ao diálogo entre o Hospital e os Centros, Cursos e os vários Departamentos Universitários. Busca estimular a atividade docente assistencial objetivando alcançar o ensino-aprendizagem, através da prática interdisciplinar. Esta prática visa a procura de soluções de forma ágil e competente, sua inserção na realidade de saúde do Estado e apoio didático-pedagógico e científico incentivando a realização de trabalhos de pesquisa e sua

publicação (JORNAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2000).

A Unidade Materno-Infantil possui um serviço de ginecologia e obstetrícia considerado hoje, um Centro de Referência no Estado, desenvolvendo ações relativas à saúde da mulher na gestação, parto, puerpério, na adolescência ou na vida adulta, como os programas de prevenção do câncer de mama e ginecológico, controle das doenças sexualmente transmissíveis e planejamento familiar, programas esses baseados nas determinações do PAISM. Esta Unidade é ganhadora dos títulos de Hospital Amigo da Criança e de Centro de Referência ao Atendimento Humanizado ao Recém-nascido pelo trabalho de estímulo ao aleitamento materno e assistência prestada ao recém-nascido que são desenvolvidos na instituição (JORNAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2001).

O HUUMI está cadastrado no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e implantou a partir de fevereiro de 2002 o "SISPRENATAL", um *software* desenvolvido pelo DATASUS que possibilita o cadastramento e acompanhamento das gestantes no PHPN (até janeiro deste ano foram inscritas 791 gestantes).

As mulheres que procuram o serviço do HUUMI para a realização do pré-natal, dirigem-se inicialmente à recepção onde, na maioria das vezes, se constitui em um local de grande tensão uma vez que as usuárias, que chegam ao Hospital a partir das 6 horas da manhã em busca da consulta médica, permanecem na fila de marcação sem garantia de que conseguirão uma vaga e os funcionários ficam ansiosos com a responsabilidade de adequar a oferta à demanda.

O ambulatório de Tocoginecologia do HUUMI dispõe de cinco obstetras pela manhã e quatro no turno da tarde, cada um atende em média 16 gestantes por dia. Em relação ao número de enfermeiras que atende à gestante no pré-natal, esse

serviço dispõe de cinco profissionais, sendo que três atendem pela manhã e duas no turno da tarde. **A consulta de enfermagem no pré-natal não é uma atividade com o agendamento diário sistemático.** A via de acesso das gestantes às enfermeiras, acontece por meio de dois mecanismos: **Alívio da demanda** ou “drenagem da clientela” dado a demanda espontânea à consulta médica, ou através do **momento da vacinação** através do “encaminhamento” pelo médico.

A forma de acesso para **aliviar a demanda** não se constitui estratégia de cobertura populacional, conforme presente nas normas básicas de atendimentos à gestante nas diretrizes de documentos oficiais do Ministério da Saúde, OPAS e COFEN, principalmente, no que se refere ao atendimento da gestante de baixo risco. Este fato implica na qualidade do atendimento oferecido, que não oportuniza o estabelecimento de vínculos, confiabilidade, sistematização da assistência, que são elementos importantes para a promoção da saúde da gestante, conforme indica a literatura estudada (PAIVA, 1992; PENNA; PROGIANTI e CORREA, 1999; BRASIL, 2000). Os relatos a seguir demonstram a ausência de um agendamento sistemático.

As gestantes só vêm fazer sua primeira consulta no pré-natal conosco quando, por causa da demanda, não conseguem consultar com o médico ou quando eles faltam, ou seja, a consulta médica é o'carro chefe (ANA NERY).

A enfermeira Maria do Bom Parto ressalta ainda que:

No HUUMI a consulta de enfermagem assume algumas vezes um caráter de concessão do médico ou por local de realização de vacinação uma vez que não há um agendamento prévio.

Às vezes acontece de ter um número grande de gestantes que ainda não realizaram a primeira consulta com o médico e outro dia em que só tem consultas subseqüentes, isso por não termos nossas consultas agendadas. Assim, há dias em que temos que sair mais tarde e outro que ficamos bem mais tranqüilas (NATIVIDADE).

Observa-se, que ao se fazer a descrição de uma realidade que não nos é satisfatória, essa descrição automaticamente é impregnada pela crítica. Conforme Saul (2000) os momentos de uma avaliação emancipatória se imbricam, ou seja, no momento em que lançamos mão de uma avaliação em que a análise crítica e reflexiva fazem parte de sua essência, é natural que haja essa interrelação.

Outros estudos realizados, também, demonstraram a falta de sistematização da consulta de enfermagem no pré-natal e outras formas de inserção da gestante nos cuidados de enfermagem, como por exemplo:

Martins (1999), em seu estudo sobre a institucionalização da consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco em Goiânia, concluiu que há um número significativo de unidades de saúde onde a consulta de enfermagem não é "operacionalizada sistematicamente" enquanto em outras unidades foram "implantadas de forma parcial, apenas com a sistematização da primeira consulta", caracterizando, assim, segundo a própria autora, "que as ações de enfermagem no pré-natal apontam em direção oposta às normas do Ministério da Saúde".

Cruz (2000) pesquisando a assistência pré-natal em Fortaleza, observou divergências relacionadas com o aprazamento das consultas. Havia unidades em que a primeira consulta era sempre marcada para a enfermeira e em outras em que as marcações eram feitas no dia, ou seja, as mulheres chegavam e quando não

houvesse mais vaga para o médico eram atendidas pela enfermeira.

Nas unidades onde a consulta de enfermagem não é previamente agendada, a enfermeira atende as gestantes que estão aguardando a consulta médica interrompendo seu atendimento assim que o médico chega e retoma após a cliente ser liberada (FERREIRA, 1997, p. 196).

Compreendemos que estando as gestantes sob esta forma de cuidado de enfermagem durante sua assistência pré-natal, limita-se a capacidade de estabelecer a consulta de enfermagem conforme o preconizado pelo MS, haja vista que as atribuições das enfermeiras deste serviço não estão otimizadas.

Quando a gestante realiza a sua primeira consulta de pré-natal com a enfermeira, esta preenche o cartão da gestante com os dados de identificação, faz o cálculo da data provável do parto e da idade gestacional através da data da última regra da cliente, registra as aferições do peso, altura e pressão arterial, verificados pela auxiliar de enfermagem. Nesses casos em que a enfermeira realiza a primeira consulta da gestante no pré-natal, esta profissional deve solicitar os exames de rotina estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Essa solicitação não é tão comum na unidade pesquisada já que, como citado anteriormente, a consulta médica é o atendimento de eleição da gestante, em sua primeira visita à unidade de saúde.

Com relação ao acesso da gestante através da procura pelo **momento da vacinação**, através do “encaminhamento” do médico, fica demonstrado que a visão atribuída ao trabalho das enfermeiras neste serviço, limita-se a um procedimento técnico. Conforme as falas a seguir:

A gestante se dirige à sala da consulta de enfermagem, “sala 107” conforme orientação médica e diz: “O médico me mandou tomar uma vacina aqui” ou “Eu vim tomar a vacina que o médico mandou eu tomar aqui, mas eu preciso esperar ou eu já posso entrar?”.

As mulheres que entram na sala que é destinada à consulta de enfermagem desconhecem esta atividade como direito, as mesmas procedem de consultas médicas somente. Este tipo de conduta torna-se estranho uma vez que a institucionalização da consulta de enfermagem neste serviço data de 1992.

As gestantes só tomam conhecimento da consulta de enfermagem quando vêm tomar a vacina contra o tétano, aí elas entram achando que vão ser logo vacinadas. Eu esclareço a elas que farão a consulta primeiro para depois serem encaminhadas com o 'cartão da gestante' para a sala de vacina. Algumas, após o atendimento chegam a dizer 'agora eu entendo por que demorou para eu ser atendida' (ANA NERY).

Esta forma de acesso à consulta de enfermagem também foi evidenciada no trabalho de Ferreira (1997) que ao chamar a atenção à maneira como o médico se referia à enfermeira para “encaminhar” a gestante para a consulta de enfermagem revelou ainda, segundo a autora, “a relação de poder” entre esses profissionais. A autora transcreve a seguinte fala do médico: “Agora a senhora vai ser encaminhada para as meninas da enfermagem para tomar a vacina e receber orientações”.

Outro aspecto que as enfermeiras que atendem no HUUMI chamaram a atenção, quanto à consulta de enfermagem e já fazendo a relação desse “espaço” para a realização das ações educativas durante o pré-natal, foi o excessivo número de impressos, além do cartão da gestante (Anexo B), que elas têm que preencher, principalmente, durante a realização do primeiro atendimento à cliente. São as anotações no livro de registro das gestantes, no prontuário para preencher a ficha obstétrica (Anexo C) e a evolução e no boletim de produção individual (Anexo D), o

qual é utilizado para o controle da produtividade de cada profissional.

Eu tento passar todas as informações necessárias para a cliente de acordo com o seu trimestre gestacional. Como o tempo é curto para a demanda atendida e há o excesso de burocracia (registro e anotações) não sei se a gestante ficou com dúvidas, o que prejudica o processo ensino-aprendizagem e em geral ela só escuta sem participar (NATIVIDADE).

O tempo médio da consulta de enfermagem no pré-natal, no período de observação desta pesquisa, variou entre 15 a 20 minutos nas consultas subseqüentes e 20 a 30 minutos nas consultas de primeira vez. O número máximo de atendimento foi em torno de 14 gestantes por turno e a faixa etária das clientes atendidas era de 18 a 24 anos. Estes dados (número de gestantes atendidas, tempo utilizado na consulta e a faixa etária das gestantes) revelam aspectos que devem ser destacados.

Com relação à **faixa etária**, esses dados são relevantes quando temos em um estudo conduzido no Estado do Maranhão, indicando que mães menores de 20 anos de idade representaram 13,3% do total de gestantes do Estado e 31,8% encontravam-se na faixa etária de 20 a 24 anos (SANTOS, 2002) o que corresponde em média, à mesma faixa etária das mães atendidas no ambulatório do HUUMI. Cabe ressaltar, que neste serviço existe o atendimento para pré-natal de alto risco para o qual são encaminhadas as adolescentes grávidas.

Uma pesquisa realizada em um Hospital Público da Grande São Paulo no ano de 1999, mostra que 76,7% das gestantes atendidas encontravam-se na faixa etária entre 11 a 22 anos de idade.

Estes dados representam um desafio para os serviços de saúde por elevar o risco de morbimortalidade do binômio mãe-filho. As mães mais jovens têm

um risco perinatal mais elevado, menor experiência e a gravidez pode representar uma grande pressão psicológica, principalmente, entre as primigestas, o que exige uma assistência voltada não somente para o aspecto físico mas, também, para o emocional e para a educação em saúde.

De acordo com o “Informe Epidemiológico” da Secretaria Municipal de São Luís (2002), a taxa de mortalidade materna foi de 70,2 por 100 mil nascidos vivos, com um número absoluto de 14 óbitos de mulheres de 10 a 49 anos. Ainda é ressaltado nesta publicação que 90% das mortes maternas podem ser evitadas se a mulher receber assistência de boa qualidade no pré-natal, no parto e durante as intercorrências obstétricas.

As causas mais frequentes de morbimortalidade no Brasil, são a hipertensão arterial específica da gestação, hemorragia, infecção e aborto, as chamadas causas diretas de morte materna, as quais, na maioria das vezes, são possíveis de serem prevenidas com medidas relativamente simples, como por exemplo, o acompanhamento pré-natal (RESENDE, 2000).

