



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Anna Paula Nogueira Pereira

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA CONSULTA DE
ENFERMAGEM E REGISTROS DA ASSISTÊNCIA PRÉ-
NATAL POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

Juiz de Fora
2019

Anna Paula Nogueira Pereira

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA CONSULTA DE
ENFERMAGEM E REGISTROS DA ASSISTÊNCIA PRÉ-
NATAL POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

Relatório de Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como um dos critérios para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Tecnologia e Comunicação no Cuidado em Saúde e Enfermagem (TECCSE) na linha “Processo do Envelhecimento no *Continuum* do Desenvolvimento Humano” e “Cultura e Comunicação em Saúde e em Enfermagem”.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cristina Arreguy-Sena

**Juiz de Fora
2019**

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte e somente após a publicação do conteúdo desse material.

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Pereira, Anna Paula Nogueira.

Representação social da consulta de enfermagem e registros da assistência pré-natal por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde / Anna Paula Nogueira Pereira. -- 2019.

157 p. : il.

Orientador: Cristina Arreguy-Sena

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2019.

1. Indicadores Básicos de Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Cuidado Pré-Natal. 4. Sistemas de Informação em Saúde. 5. Enfermagem Obstétrica. I. Arreguy-Sena, Cristina, orient. II. Título.

Investigação inserida na linha “Inovações Científicas e Tecnológicas em Saúde e em Enfermagem” do Núcleo de pesquisa “**Tecnologia, Cultura e Comunicação em Saúde e em Enfermagem**” – **TECCSE – UFJF** e no **Programa de Pós-graduação Stricto Sensu – Mestrado em Enfermagem da Facenf** ela se inscreve na linha “Tecnologia e Comunicação no cuidado em saúde e Enfermagem”.

Cabe mencionar que esta investigação é parte da pesquisa intitulada: “**Registros da assistência pré-natal na Atenção Primária: indicadores do cuidado e representações sociais por enfermeiros**”.

A realização desta pesquisa contou com o apoio financeiro na modalidade de bolsa disponibilizada pela Universidade Federal de Juiz de Fora no período correspondente de agosto/2017 a Junho/2019.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
 FACULDADE DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
 MESTRADO EM ENFERMAGEM
 TEL. (32) 2102-3297 – E-MAIL: mestrado.enfermagem@ufjf.edu.br



REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA CONSULTA DE ENFERMAGEM E REGISTROS DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

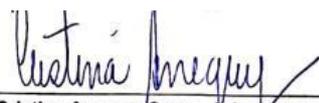
Anna Paula Nogueira Pereira- matrícula 102320115

Relatório de Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como um dos critérios para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: 02 de Julho 2019.

BANCA EXAMINADORA

**Prof^ª. Dr^ª. Cristina Arreguy-Sena –
 Orientadora e presidente da banca**
 Universidade Federal de Juiz de Fora-
 Facenf


 Prof^ª. Dr^ª. Cristina Arreguy-Sena - Orientadora
 Presidente da Banca
 Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof^ª. Dra. Ana Beatriz Azevedo Queiroz –
 1^ª Avaliadora**
 Universidade Federal do Rio de Janeiro-
 Escola de Enfermagem Anna Nery


 Prof^ª. Dr^ª. Ana Beatriz Azevedo Queiroz - 1^ª Avaliadora
 Escola de Enfermagem Anna Nery

**Prof^ª. Dra. Isabel Cristina Gonçalves
 Leite- 2^ª Avaliadora**
 Universidade Federal de Juiz de Fora-
 Faculdade de Odontologia


 Prof^ª. Dr^ª. Isabel Cristina Gonçalves Leite - 2^ª Avaliadora
 Universidade Federal de Juiz de Fora

**Prof. Dr. Marcos Antônio Tosoli -
 Avaliador suplente externo**
 Universidade do Estado do Rio de Janeiro-
 FAE-UERJ

Prof. Dr. Marcos Antônio Tosoli - suplente externo
 Universidade do Estado do Rio de Janeiro- FAE-UERJ

**Prof^ª. Dra. Herica Silva Dutra – avaliadora
 suplente interno**
 Universidade Federal de Juiz de Fora-
 Facenf

Prof^ª. Dra. Herica Silva Dutra – suplente interno
 Universidade Federal de Juiz de Fora- Facenf

*“ É justo que muito custe o que muito
vale.”*

Santa Teresa D'Avila

AGRADECIMENTOS

A Deus, que é o meu sustento e a razão para que eu não desista de lutar pelos meus sonhos e projetos. Obrigada, Senhor!