Lago (1999), responsável pela Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, afirmou que o número de consultas realizadas pelo SUS no ano de 99 quadruplicou em relação ao ano de 94, mas reconheceu que ainda eram altos os índices de morbimortalidade materna, o que vem demonstrar que a eficiência da cobertura não está articulada ou proporcional à eficácia do atendimento.

A efetividade do atendimento pode ser medida quando avaliamos o impacto ocasionado no nível de saúde por meio dos indicadores de mortalidade, morbidade, demográficos, sócioeconômicos e ambientais, o impacto das ações de saúde nas condições de vida da população (COSTA e GUIMARÃES, 2002).

Vale destacar, que a assistência pré-natal não deve focalizar apenas no

biológico para ser adequada, sendo imprescindível organizá-la a partir de necessidades e circunstâncias sociais e ambientais da gestante, para isso necessário se faz, que o profissional de saúde esteja preparado para ouvir as queixas das gestantes e esclarecer suas dúvidas para melhor oportunizar a educação em saúde e, conseqüentemente, fazer a mulher participe da sua assistência.

Por outro lado, é importante, também, que o profissional disponha de tempo para que possa organizar melhor a assistência pré-natal e pôr em prática as ações educativas durante a consulta, nesse período.

Com relação ao **tempo**, como foi relatado anteriormente, a média de duração da consulta de enfermagem no pré-natal, no período de observação desta pesquisa, variou entre 15 a 20 minutos nas consultas subseqüentes e 30 minutos nas consultas de primeira vez. Segundo o parâmetro estipulado pela Organização Mundial da Saúde a média é de 16 consultas (médicas ou de enfermagem) por turno de trabalho com o tempo de 15 minutos por cliente (FERREIRA, 1997). Por tanto, as consultas de enfermagem observadas decorreram em um tempo maior que a média estabelecida, porém como não há agendamento prévio, não há uma organização no tempo de realização dessas consultas. Ressalta-se, que este tempo da consulta variou em função do trimestre gestacional, além do tipo de consulta (primeira ou subsequente) e que no turno vespertino a demanda é menor, tendo sido observado um dia em que só houve cinco atendimentos.

De acordo com as falas das enfermeiras, em virtude das mesmas não terem a sua consulta agendada, não sabem previamente quantas consultas de 1ª vez ou quantas subseqüentes terão que atender, o que, segundo elas, dificulta o andamento das consultas e, conseqüentemente, haverá, na maioria das vezes,

menos tempo para as ações de educação em saúde para as gestantes que são atendidas pela primeira vez, já que há mais impressos para preencher.

Às vezes eu começo a fazer as consultas com poucos prontuários sobre a mesa, nesse momento eu consigo ouvir mais as gestantes e posso dar as orientações com calma. De repente, a auxiliar traz vários outros prontuários e aí automaticamente eu começo a me preocupar com o tempo da consulta, principalmente se houver muitas gestantes de primeira vez (PAULA FREIRE).

Durante a segunda-feira à tarde eu tenho todo o tempo disponível para dar orientações às gestantes atendidas, já que nesse dia praticamente não há atendimento (MARIA DO BOM PARTO).

Na tentativa de superarem suas dificuldades no trabalho as enfermeiras procuram estabelecer um diálogo com a gestante e criar uma atmosfera de confiança, chamando-a pelo nome. Evitam usar termos técnicos preferindo palavras mais simples, investigam se há alguma queixa e o que a cliente sabe sobre a gestação, aleitamento materno e sobre a vacina contra o tétano neonatal.

No decorrer da consulta, além dos questionamentos iniciais, as enfermeiras apresentam para a gestante um impresso (Anexo E) contendo várias informações importantes com relação aos cuidados com o corpo, vestuário, higiene, alimentação, sono e repouso, entre outras, lendo para elas e complementando, quando necessário. Em caso de existir muitas gestantes à espera do atendimento e a cliente atendida for alfabetizada, esta é orientada para que faça uma leitura minuciosa em casa, salientando à gestante a importância daquele conteúdo para o seu bem-estar.

Segundo as enfermeiras, as orientações dadas às gestantes são relacionadas com o trimestre de gestação em que estas se encontram no momento da consulta, porém, as questões relativas ao aleitamento materno e ao ganho ou perda de peso sempre são abordadas independente da idade gestacional.

Antes mesmo de o hospital receber o título de Hospital Amigo da Criança eu já me preocupava em orientar as mães sobre os cuidados com as mamas, observando o tipo do mamilo e informar sobre a importância do aleitamento materno, principalmente nos seis primeiros meses. Por isso, mesmo as orientações sendo dadas de acordo com o trimestre da gestação, em todas as consultas que a gestante retorna eu falo do aleitamento (MARIA DA CONCEPÇÃO).

Como o aleitamento materno é essencial para o bebê e a mãe deve ser estimulada e preparada para oferecer o seu leite exclusivamente até o sexto mês, desde a sua primeira consulta e em todas as consultas subseqüentes eu falo sobre esse tema (NATIVIDADE).

Aqui as orientações são dadas de acordo com o trimestre gestacional e o acompanhamento do peso e da pressão arterial em todas as consultas (MARIA DO BOM PARTO).

A sala da consulta de enfermagem é ocupada por duas enfermeiras que fazem atendimentos simultâneos, o que declina a qualidade da consulta, em face da não privacidade da cliente. Mesmo assim, observamos que ao ser conhecida pela gestante esta função e finalidade do espaço da consulta, um clima de confiança e cordialidade é construído como ficou registrado nas consultas subseqüentes, no

comentário de uma gestante atendida pela segunda vez por uma das enfermeiras: *“Eu trouxe os exames e ultra-som para o médico, ele olhou, mas não me disse nada e me devolveu. Passei aqui pra mostrar para a senhora e a senhora me explicar”*.

Nesta fala, fica claro que a enfermeira possibilitou uma maior identificação profissional-cliente, isto parece ser um referencial para a consulta de enfermagem como percebemos em um outro momento, e o estabelecimento da confiança entre profissional e cliente, como nesse outro exemplo: *“Eu vim tentar marcar uma consulta com outro médico, mas só tem ficha para o mesmo doutor de antes, aí eu não quis. Ele não examina, não pergunta nada e não me diz nada. Eu preferi vir com a senhora”*.

Importante ressaltar, que a consulta de enfermagem sendo realizada em sala comum por duas enfermeiras que atendem no pré-natal, gera algumas dificuldades para o processo de trabalho da enfermeira, tais como: **o ruído da comunicação**, pelas falas das enfermeiras simultaneamente; **interrupções**, ora pela auxiliar que traz os prontuários, ora por gestante querendo ser atendida “só para tomar a vacina”, além da entrada de outros profissionais com problemas administrativos para que uma das enfermeiras, que também respondia pela chefia do ambulatório, fosse resolvê-los; **ausência de privacidade das gestantes e descontinuidade do ritmo da consulta**, conforme observou também Ferreira (1997).

Nas duas unidades observadas, a consulta de enfermagem é realizada em consultórios de enfermagem, um destes é contíguo ao consultório médico, facilitando por um lado a comunicação entre estes profissionais mas, por outro, impedindo a privacidade da consulta. Na outra unidade observada, o consultório de enfermagem é próximo ao setor administrativo, escutando-se em ambos os lados todas as conversas. A privacidade não é apenas rompida desta forma, são constantes as interrupções de outros profissionais que passam para comentar algum outro assunto (FERREIRA, 1997, p. 208)

Nesse contexto, damos ênfase à comunicação por ser um veículo facilitador para compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas. E nas circunstâncias em que elas se dão no serviço de enfermagem, evidenciamos barreiras que precisam ser superadas. É importante, que as mensagens e o modo como se dá este intercâmbio influencie no comportamento das pessoas nele envolvidas a curto, médio e longo prazos.

A comunicação em enfermagem, constitui-se como um instrumento básico para o cuidado de enfermagem. Uma necessidade humana básica, uma competência que a enfermeira deve desenvolver. E é esta competência que usada de modo terapêutico vai permitir à(o) enfermeira(o) atender o paciente em todas as suas dimensões (BITTES JUNIOR e MATHEUS, 2000).

Em síntese, diante da descrição da realidade do serviço, inferimos que as condições nas quais as enfermeiras realizam a consulta de enfermagem têm alcance limitado para envidar estratégias educativas em saúde, para o fortalecimento individual e/ou coletivo das gestantes.

4.2 Crítica da realidade

Considerando a relevância da educação em saúde, como atividade importante no pré-natal, concentramos nesta fase de crítica, a realidade no exame da percepção das enfermeiras sobre a sua atuação como educador em saúde. A ênfase repousa, sobretudo, devido esta atividade ser atribuída como função do enfermeiro, notadamente no campo da saúde coletiva. (ROSSO, 1999)

Os resultados apresentados resultam das discussões realizadas durante a fase de campo, com a finalidade de exercício crítico das possibilidades e limites

encontrados pelas enfermeiras no serviço de atendimento pré-natal.

Percebemos, que as enfermeiras mesmo sendo estimuladas a falar sobre o que fazem, expressam suas opiniões e idéias com certa dificuldade. Durante os encontros do grupo focal, elas próprias relataram a dificuldade de teorizar seu cotidiano de serviço.

As críticas da realidade sinalizaram para as seguintes direções:

- gerar consciência da gestante ao acesso à consulta de enfermagem, como direito de cidadania e ao reconhecimento do profissional;
- promoção de trabalho em equipe nos serviços; referência e contra-referência;
- otimização do espaço físico e tempo para atendimento adequado pelas enfermeiras;
- acesso da gestante à informação acerca do fluxo de atendimento pré-natal;
- aprofundar a compreensão da educação em saúde, como recurso gerador de mudança individual e coletiva por meio de uma consciência social e sanitária.

4.2.1 Gerar consciência da gestante ao acesso à consulta de enfermagem como direito de cidadania e ao reconhecimento do profissional

Além de configurar um problema de organização interna do serviço, o desconhecimento da consulta de enfermagem como direito, trata-se de um aspecto histórico de representação social, onde o enfermeiro/enfermeira ainda, não é

reconhecido pela população como um profissional que tem competência para se responsabilizar em acompanhar a gestante. A visão medicalizada assistencial, na perspectiva da atenção médica exclusiva, reforça um modelo assistencial centrado nas queixas físicas.

Realmente a consulta de enfermagem precisa que seja vista como uma atividade que a gestante deve realizar não só para tomar a vacina contra o tétano, mas onde ela possa ser acompanhada durante todo o pré-natal de baixo risco, além de poder expressar suas dúvidas e necessidades com mais facilidade (MARIA DA CONCEPÇÃO).

A fala a seguir demonstra que as condições sociais destas mulheres nem sempre são observadas durante o pré-natal, sua experiência baseia-se na informação de suas queixas (sinais e sintomas), o que pode conduzi-las a não valorizar outras formas de atendimento que envolvam conhecimentos de outras ações de cuidado à saúde com a sua participação.

A enfermeira [...], que também é professora do Departamento de Enfermagem, já tentou implantar aqui um curso de preparação ao parto como um projeto de extensão, mas ainda não obteve resultado, principalmente porque a clientela não é assídua. Eu acho que se fosse oferecido às gestantes algo além das orientações como, por exemplo, um vale transporte ou peças para o enxoval, elas viriam (PAULA FREIRE).