Aos meus pais queridos, Rita e Ronaldo, que sempre me apoiaram incondicionalmente e toleraram minha ausência com paciência. Obrigada, mãe, pelos lanchinhos saborosos e seu colo acolhedor. À minha família, vocês são o combustível de minha vida!

Ao meu amado, Alex, que esteve comigo nos momentos mais difíceis do final desta trajetória, buscando ser compreensivo e apoiando-me nesta fase. Você é o doce reencontro que a vida reservou-me.

Aos amigos, Aline Sá, Kely N. Louza, Luiz Cruz e esposa Márcia, Marília, José Deniac, Antônio Paiva, Gabi Silva, Tamires Prado, Ana Paula Gomes, Évani Silva, Mônica Souza, Vanessa Braz e Jéssica Souza. “Amigo fiel é refúgio seguro: quem o encontra, encontra um tesouro.” Eclesiástico 6, 14. Vocês são o tesouro que Deus me permitiu juntar aqui na terra!

Ao grupo de pesquisa “Tecnologia, Cultura e Comunicação em Saúde e em Enfermagem”, que foi um importante ponto de apoio durante o mestrado e contribuiu com valiosas discussões e reflexões.

Aos nossos docentes do PPG, agradeço a oportunidade de aprendizado e amadurecimento que me proporcionaram.

À minha turma de mestrado, uma turma mais que especial, marcada pelo acolhimento e companheirismo.

Aos servidores e terceirizados da UFJF com quem tive a oportunidade de conviver mais de perto durante o mestrado: obrigada pelo trabalho de cada um de vocês em nossa universidade.

Às secretárias, Wanessa e Aninha, pela colaboração durante o mestrado.

À amizade de Amanda e Romanda, que estiveram ao meu lado durante esses dois anos, compartilhando as alegrias, desafios, medos e anseios. Obrigada pelo zelo e por me ensinarem a ser mais forte e leve diante da vida.

A todos os profissionais da Secretaria de Saúde e da APS, que contribuíram muito com o desenvolvimento desta investigação.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A presente investigação foi realizada com apoio financeiro da Universidade Federal de Juiz de Fora durante o período integral do Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem. Este financiamento foi utilizado para fins de realização de cursos, participação em eventos científicos, aquisição de computador e livros, transporte, bem como demais gastos relacionados ao desenvolvimento desta pesquisa.

Agradeço à Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da UFJF e ao Mestrado em Enfermagem a oportunidade de superar a barreira da desigualdade social e vislumbrar novas possibilidades em minha carreira profissional.

À Prof^a. Dr^a. Betânia (*in memoriam*) pela oportunidade de conhecê-la e acolher seus ensinamentos. Guardarei para sempre em meu coração a lembrança de seu sorriso e da forma como sempre lutou por um mundo mais justo, bom e belo.

À Prof^a. Dr^a. Cristina Arreguy-Sena, que me acolheu como sua orientanda e iluminou minha vida durante esses dois anos com conhecimento, sabedoria e sensibilidade, ensinando-me a superar os reveses da vida com coragem, perseverança e dedicação. Agradeço também ao seu marido, Prof. Dr. Paulo, que tanto me ajudou durante esse tempo. Gratidão pelo apoio, paciência, zelo, amizade e convivência tão fecunda.

Aos professores que integraram a minha banca avaliadora, profa. Dra. Ana Beatriz Azevedo Queiroz, profa. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite, Prof. Dr. Marcos Antônio Tosoli e Prof^a. Dra. Herica Silva Dutra. Agradeço as contribuições que aprimoraram este trabalho, o aprendizado gerado ao longo deste tempo e a parceria nas publicações.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Esquema ilustrativo das principais políticas, programas e concepções ideológicas que influenciaram a trajetória da abordagem da saúde da mulher no período gravídico-puerperal.	32
Figura 2	Fluxo de assistência à mulher no período fértil no contexto da Rede de Atenção à Saúde	35
Figura 3	Esquema ilustrativo demonstrando as linhas concêntricas de energia segundo Modelo teórico de Betty Neuman.	43
Figura 4	Esquema ilustrativo da intervenção primária, segundo concepção de Neuman.	44
Figura 5	Esquema ilustrativo da intervenção secundária, de acordo com a concepção de Neuman.	45
Figura 6	Esquema ilustrativo da intervenção terciária, de acordo com a concepção de Neuman	46
Figura 7	Mapa Imagético contendo os constructos teóricos e filosóficos utilizados na presente investigação	53
Figura 8	Representação esquemática das cinco etapas metodológicas da investigação	54
Figura 9	Ilustração esquemática das etapas metodológicas segundo a abordagem.	55
Figura 10	Fluxograma de participantes e perdas	59
Figura 11	Técnica do dicionário de termos equivalente (acima) e <i>layout</i> requerido no programa EVOG (abaixo).	61
Figura 12	Quadro de quatro casas com indicação de sua localização, perfil de cognemas que aloca e critérios que estruturam a análise prototípica.	63
Figura 13	Dendograma e gráfico de círculo construídos a partir dos fragmentos de discurso dos participantes ao abordar a consulta de enfermagem.	71
Figura 14	Quadro de quatro casas referente ao termo indutor “Consulta de Enfermagem”	73
Figura 15	Representação por dendograma e gráfico de círculo dos fragmentos de discurso dos participantes a respeito do Protocolo Assistencial do Ministério da Saúde	81
Figura 16	Quadro de quatro casas referente ao termo indutor “Protocolo do Ministério da Saúde para atenção pré-natal de risco habitual”.	82
Figura 17	Representação por dendograma e gráfico de círculo dos fragmentos de discurso dos participantes a respeito da Consulta de Enfermagem e do Protocolo Assistencial do Ministério da Saúde	90