O relato acima demonstra que o modelo de saúde conhecido pela população historicamente, tem sido apenas uma forma de compreensão, ou seja, saúde oposição à doença. O que legitima uma oferta de serviço neste paradigma de atenção individual e biológica, negando-se ou negligenciando-se qualquer outra alternativa de escolha ou mesmo de direito (BRICENO-LEON, 2000).

Neste modelo assistencial, em que a consulta médica é central, dirigida para resolver problemas pontuais, as ações de atenção à mulher que implicam certa continuidade, em outras formas de abordagem e de ajuda na resolução dos problemas de saúde, não se constituem como prioritárias no momento mesmo sendo um direito e tendo no Programa de Assistência Integral da Saúde da Mulher (PAISM) e no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde, o respaldo para desenvolvê-las, uma vez que não só procedimentos clínicos, mas também educativos são estimulados.

O Ministério da Saúde no seu manual técnico sobre a assistência pré-natal (BRASIL/MS, 2000), ressalta que a ação educativa realizada através de metodologias participativas gera possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos e é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação e parto. Entre as diferentes formas de realização do trabalho educativo, destacam-se as discussões em grupo, as dramatizações e outras dinâmicas que facilitam a fala e a troca entre os componentes do grupo.

"Os profissionais de saúde quando permitem que a cliente participe no cuidado, estão educando também para o exercício da cidadania" (NIETSCHE, 2000, p. 266).

4.2.2 Promoção de trabalho em equipe nos serviços; referência e contra-referência.

No que tange à experiência de trabalho integrado, este estudo evidenciou lacunas quanto não só à integração da equipe, como também do desconhecimento das atribuições do enfermeiro na assistência pré-natal, tanto por parte das clientes como de outros profissionais do serviço; médicos, auxiliares de enfermagem e outros. Este fato foi registrado pelas constantes interrupções durante a consulta, provocadas pela forma de encaminhamento do médico ao referenciar a consulta de

enfermagem.

A promoção de um trabalho integrado requer um entendimento da equipe do que seja a promoção da saúde e o papel da educação em saúde de cada membro. Neste sentido, educar a equipe para uma visão integrada do cuidado da mulher numa concepção de saúde que transcenda os determinantes biológicos. Esta postura de trabalho também chama atenção de Costa e Fuscela (1999) ao referirem que todos os profissionais que integram a equipe de saúde devem desenvolver entre si, um espírito de reflexão, decisão e trabalho, que redundem em ações educativas, que promovam saúde para a população (COSTA e FUSCELLA, 1999).

As falas a seguir ilustram, no entanto, uma desintegração da equipe quanto ao processo de trabalho:

Acho que não só enfermeiras, mas também os médicos, deviam participar de cursos que não visualizassem somente a questão assistencialista, mas de estratégias de promoção à saúde, ou melhor, educação em saúde (MARIA DO BOM PARTO).

Paula Freire ressaltou que no HU o papel de educador recai mais na enfermeira:

É notório que os médicos não assumem esse papel apesar da ação educativa ser, como bem colocou nossa colega, importante para a promoção da saúde. Às vezes os médicos nem falam para as gestantes que devem tomar a vacina contra o tétano, para que, e quando tomar, fazendo parecer que isso só cabe à enfermeira.

Cruz (2000) afirma que a orientação oportuna e clara é decisiva para a compreensão da gestante e para que o aprendizado se realize. Durante a sua pesquisa a autora observou o cartão de 64 gestantes e em 87,5% destes constavam as três doses da vacina antitetânica, porém ao solicitar que as gestantes falassem a

respeito da vacina, poucas referiram algum conhecimento exceto às que haviam passado mais vezes com a enfermeira, como demonstra a fala de uma das suas entrevistadas: “Prá proteger contra o tétano quando cortam o umbigo do neném. A enfermeira diz isso todas as vezes que manda a gente tomar a vacina”.

De acordo com o PAISM/MS (1984), a assistência pré-natal:

Constitui um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do concepto (BRASIL, 1984, p. 13).

Portanto, não cabe apenas a(o) enfermeira(o) desenvolver a ação educativa durante o pré-natal já que esta atividade faz parte da assistência voltada para esse período, como também ressaltam outros autores, como exemplo, Oba (1999) e Dias (2002).

O conceito da assistência integral compreende que todo e qualquer serviço prestado à gestante deve ser realizado em benefício da promoção da saúde e estar contido em todas as ações dessa natureza, como por exemplo, a ação educativa. Contudo, para que essa atenção seja integral é preciso nova postura de trabalho em equipe e que todos os profissionais percebam que a clientela vem buscar nas unidades hospitalares não só consultas, remédios e exames, mas orientação, informação e apoio (DIAS, 2002, p. 81).

Entretanto, Davim et al. (2003) em pesquisa realizada em um HU, localizado no município de Santa Cruz no Rio Grande do Norte, caracterizaram não só o atendimento médico, mas também o da enfermagem como um atendimento mais voltado para as queixas e procedimentos clínicos em detrimento ao aspecto educativo.

Apesar de todos os avanços na assistência pré-natal no município de Santa Cruz-RN, as mulheres que a procuram deparam-se ainda com atendimento médico e de enfermagem ligados basicamente a queixas e condutas, à realização de exames complementares, não havendo tempo e/ou disponibilidade para o diálogo ou questionamentos das gestantes. Esse atendimento segue mais um padrão de rotina do que mesmo um atendimento preventivo e educativo (DAVIM et al., 2003, p. 23)

O eixo norteador das ações programáticas do PAISM, que elege o pré-natal como um lugar adequado para o desenvolvimento de um trabalho educativo, precisa ser permeado pela importância que o profissional de saúde engajado possui nesse processo, pelo seu compromisso com o programa, com o projeto de socialização de conhecimento e de “libertação” do ser humano e com a “relação de troca” que deve se estabelecer no processo ensino-aprendizagem.

Na assistência pré-natal as mulheres se deparam com um atendimento onde a consulta médica é prática hegemônica e é basicamente voltada para as queixas, condutas e realização de exames. Não existe tempo nem espaço para a fala e/ou questionamento das mulheres, uma visão apenas biológica e fragmentada (OBA, 1999, p. 603).

A integração das equipes de saúde na promoção da saúde é de fundamental importância e objetiva ampliar a atenção à saúde. No caso particular da assistência pré-natal, essa integração é importante para que se possa traduzir em êxito às ações propostas.

A ausência de integração na equipe de saúde também foi evidenciada em outro estudo realizado em Unidades Básicas de Saúde de Fortaleza (CRUZ, 2000) sobre a assistência no pré-natal, um depoimento de uma enfermeira exemplifica a inexistência de integração da equipe emergindo também, os sentimentos de discriminação e frustração da profissional: “Discriminação porque os médicos não compreendem as ações de enfermagem no pré-natal, daí acabamos repetindo ações. Não há integração na equipe” (CRUZ, 2000, p. 108).

Nesta direção, há que se pensar e criar formas alternativas de se buscar a efetivação do trabalho em equipe, com perspectiva de compartilhar poder, de estabelecer relações mais horizontalizadas de trabalho, a fim de (re)construir este trabalho no cotidiano das relações entre enfermeiros e demais profissionais de saúde e entre estes com a clientela.

4.2.3 Otimização do espaço físico e tempo para atendimento adequado pelas enfermeiras

A falta de respeito pela privacidade no ato da consulta (a sala onde é realizada a consulta de enfermagem que é utilizada, simultaneamente, por duas enfermeiras e constantemente, tem sua porta aberta por terceiros), foi outro aspecto por observado e ratificado pelas enfermeiras durante as discussões em grupo.

A inadequação do espaço físico, principalmente, no que se refere à não garantia da privacidade da gestante, também foi evidenciada por Oba (1999) em sua pesquisa realizada em duas unidades de saúde que prestam atendimento de pré-natal no município de Ribeirão Preto-SP. Para a autora, esta falta de privacidade leva à gestante, na maioria das vezes, a ter dificuldade de falar sobre questões mais íntimas que deseje tirar dúvidas ou de escutar as informações dadas a ela pela enfermeira.

O espaço físico é inadequado para que se desenvolva alguma técnica de ensino. Às vezes quando a colega não está atendendo eu coloco duas ou três gestantes que estão no mesmo trimestre de gestação e dou as orientações de uma só vez para aproveitar o tempo, mas também por causa das constantes interrupções não dá para elas se sentirem à vontade e interagirem além de dificultar o andamento da ação (MARIA DA CONCEPÇÃO).

Esta ausência de privacidade não torna o ambiente da consulta favorável. Silva (1996) afirma que quando se trabalha em condições gratificantes, é natural que se tenha uma sensação de bem-estar e de qualidade do seu desempenho.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), entre as demais condições básicas para a organização da assistência pré-natal faz-se necessário

uma área física adequada, sendo a privacidade um fator essencial nas consultas e exames clínicos ou ginecológicos. O que evidenciamos neste estudo não corresponde às normatizações oficiais.

4.2.4. Acesso da gestante à informação acerca do fluxo de atendimento pré-natal

Neste estudo, o que percebemos foi um desconhecimento da gestante do fluxo de assistência pré-natal, causando distúrbios na organização do trabalho e podendo causar constrangimentos à gestante, conforme relatos a seguir.

Aqui os médicos não costumam informar para as gestantes como elas devem se dirigir para tomarem a vacina, como você mesmo percebeu, aí elas entram de qualquer jeito na nossa sala para quererem tomar a vacina, porque eles só dizem para procurar a enfermeira e quando nós as esclarecemos elas ficam com vergonha de terem interrompido o nosso atendimento (PAULA FREIRE).

As gestantes ao virem procurar atendimento no pré-natal do HUUMI se dirigem ao setor de marcação de consultas, mas não são informadas que além da consulta médica a Instituição oferece também a consulta de enfermagem para o seu atendimento (MARIA DO BOM PARTO).

Ao investigar na Instituição a utilização de algum material informativo acerca do fluxograma de atendimento para ser distribuído ao usuário, não foi encontrado por nós qualquer tipo de material com essa finalidade, nem mesmo na recepção, no Serviço de Atendimento Médico (SAME) ou na Chefia Geral de Enfermagem.

4.2.5. Aprofundar a compreensão da educação em saúde como recurso gerador de mudança individual e coletiva por meio de uma consciência social e sanitária

Ao examinarmos a percepção das enfermeiras sobre a educação em saúde, como componente da consulta de enfermagem no pré-natal, três categorias emergiram **Conhecimento, Aprendizagem e Prevenção**. Somente uma enfermeira referiu a processos mais interativos ressaltando a **Interação e o Diálogo**.

As falas a seguir exemplificam o exposto:

Conhecimento

Educar a mulher para que a partir de suas condições e conhecimentos básicos, ela tenha saúde (MARIA DA CONCEPÇÃO).

São formas de transmissão de conhecimento com o objetivo de despertar na mulher medidas que preservem sua saúde e minimizem suas angústias em relação à gestação (ANA NERY).

Aprendizado

São meios utilizados para facilitar o aprendizado da gestante sobre como cuidar da sua saúde e a do seu filho (NATIVIDADE).

Prevenção

São ações de grande importância para a saúde do binômio mãe e filho, pois reduzem os agravos. Educar é uma das atividades da enfermeira com o objetivo de concretizar a promoção à saúde (MARIA DO BOM PARTO).

Interação e o diálogo

É qualquer tipo de ação que vise uma interação, um diálogo para o aprendizado da gestante (PAULA FREIRE).

Todas estas categorias são requisitos necessários, para o desenvolvimento de práticas educativas, constituindo um conjunto o ato de ajudar outra pessoa a aprender, a autocuidar-se por meio da aquisição de conhecimentos, atitudes ou habilidades tornando-se uma pessoa pró-ativa no processo.

A Organização Mundial da Saúde destaca a importância da função educativa da(o) enfermeira(o) na área materno-infantil e considera que a identificação das necessidades de aprendizado, o planejamento, desenvolvimento e avaliação dos programas educativos como essenciais neste tipo de atenção (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DELA SALUD, 1986).

A educação em saúde, também, é ressaltada por Barbieri (1996), ao considerar esta atividade como a única forma democrática de mudar comportamentos relacionados à saúde; desta forma, as atividades educativas, como função do enfermeiro, constituem responsabilidade social e profissional de suma importância.

Para Costa e Fuscilla (1999), em uma perspectiva mais ampla, pode-se concluir que a Educação e a Saúde devem ser entendidas como áreas do conhecimento humano, que devem se integrar, para reforçar o exercício da cidadania "pois a socialização do saber é indispensável para a luta pelo direito social

à saúde e por melhores condições de vida”.

Vale ressaltar, que para a atividade educativa em saúde vir a alcançar o objetivo desejado, ou seja, a mudança de comportamento, o aprendizado requer o envolvimento ativo dos atores sociais envolvidos, educando e educador, de forma que possibilite trocas, diálogos e escolhas significativas no contexto do educando. Smeltzer e Bare (1994) ressaltam que o professor não inculca conhecimento ao indivíduo que aprende, serve, isto sim, como facilitador do aprendizado.

O profissional de saúde tem que ter nesse caso um importante papel, o de facilitador de um processo educativo mais amplo, quando isto ocorre, à medida que as pessoas aprendem, elas ensinam e também se tornam multiplicadoras de ações educativas que promovem saúde.

A partir do momento em que palavras como diálogo, participação, trabalho em equipe..., forem usadas com os seus reais significados pelas pessoas e profissionais na sua vivência diária, a ação educativa vai alcançar de forma mais fácil o seu objetivo que é a transformação da sociedade na busca de um mundo mais justo, solidário e humano (COSTA e FUSCELLA, 1999, p. 47)

Na fase seguinte, quando, durante os encontros do grupo focal, discutimos sobre a educação em saúde outros aspectos foram incluídos como, por exemplo: **condições socioeconômicas, estratégias de ensino e participação da gestante**. Embora as enfermeiras tenham levantado estas questões, como relevantes nas ações da educação em saúde junto às suas clientes, não encontramos evidências a partir das falas dessas profissionais, das possibilidades de assegurar às gestantes ações de educação em saúde que se encaminhassem para o despertar de uma consciência individual e coletiva para a promoção da saúde.

É fazer com que a gestante adquira conhecimentos para promover sua saúde, de acordo com suas condições socioeconômicas (ANA NERY).

Meios utilizados para facilitar o aprendizado da gestante, ou seja, são as estratégias de ensino (MARIA DO BOM PARTO).

Em discussão grupal, na fase de crítica da realidade, sobre educação em saúde, uma das enfermeiras participantes, assim se manifestou a respeito do conceito dado por outra participante:

A colega quis chamar a atenção para a importância da participação da gestante durante a consulta. Eu concordo com ela por achar importante a abertura do profissional para o diálogo” (ANA NERY).

A análise dos depoimentos revelou o conhecimento por parte das enfermeiras sobre a importância da ação educativa em saúde, do levantamento das necessidades da clientela, do “saber ouvir” e a importância da participação da gestante com a abertura do profissional para o diálogo.

Porém, na realidade, as enfermeiras do HUUMI vivenciam dificuldades tanto teóricas como metodológicas de adotar uma prática de educação em saúde que possibilite às clientes: conhecimentos, reflexões críticas, habilidades e atitudes de mudanças, mesmo as de caráter individual no aspecto preventivo, em face às dificuldades por elas apresentadas.

Eu tento passar todas as informações necessárias para a cliente de acordo com o seu trimestre gestacional, mas como o tempo é curto para a demanda atendida e há um excesso de burocracia (registro e anotações) não sei se a

gestante ficou com dúvidas, o que prejudica o processo ensino – aprendizagem e em geral ela só escuta sem participar, o que seria o tipo de uma educação bancária (ANA NERY).

O fato de não saber quantas gestantes de primeira vez tem no dia para serem atendidas, dificulta o serviço, se eu soubesse eu dividiria melhor o meu tempo. Às vezes eu estímulo o diálogo com as primeiras e quando eu vejo mais prontuários chegando eu começo a falar mais rápido, mas eu sei que o ideal é a troca e não adianta tanta informação de uma só vez, ou seja, apesar de saber, por falta de tempo eu acabo não fazendo (NATIVIDADE).

Os depoimentos e a observação revelaram então pontos de estrangulamento entre o saber e o fazer das ações educativas realizadas pelas enfermeiras no pré-natal, relacionados com o modelo assistencial, questões estruturais e organizacionais configurando-se a dificuldade de correlacionar o saber e o fazer das enfermeiras no campo da educação em saúde. Este estudo corrobora com evidências da investigação de Nietzsche (2000):

Observo que os profissionais de enfermagem estão atrelados às normas e rotinas que eles próprios criam e a outras muitas vezes impostas a partir da influência institucional. Em seu discurso “ideal”, procuram ver o cliente como “total”, mas na prática isso quase sempre não é possível por falta de tempo (NIETSCHE, 2000, p. 130).

A condução deste estudo, conforme descrito na metodologia, apoiou-se em textos para provocar maiores discussões críticas nos encontros do grupo focal. Tendo-se levado as enfermeiras a se posicionarem e refletirem sobre a sua atuação como educadora em saúde na assistência pré-natal surgiram os seguintes depoimentos:

Bem, depois do que se leu e se falou aqui, parece que nós só

conseguimos mesmo durante a consulta é passar informações, raramente nós conseguimos fazer a educação em saúde como deveria ser feita (MARIA DA CONCEPÇÃO).

A enfermeira Paula Freire complementou:

Eu, por exemplo, com medo da cliente não voltar para outra consulta, que a gente sabe que acontece, quero logo é ir falando para ela tudo que acho importante, quer dizer, pensado em fazer o 'bem' estou longe de fazer uma educação em saúde.

Em relação às possibilidades de formação de grupo de gestantes para uma ação educativa coletiva, as enfermeiras foram unânimes em dizerem de suas limitações, devido às imposições organizativas sobre a forma de trabalho. Porém, todas reconhecem que o trabalho em grupo contribuiria para o melhor conhecimento da clientela do processo saúde-doença, das práticas culturais do cuidado, do período gestacional, parto, puerpério e da promoção da saúde, como expressa Madureira sobre o trabalho em grupo:

Compartilhando saberes e vivências em grupo, os seres humanos aprendem não somente novas estratégias e habilidades para o enfrentamento das situações que vivenciam, como também se fortalecem para situações futuras (MADUREIRA, 1994, p. 92).

Realmente as ações educativas podem acontecer de forma individual ou coletivamente e sendo em grupo as mulheres podem trocar experiências, mas na nossa consulta individual não dá realmente para que a gestante possa atingir esse nível de compreensão. Às vezes em uma consulta subsequente eu pergunto o que ela já sabe sobre o aleitamento materno, ela demora a responder e quando o faz não é com segurança. Outras vezes acontece de eu perguntar

'alguém já falou para você sobre o aleitamento materno' e ela dizer que não, mas na carteirinha de gestante eu vejo que a colega, ou eu mesma, já havia registrado que tinha sido dada orientação sobre o aleitamento, revelando a importância de se rever à estratégia utilizada durante a consulta de modo que facilite o aprendizado (MARIA DO BOM PARTO).

Eu acho que todas as gestantes deviam participar de cursos para gestantes, porque só com as informações dadas na consulta parece não ser suficiente, mas a realidade do nosso serviço e da nossa clientela não dá oportunidade para que isso aconteça. Quando a mulher vem para a consulta primeiro vai para fila para pesar e verificar a pressão para ser atendida pelo médico e depois por nós e vai tomar a vacina, aí acaba o dia e ela tem que 'correr' para casa (ANA NERY).

Nós nem teríamos tempo para dar esse curso, além disso, as gestantes só vão assistir à palestra sobre aleitamento materno no serviço social ou com as alunas de enfermagem, porque se não participarem não consultam. Dificilmente elas viriam somente por causa do curso, só se ganhassem alguma coisa material por causa da falta de dinheiro para o transporte ou terem medo de perder emprego por faltarem vários dias ou por não terem com quem deixar seus filhos (NATIVIDADE).

A enfermeira Ana Nery comenta:

Parece que para a Instituição, como se trabalha por produtividade, o importante é a quantidade. Sendo assim, o tempo da consulta será sempre um empecilho para a realização da ação educativa como ela realmente deveria acontecer. Por isso acho de suma importância que seja oferecido um curso para as gestantes (ANA NERY)

Tanaka (1995) já chamava atenção para este fato retratado por Ana Nery, ao dizer:

A necessidade de maior produtividade causou um estrangulamento no atendimento e a qualidade tão alardeada, anda na contra-mão. A nova ordem é atender o maior número de clientes no menor espaço de tempo e a clientela passou a ser mais um número para o sistema de cobrança (TANAKA, 1995, p. 47).

Assim, a partir das falas das participantes, vimos que a ação educativa realizada pela enfermeira na consulta do pré-natal deste serviço, caracteriza-se como uma ação individual, pouco participativa, que raramente envolve familiares e de predominância informativa. Ao se fazer um paralelo entre as tendências pedagógicas e o modelo assistencial, temos ainda na ação educativa realizada neste serviço, uma prática tradicional e tecnicista e um pouco distante da tendência libertadora e crítico-social.

Uma das formas de proporcionar ao indivíduo a compreensão do fenômeno saúde-doença, ampliando a possibilidade de transformá-lo, é proporcionar-lhe conhecimento crítico deste processo, partindo de sua vivência cotidiana. A educação em saúde é dentro desta perspectiva, o processo de aprendizagem que possibilita ao indivíduo compreender as relações entre o processo saúde-doença, seus determinantes e a realidade em que vive (WENDHAUSEN, 1992, p. 51).

As enfermeiras concordaram que é verdadeiro dizer que existem pontos de estrangulamento entre o que elas sabem e o que realmente podem fazer na consulta do pré-natal. Esses pontos, segundo elas, estão relacionados com o modelo assistencial, questões estruturais e organizacionais.

Articular responsabilidade, liberdade e compromisso significa que ao educador, ou ao profissional de saúde, não basta saber. É preciso também querer e não adianta saber e querer, se não se tem poder para acionar os mecanismos de transformação nos rumos da instituição que se quer mudar – os serviços de saúde (L'ABBATE, 1997, p. 275).

Ao chegarmos nesta fase do estudo, necessário se faz dizer o quanto aprendemos com este percurso (e espero que as enfermeiras participantes também)

a respeito da educação em saúde, o saber e fazer na consulta de enfermagem. A fase seguinte constituiu-se no desafio da pesquisadora junto com as enfermeiras participantes, abstraindo das fases anteriores, dado a sua indissociabilidade, os encaminhamentos ou idéias geradoras para uma nova postura do grupo estudado sobre o seu processo de trabalho e de educação em saúde como ato de cuidar da(o) enfermeira(o).

4.3 Criação Coletiva

Diante da realidade deste serviço, este estudo ao analisar as evidências no mesmo apresentadas e inspiradas na perspectiva das recomendações da promoção da saúde que preceitua a Carta de Ottawa de 1986 (BRASIL, 2001), compreendemos que para melhorar a qualidade da assistência pré-natal oferecida no HU deve-se envidar esforços que apontam para a seguinte ordem de ações:

- re-orientação do serviço de atenção à gestante;
- criação de um ambiente físico adequado para o atendimento da consulta de enfermagem;
- estimular a participação da gestante em grupos de educação em saúde.

Estas ações estão agrupadas em duas grandes macroestruturas: organizacionais (espaço físico adequado; adequação do tempo para o atendimento visando a educação em saúde; referência e contra-referência e trabalho em equipe) e assistenciais (implementação do programa de ações educativas para grupos de gestantes e familiares e condicionar a participação das primigestas no último

trimestre de gravidez nas reuniões de preparação para o parto à realização da 3ª dose da vacina antitetânica).

O Quadro 1 “MOMENTO DE CONSTRUÇÃO COLETIVA”, mostrado a seguir, apresenta as idéias geradoras coletivas como concebida pelas enfermeiras sinalizando as facilidades e obstáculos a serem transpostos. Contudo não se quer dizer que estas ações serão suficientes, mas à luz dos dados apresentados podem ser entendidas como idéias que se transformadas em atos poderá levar a uma melhoria na qualidade do atendimento às gestantes, fortalecendo as políticas públicas de saúde e contribuindo para a redução da morbidade e mortalidade materno-infantil.

QUADRO 1 – MOMENTO DE CONSTRUÇÃO COLETIVA. Idéias geradoras a partir do grupo de enfermeiras do estudo

Idéias Geradoras	Ações facilitadoras	Obstáculos
<p><u>Organizacionais</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Espaço físico adequado. 2. Adequação do tempo para atendimento visando a educação em saúde. 3. Referência e contra-referência 4. Trabalho em equipe 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disponibilização de salas separadas para consultas de enfermagem/ação educativa individual 2. Solicitação de agente administrativo para o preenchimento dos impressos e Agendamento da 1ª consulta de enfermagem (CE), através do SAME 3. Promover junto à chefia médica a sensibilização dos pré-natalistas acerca da postura médica em relação ao encaminhamento das gestantes à CE 4. Promover junto aos demais membros da equipe de enfermagem a sensibilização da necessidade de privacidade durante a CE 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Priorização do atendimento médico em detrimento à consulta de enfermagem e falta da participação do profissional enfermeiro nas decisões da Instituição 2. Déficit de funcionário administrativo e n.º reduzido de enfermeira x clientela 3. Resistência do médico em relação à consulta de enfermagem 4. Modelo assistencial/falta de reconhecimento da consulta de enfermagem
<p><u>Assistenciais</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Implementação do programa de ações educativas para grupos de gestantes e familiares 2. Condicionar a participação das primigestas no último trimestre de gravidez nas reuniões do projeto de extensão "Preparação para o parto" do Departamento de Enfermagem à realização da 3.ª dose da vacina antitetânica 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Colocar em prática o que preconizam o PAISM e o MS. 2. Estimular a participação das gestantes nesse tipo de atendimento visando uma ação educativa coletiva 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Envolve a mobilização de toda a equipe no sentido de organizar o tempo que a gestante e seus familiares dispõem dentro da Unidade ou de viabilizar a vinda da gestante novamente à unidade para participar exclusivamente dessa atividade 2. Necessidade de mais bolsistas no projeto para que haja o curso todos os dias

Como podemos ver no Quadro 1, há uma vontade imbuída nestas profissionais de provocar mudanças individuais e estruturais. Falta-lhes, entretanto, o poder político que só se pode conseguir por meio da ação coletiva da categoria. Esta ausência de exercício também se constitui um obstáculo, pois não se pode estimular os clientes/usuários para ação coletiva se não se exercita também, este direito.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este processo de avaliação não se fez sem dificuldade, porém, a despeito e/ou apesar de todos os óbices, essa experiência valeu a pena. Ela nos levou, pesquisadora e enfermeiras participantes como sujeitos da pesquisa, à reflexões no sentido de apontar que a assistência pré-natal para a promoção da saúde da gestante não reflete as idéias que foram objetos de avanço na década de 80, como por exemplo, a garantia da participação da mulher na conquista da sua cidadania, no que diz respeito à dificuldade de acesso à informação sobre seu corpo, sua gestação e seu parto.

O que vimos neste estudo foi o incentivo do aumento da cobertura em detrimento da qualidade, o que não responde às diretrizes das questões normativas das ações básicas de promoção da saúde que propõe a simultaneidade dessas ações.

Embora a Instituição, local da pesquisa, faça parte da rede de serviços que contempla os Programas do Ministério da Saúde que normatizam as ações de saúde da mulher, sua forma de implementação merece ser reexaminada no sentido de otimizar as ações dos seus profissionais e promover melhor qualidade de assistência para sua clientela.

A realidade do nosso sistema de assistência de saúde parece se concentrar nas ações curativas que ensejam maior produtividade, enquanto que as práticas de promoção e prevenção da saúde estão sendo relegadas a um segundo plano.

A nova política federal e estadual preconizada para os Hospitais Universitários está voltada para o atendimento de alta complexidade e para atender

a esse novo perfil, o HU de São Luís sofreu reformas, adaptações, adquiriu novos equipamentos e capacitou recursos humanos. Apesar de considerarmos importante que o Sistema Único de Saúde proporcione para a população, que não dispõe de plano de saúde, a realização de procedimentos de alta complexidade, percebemos que outros aspectos importantes não devam ser descurados visando não só a cobertura, mas também, a qualidade da assistência.

As propostas inovadoras trazidas pelo PAISM, principalmente a de cunho educativo, não conseguiram ser operacionalizadas na sua totalidade conforme foram pensadas, o que acaba por afetar o atendimento.

A saúde como direito deve romper com a visão assistencialista, mecanicista do corpo e apontar para o diálogo, socialização de saberes e práticas entre profissionais e clientes, tanto na prevenção quanto na cura. As relações que se estabelecem entre enfermeiras e gestantes nestas condições organizacionais e assistenciais que se apresentam, oferecem limitadas possibilidades de se estabelecer uma comunicação efetiva que possa contribuir para o entendimento da mulher sobre sua condição de saúde, potencialidades e capacidades de mudanças pessoal e familiar. Ainda nessa perspectiva, a contribuição da consulta de enfermagem para a educação em saúde é prejudicada por ser permeada de ruídos, bloqueios e descontinuidade no processo comunicativo, mas significativa no aspecto da humanização devido a postura pessoal de suas executoras.

Como ficou visível no bojo das falas das participantes durante as reuniões de grupo, há necessidade de se gerar esforços para a realização da assistência educativa como forma de melhorar o impacto dessa ação na saúde física, mental e emocional da gestante durante o pré-natal, quer individualmente ou mesmo coletivamente, sendo importante para isso que a consulta de enfermagem deixe de

ser apenas:

- local de realização da vacina para a gestante;
- local para esclarecer algumas informações que o médico não fez;
- um local para atender a demanda reprimida, ou ainda,
- um local para atender a exigência de cobertura vacinal.

A participação ativa das pessoas envolvidas, pesquisadora e enfermeiras, foi o primeiro passo para qualquer tipo de alteração que se queira efetuar, por isso sentimos que a escolha dessa trajetória metodológica pensada e adotada com o apoio da orientadora do estudo, foi essencial para a realização desta pesquisa, não só por servir de referencial, mas principalmente, por estimular a participação ativa das colegas enfermeiras que atuam no pré-natal. Além disso, os profissionais que trabalham em Instituições que têm implantado o Sistema Único de Saúde, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e agora o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento na sua esfera legal, têm que estar motivados e vigilantes para que o atendimento garanta a efetividade dessas propostas.

Por fim, este estudo aponta, que apesar das dificuldades encontradas faz-se necessário a persistência dos profissionais de enfermagem no sentido de que sejam implementadas atividades que visem à melhoria das ações educativas no pré-natal e que o enfermeiro tenha seu papel reconhecido nesses contextos. Portanto, para que sejam viabilizadas as idéias geradas nesta pesquisa, é importante o envolvimento de todos os profissionais de saúde nos vários escalões da Instituição.

É mister registrar que não pretendemos com este trabalho esgotar a temática estudada, pois é nosso entendimento, que toda e qualquer conclusão em se tratando de conhecimento é sempre uma verdade provisória em razão da dinamicidade dos fatos estudados.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel; ROCHA, Semiramis Melani Melo. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

ALONSO, Ilca L. Kler. O processo educativo em saúde na dimensão grupal. In: **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 122-132, jan./abr. 1999.

_____. **Buscando caminhos para viver saudável**: uma proposta educativa de enfermagem voltada às “mães de primeira viagem” e seus enfrentamentos cotidianos. 1994, 204f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

ARAÚJO, Rosália Teixeira. Importância da educação para a saúde na assistência pré-natal expresso por gestantes de um Centro de Saúde. In: XVI ENCONTRO DE ENFERMAGEM DO NORDESTE. **Anais da RENE**, 1999.

AREZO, Juliano. Pré-natal de baixo risco: considerações sobre as influências positivas para mãe e filho. **Residência Médica**, v. 33, n. 2, 1995.

ÁVILA, Ângela Amâncio. **Socorro doutor, atrás da barriga tem gente**. São Paulo: Atheneu, 1998.

BARBIERI, M. **O enfermeiro na educação de adultos**. São Paulo, 1996. 144p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, 1996.

BITTES JÚNIOR, Artur; MATHEUS, Maria Clara Cassuli. Comunicação. In: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow (organizadora). **Instrumentos básicos para o cuidador**: um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

BONADIO, Isabel Cristina et al. A comunicação terapêutica no cuidado pré-natal. In: **Revista Paulista de Enfermagem**, v. 16, n.1/3, p. 5-11, jan./dez.1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde**: saúde da mulher brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

____. **Promoção da saúde:** Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta e Declaração de México. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

____. **Assistência pré-natal:** manual técnico. 3. ed. Brasília:Ministério da Saúde, 2000.

____. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher:** bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

____. **Ações educativas nos serviços básicos de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1981.

____. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001.

BRICENO-LEON, Roberto. Bienestar, Salud Pública y Cambio Social. In: BRICEÑO-LEON, Roberto; MINAYO, Maria Cecilia; Coimbra, Carlos E. A. (org) **Salud y Equidad:** um mirada desde las ciências sociales. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2000: 15-42.

BURROUGHS, A. **Uma introdução à enfermagem materna.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. In: ALMEIDA, M.C.P de; et al. **Os determinantes dos modelos assistenciais e a qualificação da força de trabalho em enfermagem.** Anais do 48.º Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1997.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. In: **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 31, p. 209-212. 1997.

CANELLA, P. R. B. Relação médico-paciente no pré-natal. In: SALES, J. M. et al. **Tratado de assistência pré-natal.** São Paulo, ROCA cap. 52, p.561-72, 1989.

COIMBRA, Liberata Campos. **Adequação do uso da assistência pré-natal em São Luís – Maranhão.** 1999, 148f. Dissertação (Mestrado em Saúde Ambiente) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 1999.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2, 1996. Suplemento.

COSTA, Ana Maria; GUIMARÃES, Maria do Carmo. **Controle social: uma questão de cidadania. Saúde é assunto para mulher.** Rede Nacional Feminista de Saúde. 3. ed. São Paulo, 2002.

COSTA, Íris do Céu Clara; FUSCELLA, Maria Alice. Educação e Saúde: importância da integração dessas práticas na simplificação do saber. In: **Ação coletiva**. v.III (3), jul./set. 1999.

CRUZ, Maria Elisabete Costa da. **Assistência pré-natal em Fortaleza: estudo a partir da ótica da gestante e dos profissionais de saúde.** 2000. 128 p. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2000.

DAVIM, R. M. B. et al. Orientações no pré-natal quanto ao trabalho de parto: benefícios às parturientes. **Revista Nursing**, v. 57, n. 6, p. 18-23, fev. 2003.

DEMO, Pedro. **Avaliação sob o olhar propedêutico.** Campinas. SP: Papiros, 1996.

_____. **Educar pela pesquisa.** 2. ed. Campinas: Autores Associados, 1997.

_____. **Avaliação Qualitativa: polêmicas do nosso tempo.** 6. ed. Campinas, SP: Papiros, 1999.

DIAS, Marly de Jesus Sá. **Educação sexual na saúde da mulher: um estudo sobre a prática de um Hospital Universitário.** 2002, 108p. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2002.

DILLY, C. M. L.; JESUS, M. C. P. **Processo educativo em enfermagem: das concepções pedagógicas à prática profissional.** São Paulo: Robe Editorial, 1995.

DIÓGENES, Maria Albertina et al. Avaliando a disciplina de Enfermagem na comunidade: ensaio de uma abordagem emancipatória. In: SILVA, Raimunda Magalhães da; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira; VARELA, Zulene Maria de Vasconcelos. **Ensino na Universidade: integrando graduação e pós-graduação.** Fortaleza: FCPC, 2000.

DIÓZ, Majore. **Entre mudanças e incertezas**: assistência pré-natal na perspectiva da integralidade. 1998. 120f. Dissertação (Mestrado em Assistência de enfermagem) - Faculdade de Enfermagem e Nutrição, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 1998.

D'OLIVEIRA, A. F. Saúde e educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. **Interface**. v.3,n.4, p.105 – 122, fev. 1999.

ÉVORA, Yolanda Dora. Orientações ministradas às gestantes durante o pré-natal: atuação dos profissionais de enfermagem. **R. Esc. Enferm. USP**, v. 22, n. 3, p. 339-351, dez. 1998.

FERNANDES, Rosa Áurea Quintela. **Morbimortalidade materna e perinatal e a qualidade da assistência pré-natal**. 1999. 151p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

FERREIRA, Sílvia Lúcia. **Mulher e serviços de saúde**: o processo de trabalho em distritos sanitários. Salvador; Ultragraph, 1996.

_____. A mulher e os serviços públicos de saúde. In: ALMEIDA, Maria Cecília Puntel; ROCHA, Semíramis Melani (organizadoras). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

FRANÇA, J. de R. P. **Saúde reprodutiva no município de São Luís**: contribuição para as políticas públicas de saúde. 1996. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 1996.

FREIRE, Paulo. **Conscientização**: teoria e prática da libertação, uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Moraes, 1980.

FREITAS, M. A. O diagnóstico de enfermagem e o planejamento da assistência de enfermagem à gestante. In: **Caderno de Saúde Pública**, v. 12, n. 1, p. 61-8, 1995.

_____. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 17 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREITAS, Marildy Aparecida. **Assistência de enfermagem à gestante: resultado de uma intervenção fundamentada em um modelo de educação de adultos.** 1999. 174p. Tese de doutorado - Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.

FIGUEIRÓ, Ana Claudia. **Pensando a prática da educação popular em saúde.** Rio de Janeiro: Rede de Educação Popular e Saúde, [s. d.]

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologia qualitativa na sociologia.** 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

INFORME EPIDEMIOLÓGICO. **Mortalidade materna: ainda um desafio.** Secretaria Municipal de Saúde, São Luís – MA, n. 2, outubro 2002.

JORNAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. São Luís, Estação Gráfica, n. 5, jan./jun., 2000.

_____. São Luís, Estação Gráfica, n. 6, jan./mar., 2001.

KLEBA, Maria Elizabeth Silva. Marco Conceitual para a prática assistencial de Enfermagem enquanto processo educativo em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 45, n.1, p. 54-59, jan.- mar. 1999.

KOHLRAUSCH, Eglê; ROSA, Ninon Girardon. Relacionando os modelos assistenciais e as tendências pedagógicas em saúde: subsídios para a ação educativa da enfermeira. **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 20, n. esp., p.113-122. 1999.

L'ABBATE, Solange. Comunicação e educação: uma prática de saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org). **Agir em saúde: um desafio para o público.** Editora HUCITEC. São Paulo, 1997.

LAGO, Tânia. Ministério da Saúde fala sobre assistência obstétrica no País. In: **Relatório do Seminário Nacional de Assistencial Obstétrica no Brasil: desafios e estratégias para ação.** Brasília, p.12-6.1999.

LAURETTI, R. Marcos. Referenciais para estudos de investigação em mortalidade materna infantil. In: **Revista de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 507-572, 1998.

_____. Perfil da mortalidade materna. In: MINAYO, M.C. de S. **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1995.

LEÃO, Estela Maria; MARINHO, Lílian Fátima Barbosa. Saúde das mulheres no Brasil. In: **Promoção da Saúde: Saúde da Mulher Brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

LEOPARDI, Maria Teresa. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LESCURA, Y.; MAMEDE, M. V. **Educação em saúde: abordagem para enfermeiro**. São Paulo: Sarvier, 1990.

LIBÂNEO, J. **Democratização da escola pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos**. São Paulo: Loyola, 1992.

✓ LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E.; BOBAK, Irene M. **O cuidado em enfermagem materna**. Tradução de Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 1999.

✓ MALDONADO, Maria Tereza Pereira. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1984.

MARCON, Sônia Silva. "Flashes" de como as gestantes percebem a assistência pré-natal. In: **Revista latino-americana enf.** v. 5, n. 4, p. 43-54, out. 1997.

MARTINS, Cleusa Alves. **A consulta de enfermagem institucionalizada no pré-natal de baixo risco: a institucionalização em serviços públicos de saúde -SUS em Goiânia**, 1999. 189 p. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem Ana Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos. **A qualidade na assistência à saúde da mulher gestante: possibilidade e limites**. 219 p. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem Ana Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1997.

NASCIMENTO, Maria da Graça Pereira do; SANTOS, Odaléa Maria B. Vivenciando o processo do nascimento. IN: **TEXTO e contexto de Enfermagem**. Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 157-167, jan./abr. 1997.

NEME, Bussâmara. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Sarvier, 1995.

NIETSCHE, Elisabeta Albertina. **Tecnologia emancipatória: possibilidade para a práxis de enfermagem**. Ed. UNIJUÍ, 2000.

NOGUEIRA, M. Inês. **Assistência pré-natal: prática de saúde a serviço da vida**. São Paulo: Hucitec, 1994.

OBA, M. D. V.; TAVARES, M. S. G. Assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto-SP. : sugestões e recomendações para ações futuras. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 1/3, p. 35-42, 1997.

NUNES, César. **Desvendando a sexualidade**. Campinas: Papyrus, 1997.

OBA, M. D. V. Assistência pré-natal: uma assistência integral ou fragmentada? Ribeirão Preto, 1996. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. In: OBA, M. D. V. ; TAVARES, M. S. G. Quem são as mulheres e porque vão procurar o serviço de assistência pré-natal das Unidades de Saúde de Ribeirão Preto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 4, p. 596-605, out/dez. 1999.

OLIVEIRA, Maria Emília; ZAMPIERE, Maria de Fátima Mota; BRUGGEMANN, Odaléa Maria. **Melodia da Humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001, 144p.

OLIVEIRA, Dulce Maria Mafra. **A comunicação enfermeira: gestante na consulta de enfermagem em Unidade de pré-natal**, 1996, 150p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia 1996.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno-infantil**. Washington DC. Oficina Sanitaria Panamericana, 1986, 265 p.

PAMPLONA, Vitória. **Mulher, parto e psicodrama**. São Paulo: Agora, 1990.

PAIVA, Janine S.; MORON, Antonio Fernandes de; ALBUQUERQUE, Rosemeire Sartori de. Participação da enfermeira obstetra na equipe multidisciplinar de assistência à gestante. In: **Revista Paul. Enfer.**, v. 9, n. 3, p: 7-14, set-dez. 1992.

PEREIRA, Roseane Lago Diniz. **Conhecimento de puérperas sobre sinais de trabalho de parto: avaliação das orientações recebidas no pré-natal.** 2002, 67f. Monografia de especialização. Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, Universidade Federal do Maranhão, 2002.

PEREIRA, Valdina Marins; MARANHÃO, Amélia M. Sacrpa de; ANDREONI, Sandra (Orgs.). Dispositivos legais relacionados à saúde da mulher e do recém-nascido – Manual. São Paulo: ABENFO, 2002.

POLIT; HUNGLER. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem.** 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PENNA, L. H. G.; PROGIANTI, J. M.; CORREA, L. M. Enfermagem obstétrica no acompanhamento pré-natal. In: **R. brás. Enfer.** Brasília, v. 52, n. 3, p.385-391, jul.-set., 1999.

REHEN, R. Ministério da Saúde fala sobre assistência obstétrica no País. In: **Relatório do Seminário Nacional de Assistencial Obstétrica no Brasil: desafios e estratégias para ação.** Brasília, p.4-6, 1999.

RESSEL, M. V.; GUALDA, D. M. R. **Grupo focal.** Lilacs id: 272344. 2002.

REZENDE, J.; MONTENEGRO C. A B. **Obstetrícia fundamental.** 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

REZENDE, Carlos H. A. de; Mortalidade materna em cidade de médio porte, Brasil, 1997. In: **Revista de Saúde Pública** . 2000; v. 34, n. 4, p. 323-8.

RODRIGUES, Maria Socorro Pereira; LEOPARDI, Maria Teresa. **O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros.** Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

ROSSO, C. F. W. Os enfermeiros e a prática de educação em saúde em município do interior paranaense. In: **Revista Eletrônica de Enfermagem,** Goiânia, v. 1 n. 1, out./dez. 1999. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. acesso em 2002.

SACRISTÂN, J. G.; GOMES, I. P. **Compreender e transformar o ensino**, 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

✦ SALES, J.M.; VITIELLO, N. **Fundamentos da assistência pré-natal: cronograma assistencial**. São Paulo, Roca, 1989.

✦ SANCOVSK, Mauro. Consulta pré-natal. In: ZUGAIB, Marcelo. **O pré-natal**. 2.ed. São Paulo: Editora Atheneu, 1994.

SANTOS, Elaine Franco dos et al. **Legislação em enfermagem: atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

SANTOS, Odaléa Maria Bruggeman; CUSTÓDIO, Zaira Aparecida de Oliveira. Encontro de gestantes do terceiro trimestre: uma experiência facilitadora para vivenciar o parto. In: **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p. 43-54. out.1997.

SAITO, Emília; GUALDA, Dulce Maria Rosa. O profissional de saúde frente à vivência da dor de parto pela mulher. In: **Revista Técnico-científico de enfermagem**. Curitiba, v.1, n. 1, p. 31-36. 2003.

SAUL, Ana Maria. **Avaliação emancipatória: desafio à teoria e à prática de avaliação e reformulação de currículo**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

SEPÚLVEDA, M. A. C. Breve histórico dos programas nacionais de saúde materno-infantil. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/jornal/html>> Acesso em: 30 de março de 2002.

SILVA, Maria Júlia Paes da. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo: Editora Gente, 1996.

✦ SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 7.ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. Cap. 3, p. 37-44: Educação/orientação à saúde aos pacientes. 1994.

TANAKA, Ana Cristina. **Mortalidade materna: reflexo da má qualidade e da desintegração dos serviços de saúde**. J. Rede Saúde, n.20, maio 2000. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/jornal/html/body_jr20_dandreta.html>. Acesso em 24 fev. 2001.

_____. **Maternidade**: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Ed. HUCITEC ABRASCO, 1995.

TEDESCO, Júlio de A; ZUGAIB, Marcelo; QUAYLE, Julieta. **Obstetrícia Psicossomática**. São Paulo: Editora Atheneu, 1997.

TYRELL, M. A R. **Programas nacionais de saúde materno-infantil**: impacto político-social e inserção da enfermagem. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1995.

_____. Centro de parto normal – CNP. In: **Revista Nursing**, São Paulo, n. 32, p. 5-6, jan. 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **Hospital Universitário**: Relatório de Gestão 2000. Universidade Federal do Maranhão/Hospital Universitário. São Luís-MA, Aquarela 2000.

_____. HUUUFMA. **INFORMATIVO**. Universidade Federal do Maranhão/Hospital Universitário. São Luís-Ma, 2002.

VIDOTTI, Ingrid de Lourdes. Conhecimentos e expectativas de gestantes nulíparas sobre sinais e sintomas de trabalho de parto e parto. In: II CONGRESSO BRASILEIRO DE ENF. OBST. E NEONATAL. **Anais ...** Rio de Janeiro, 2000. p. 145-164.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano**: resgate necessário. 2.ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1999.

WENDHAUSCM, Águeda. Educação em saúde: possibilidades de uma proposta. Florianópolis: UFSC. Dissertação de Mestrado, 1992.

ZAMPIERE, Maria de Fátima Mota. **Humanizar é preciso**: escute o som desta melodia. In: OLIVEIRA, Maria Emília; ZAMPIERE, Maria de Fátima Mota; BRUGGEMANN, Odaléia Maria. **Melodia da humanização**: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001, 144p

_____. **Vivenciando o processo educativo com gestantes de alto risco e seus acompanhantes**. 1998. 179f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

ZIEGEL, E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. 8. e.d. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985. 696p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE I – ROTEIRO DE ENTREVISTA

DADOS PESSOAIS

NOME _____ IDADE _____

ENDEREÇO _____

ESTADO CIVIL _____

TEMPO DE FORMADA _____

PÓS-GRADUAÇÃO _____

TEMPO DE SERVIÇO _____

TEMPO QUE ATUA NO PRÉ-NATAL _____

1- O que você entende por ações educativas?

2- Como você as desenvolve no pré-natal? (envolve questões relacionadas ao tempo de duração e ao momento)

3 – Qual(is) a(s) dificuldade(s) encontradas para que essas ações aconteçam?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Informado

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

PESQUISA: Ações educativas no pré-natal: uma análise crítica e reflexiva sobre a consulta de enfermagem como um espaço para a educação em saúde

Eu _____, recebi por parte da pesquisadora, esclarecimento detalhado sobre a pesquisa e procedimentos a serem utilizados, bem como dos objetivos, riscos e benefícios que poderão advir da referida pesquisa. Foi garantido sigilo da identificação dos participantes e das informações colhidas. Declaro estar de acordo em colaborar com a responsável pela investigação e assino este consentimento por livre vontade.

Fica claro que posso a qualquer momento recusar a participar desta pesquisa sem nenhuma punição.

Assinatura da participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

São Luís, _____ / _____ / _____

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Informado (Instituição)

Senhor Diretor,

Estou realizando uma pesquisa sobre a **AÇÕES EDUCATIVAS NO PRÉ-NATAL: uma análise crítica e reflexiva sobre a consulta de enfermagem como um espaço para a educação em saúde**, realizada pela enfermeira, e considerando que essa instituição foi eleita para fazer parte do cenário da pesquisa, necessito de sua valorosa colaboração no sentido de permitir meu acesso ao ambulatório do Hospital Universitário Unidade Materno Infantil, para entrevistar as profissionais que serão os sujeitos sociais do estudo.

A pesquisa será desenvolvida no período de março a junho de 2002, sendo que as participantes serão contatadas inicialmente para que sejam estabelecidos de acordo com a disponibilidade das mesmas os demais encontros no ambulatório. Será utilizada a técnica de entrevista individual semi-estruturada com uso do gravador e norteada por um roteiro (instrumento em anexo). Posteriormente será feito um exame analítico minucioso do material coletado através da técnica de análise e interpretação dos resultados.

Pelo presente, informamos que todas as participantes serão esclarecidas sobre o projeto de pesquisa (tema, problema, objetivos, metodologia, cronograma) e sobre os princípios éticos e legais preconizados pelo Ministério da Saúde.

Contando com sua colaboração, agradeço antecipadamente,
Atenciosamente.

Claudia Teresa Frias Rios
Mestranda em Enfermagem

São Luís, _____ de _____ de 2002.

APÊNDICE D – Temáticas para discussão em grupo

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE IV – TEMÁTICAS PARA DISCUSSÃO EM GRUPO

- 1- Percepção das enfermeiras sobre os pressupostos teórico-metodológicos que fundamentam as ações educativas no pré-natal (processo ensino-aprendizagem, às tendências pedagógicas e aos modelos assistenciais por elas adotados).
- 2- O que não “anda bem” com a forma que está sendo realizada a ação educativa no pré-natal. Na prática, essa ação é um meio de transformação social, uma participação habilitadora ou apenas uma transmissão dos seus conhecimentos às gestantes? O processo ensino-aprendizagem nessas ações educativas estaria valorizando comunicação, importante para se detectar as reais necessidades da cliente? Essas ações estariam levando a gestante a conduzir com certa autonomia sua gravidez e a se fortalecer para o parto e para os cuidados com o recém-nascido?
- 3- Novas formas de realizar as ações educativas.

APÊNDICE E – Registros Fotográficos



Fachada do HUUMI



Gestantes em fila de
marcação de consulta



Sala da Consulta de
enfermagem



Sala da Consulta de
enfermagem

ANEXOS

1. no.
day
plu
set
of
for
of
col

ANEXO A - Textos

A educação em saúde como um dos pilares de concepção de promoção da saúde deve gerar o senso de identidade, autonomia e responsabilidade dos indivíduos. Numa perspectiva mais ampla pode-se concluir que a educação e a saúde devem ser entendidas como áreas que devem interagir para reforçar o exercício da cidadania.

Fonte: COSTA, Íris do Céu Clara; FUSCELLA, Maria Alice. Educação e Saúde: importância da integração dessas práticas na simplificação do saber. In: **Ação coletiva**. v.III (3), jul./set. 1999.

Na visão "bancária" da educação, o "saber" é uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber. Doação que se funda numa das manifestações instrumentais da ideologia da opressão – a absolutização da ignorância, que constitui o que chamamos de alienação da ignorância, segundo a qual esta se encontra sempre no outro.

O educador, que aliena a ignorância, se mantém em posições fixas, invariáveis. Será sempre o que sabe, enquanto os educandos serão sempre os que não sabem. A rigidez destas posições nega a educação e o conhecimento como processos de busca.

Não fazemos esta afirmação ingenuamente. Já temos afirmado que a educação reflete a estrutura do poder, daí a dificuldade que tem um educador dialógico de atuar coerentemente numa estrutura que nega o diálogo. Algo fundamental, porém, pode ser feito: dialogar sobre a negação do próprio diálogo.

Mais uma vez se antagonizam as duas concepções e as duas práticas que estamos analisando. A "bancária", por óbvios motivos, insiste em manter ocultas certas razões que explicam a maneira como estão sendo os homens no mundo e, para isto, mistifica a realidade. A problematizadora, comprometida com a libertação, se empenha na desmitificação. Por isto, a primeira nega o diálogo, enquanto a segunda tem nele o selo do ato cognoscente, desvelador da realidade.

Somente o diálogo, que implica um pensar crítico, é capaz, também, de gera-lo. Sem ele não há comunicação e sem esta não há verdadeira educação. A que, operando a superação da contradição educador-educandos, se instaura como situação gnosiológica, em que os sujeitos incidem seu ato cognoscente sobre o objeto cognoscível que os mediatiza.

O importante, do ponto de vista de uma educação libertadora, e não "bancária", é que, em qualquer dos casos, os homens se sintam sujeitos de seu pensar, discutindo o seu pensar, sua própria visão do mundo, manifestada implícita ou explicitamente, nas suas sugestões e nas de seus companheiros.

Fonte: FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 18. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

MÃE: ANTES DA ALTA NA MATERNIDADE, VEJA SE OS DADOS DO SEU PARTO E DO BEBÊ ESTÃO PREENCHIDOS

Dados do Parto _____ Data: ____/____/____

Tipo: Espontâneo () Forceps () Episiotomia () Cesária () Outro () Iniciação: _____

Obstetra: _____

Observações: _____ Data da Alta: ____/____/____

Pré termo () Termo () Pós termo () Sexo Feminino () Masculino ()

Dados do Recém-Nascidos

Apagar 1' _____ 5' _____ Peso _____ g Comprimento _____ cm Data e Peso na Alta: _____

Amamentação Materna: _____ Condições na Alta: _____

Ictericia () Convulsões () Outros () _____

Neonatalogista: _____

Observações: _____

Responsável pelas informações

- A GRAVIDEZ NÃO É DOENÇA. NO ENTANTO, EXIGE ATENÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA EVITAR COMPLICAÇÕES. POR ISSO É NECESSÁRIO:**
- ☐ IR À CONSULTA NA DATA MARCADA;
 - ☐ REPERIR A CONSULTA CADA VEZ QUE SEJA INDICADA OU VOCÊ JULGAR NECESSÁRIO;
 - ☐ CUMPRIR AS INDICAÇÕES FEITAS NO POSTO OU CENTRO DE SAÚDE.

- SINAIS DE COMEÇO DO PARTO:**
- ☐ ENDURECIMENTO DA BARRIGA, CADA VEZ MAIS FORTE E MAIS FREQUENTE, (COM OU SEM PERDA DE MUCO PELA VAGINA);
 - ☐ ROMBIMENTO DA BOLSA DE ÁGUA (PERDA DE LÍQUIDO).

- VOCÊ DEVE PROCURAR IMEDIATAMENTE A MATERNIDADE CASO TENHA:**
- ☐ PERDA DE SANGUE OU LÍQUIDO PELA VAGINA;
 - ☐ INCHAÇO DO ROSTO OU DE TODO O CORPO;
 - ☐ DOR DE CABEÇA OU MANCHAS NA VISÃO;
 - ☐ FEBRE OU CALAFRIOS;
 - ☐ SINAIS DE COMEÇO DO PARTO, QUALQUER QUE SEJA O TEMPO DE GRAVIDEZ;
 - ☐ FALTA DE MOVIMENTAÇÃO DE SEU BEBÊ POR MAIS DE UM DIA.

- DEPOIS DO PARTO:**
- ☐ É IMPORTANTE VOLTAR 30 DIAS APÓS O PARTO PARA A CONSULTA DE PUERPERIO.
 - ☐ É IMPORTANTE TRAZER SEU BEBÊ PARA CONSULTA NA PUERICULTURA, FAZER AS VACINAS E O TESTE DO PEZINHO.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
UNIDADE MATERNO INFANTIL

CARTÃO DA GESTANTE

PAGA SEMPRE SEU CARTÃO

Nome: _____

Prontuário: _____

Idade: _____ GS: _____

Endereço: _____

AGENDAMENTO

DATA	Atendimento	DATA	Atendimento

O Leite Materno é o melhor alimento para a criança. Você tem o direito de amamentar o seu filho. Informe-se sobre este direito.

HOSPITAL
AMIGO DA CRIANÇA

Verso

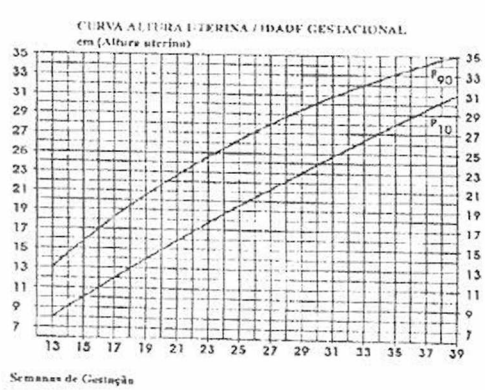
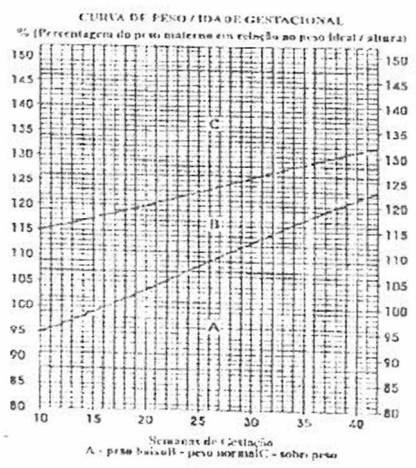
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

GESTA _____ PARA _____ ABORTO _____ RN (-2500g) _____ RN (+4000g) _____ Nº FILHOS VIVOS _____
DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO: ____/____/____ DATA PROVÁVEL DO PARTO: ____/____/____
ESTATURA: _____ cm IMC: _____ kg/m²

DATA	LG	FESO	PA	AU	BCF	DEMA	APRESENTAÇÃO	INTERCORRÊNCIAS E ORIENTAÇÕES

DATA / RESULTADOS

Exames				
Hemoglobina				
Hematócrito				
Plaquetas				
Leucograma				
Coombs Ind.				
G. Jejum				
G. Pós-Prand				
VDRL				
HIV				
HBsAg				
Toxo:	IgG			
	IgM			
Rube	IgG			
	IgM			
CMV	IgG			
	IgM			
EAS				
U.S.				
C. Oncótica		Fezes		T. sangue TS esposo
VACINAÇÃO ANTITETÂNICA: 1ª Dose ____/____/____ 2ª Dose ____/____/____ 3ª Dose ____/____/____ Reforço ____/____/____				



ANEXO C – Ficha obstétrica

frente

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO		SERVIÇO DE TOCOGINECOLÓGICO AMBULATÓRIO DE OBSTETRÍCIA FICHA PRÉ-NATAL				PRONTUÁRIO		
Nome:								
Idade:		Estado Civil:		Profissão:		Escolaridade:		
Queixas:								
Antecedentes Familiares				Antecedentes Pessoais				
<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Drogação	<input type="checkbox"/> Neoplasia	<input type="checkbox"/> 1 - Asma / Alerg	<input type="checkbox"/> 7 - Hipertensão				
<input type="checkbox"/> Asma / Alergia	<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Psicopatia	<input type="checkbox"/> 2 - Convulsões	<input type="checkbox"/> 8 - Infertilidade				
<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> SIDA	<input type="checkbox"/> 3 - Cir. Pélvica	<input type="checkbox"/> 9 - Rubéola				
<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Leucose	<input type="checkbox"/> Tuberculose	<input type="checkbox"/> 4 - Diabete	<input type="checkbox"/> 10 - Tuberculose				
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Mal. Form. Congénitas	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> 5 - DST	<input type="checkbox"/> 11 - Vancela				
			<input type="checkbox"/> 6 - Drogação	<input type="checkbox"/> 12 - Outros				
Antecedentes Ginecológicos (Morbidades, D.S.T., Preventivos, Anticoncepcionais, etc.)								
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS								
Gesta	Para	Abortos	Natimortos	Natívos	Óbitos na 1ª Sem.	Óbitos após a 1ª Sem.		
PARTOS	Cesária	Vaginal	Forceps	Domiciliares	Hospitalares			
RN Peso	(+ 4000g)	<input type="checkbox"/>	Amamentação Materna	S/M	<input type="checkbox"/>	Duração		
	(- 2500g)	<input type="checkbox"/>		NÃO	<input type="checkbox"/>			
HISTÓRICO GESTAÇÃO ATUAL								
D.U.M.	D.P.P.	IG	Mov. Fetal	Observações				
Vacinação tetelânica	Doses Prévias			Última Dose		Previstas	<input type="checkbox"/>	
	0	1	2	3	- 5 a	+ 5 a	<input type="checkbox"/>	
						Realizadas	<input type="checkbox"/>	
							<input type="checkbox"/>	
Exame Físico								
CONTROLE PRÉ- NATAL								
Data	IG	Peso	PA	AU	BCF	EJema	Apresentação	Intecorências e Orientações

Verso

DATAS DE RESULTADOS					
EXAMES					
T. Sangue					
TS Esposo					
Hemoglobina					
Hematócrito					
Plaquetas					
Leucograma					
Coombs Ind.					
G. Jejum					
G. Pós-Prand					
VDRL					
HIV					
HBsAg					
Toxo:	IgG				
	IgM				
Rube:	IgG				
	IgM				
CMV:	IgG				
	IgM				
EAS					
Fezes					
U.S.					
C. Oncótica					
EVOLUÇÃO					

ANEXO D – Boletim de Produção Individual

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO		BOLETIM DE PRODUÇÃO INDIVIDUAL - BPI				DATA
NOME		C.D.		ATIV PROF		
Nº	PRONTUÁRIO	PACIENTE	I	C	F E	PROCEDIMENTO

LEGENDA: I = Tipo de Atendimento
G = Grupo de Atendimento
F.E = Fases Elétricas
Ativ. Prof = Atividade Profissional

MCA - 245

GESINA LIRA E CANINEO

ANEXO E – Orientações Gerais

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HUUFMA ORIENTAÇÕES GERAIS PARA GESTANTES	
1 - DIETA:	<ul style="list-style-type: none"> * A gestante deverá engordar apenas 6Kg, mais 10% do seu peso no início da gestação. (9 a 11 Kg no total). * Devem compor o cardápio: Leite: no mínimo 1/2 litro por dia. Carnes de boi, frango, peixes, frutos do mar, miúdos (fígado, coração, moela). Verduras cruas em saladas. Vegetais diversos (vinagreira, João-gomes, quiabo, maxixe, cenoura, batata, chuchu, beterraba, feijão e outros). Frutas à vontade. Queijo branco e iogurte desnatado. Ovos no máximo 3 vezes por semana, de preferência cozido. Obs: Frituras, alimentos gordurosos, salgado, café, doces e refrigerantes são desaconselháveis. Arroz, pão, macarrão e biscoitos devem ser ingeridos com moderação.
2 - HIGIENE CORPORAL:	<ul style="list-style-type: none"> * O banho de chuveiro é aconselhado, podendo ser tomado várias vezes no dia. * As duchas vaginais são contra indicadas. A higiene íntima deve ser feita diariamente com água, sabonete ou sabão de coco.
3 - VESTUÁRIO:	<ul style="list-style-type: none"> A partir do 4º mês, as vestimentas deverão ser folgadas, amplas, para permitir liberdade de movimentos e crescimento uterino normal.
4 - SAPATOS:	<ul style="list-style-type: none"> Oss de saltos altos e de plataformas são contra indicados.
5 - ATIVIDADE SEXUAL:	<ul style="list-style-type: none"> * É permitido o ritmo sexual normal do casal, desde que não haja qualquer anomalia durante a gestação, procurando sempre um posição mais confortável.
6 - EXERCÍCIO FÍSICOS:	<ul style="list-style-type: none"> * A atividade doméstica ou profissional quando não muito intensa deve ser exercida. A prática de natação e caminhadas são excelentes exercício para as gestantes.
7 - REPOUSO:	<ul style="list-style-type: none"> A gestante deve descansar pelo menos 20 minutos após o almoço e elevar as pernas sempre que estiver sentada ou deitada.
8 - VIAGENS:	<ul style="list-style-type: none"> * Viagens longas e cansativas são desaconselháveis no último trimestre. Deve-se parar a cada hora para descanso de 15 minutos. As estradas com muitos solavancos para viagens longas são contra indicadas.
9 - FUMO E ÁLCOOL:	<ul style="list-style-type: none"> * Devem ser evitados.
10 - MEDICAMENTOS E RADIOGRAFIAS:	<ul style="list-style-type: none"> * Só serão permitidos com recomendações médicas.
11 - CUIDADOS COM A MAMA:	<ul style="list-style-type: none"> * É recomendado o uso contínuo de soutien e exercícios nos mamilos, se estes se apresentarem invertidos.
12 - VACINAÇÃO:	<ul style="list-style-type: none"> * A vacina contra o tétano pode ser indicada a partir do 3º mês.
13 - EXPOSIÇÃO AO SOL:	<ul style="list-style-type: none"> * Deve ser evitada entre 10 e 16 horas, sendo necessário usar filtro solar nesse período.
OBS: FAZ PARTE DO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL:	
<ul style="list-style-type: none"> * Consulta médica mensal. * Realização de exame de sangue, fezes e urina. * Consultas de enfermagem. * Consultas odontológicas * Orientações sobre: Preparo do seio para amamentação. Cuidado com o bebê, parto e pós-parto. Prevenção da D.S.T. (Doenças venéreas). Planejamento familiar (como evitar filhos após o parto), prevenção do câncer (uterino e mama). Informações sobre auxílio natalidade e licença de gestante. 	
EXIJA SEUS DIREITOS.	
MSA-442	



PREFEITURA
DE SÃO LUÍS Trabalho e Humanidade
SEMUS

SUPERINTENDÊNCIA DE AÇÕES DE SAÚDE
 COORDENAÇÃO DE ASSISTÊNCIA MATERNO - INFANTIL
 PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO
 COMPONENTE I - ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

DATA

--	--	--	--	--	--	--	--

FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DOS ATENDIMENTOS DAS GESTANTES NO SISPRENATAL

1. Nome da Unidade de Saúde				2. Código da Unidade no SIA/SUS													
3. Nome do Município São Luis			4. Código do IBGE 2111300			5. UF MA			6. Código da UF no IBGE 21								
Nº	Número da Gestante no SIS PRÉ-NATAL	Consulta Pré-natal por médico / por enfermeira		ABO Rh	VDRL	Urina	Glicemia	Hb	Ht	HIV	Vacina anti-tetânica				Consulta Puerperal		
		Por Médico 02012030	Por enfermeiro 01.022.14-8								1ª dose	2ª dose	Reforço	Imune	P/médico 02.012.11-1	P/enfermeiro 01.022.15-6	
1				1104103	1106159	1114214	1101120	1104136	1104134	1106404	01011502	01011510	01011537				
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
Nome e Matrícula do responsável pelo preenchimento:																	

ANEXO F – Ficha de Registro Diário dos Atendimentos das Gestantes no SISPRENATAL