Figura 18	Categorias emergentes a partir da percepção de enfermeiros a respeito da consulta de enfermagem e o uso de protocolo assistencial para pré-natal de risco habitual	92
Figura 19	Dendograma e gráfico de círculo sobre as dimensões representacionais do registro de enfermagem, do prontuário eletrônico e do Sis prenatal	96
Figura 20	Representação por dendograma e gráfico de círculo dos fragmentos de discurso dos participantes a respeito dos registros de enfermagem.	98
Figura 21	Quadro de quatro casas referente ao termo indutor “Registro de Enfermagem”	99
Figura 22	Representação por dendograma e gráfico de círculo dos fragmentos de discurso dos participantes a respeito do prontuário eletrônico	110
Figura 23	Quadro de quatro casas referente ao termo indutor “Prontuário Eletrônico”	111
Figura 24	Representação por dendograma e gráfico de círculo dos fragmentos de discurso dos participantes a respeito do prontuário eletrônico.	115
Figura 25	Quadro de quatro casas referente ao termo indutor “Sis prenatal”	116
Figura 26	Dendograma e gráfico de círculo da conexão entre registro de enfermagem, prontuário eletrônico e Sis prenatal.	122
Figura 27	Dendograma das dimensões e origem dos conteúdos representacionais para Consulta de enfermagem	124
Figura 28	Dendograma e gráfico de círculo sobre os estressores com a consulta de enfermagem, o protocolo do Ministério da Saúde, o registro de enfermagem, o prontuário eletrônico e o Sis prenatal.	128
Figura 29	Esquema ilustrativo do tipo Dendograma vinculando os estressores com a consulta de enfermagem e o Protocolo do Ministério da Saúde.	135
Figura 30	Esquema ilustrativo do tipo Dendograma vinculando os estressores com o registro de enfermagem, prontuário eletrônico e Sis prenatal	135
Figura 31	Esquema ilustrativo de como os estressores agem sobre as linhas concêntricas de energia de gestantes e/ou trabalhadores enfermeiros segundo o nível de prevenção primária, secundária e terciária na concepção de Neuman.	138

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Roteiro para a solicitação de exames no pré-natal de risco habitual.	39
Quadro 2	Dimensões e origem de conteúdos representacionais segundo fontes, quantitativo e fragmentos exemplificativos sobre a concepção de “consulta de enfermagem” (n=78)	76
Quadro 3	Dimensões e origem de conteúdos representacionais segundo fontes, quantitativo e fragmentos exemplificativos sobre a concepção de “Protocolo do Ministério da Saúde na atenção pré-natal de risco habitual” (n=78).	86
Quadro 4	Dimensões e origens representacionais, fontes, número de fragmentos utilizados e fragmentos exemplificativos abordando o registro no pré-natal.	100
Quadro 5	Dimensões e origens representacionais, fontes, número de fragmentos utilizados e fragmentos exemplificativos abordando o “prontuário eletrônico	112
Quadro 6	Dimensões e origens representacionais, fontes, número de fragmentos utilizados e fragmentos exemplificativos do termo indutor Sis prenatal.	118
Quadro 7	Fontes, número de fragmentos utilizados e fragmentos exemplificativos sobre os estressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais segundo referencial de Neuman	131

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Dados materno-infantis referentes ao cenário da investigação no período 2016 e 2017	58
Tabela 2	Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros que atuam na APS segundo gênero, idade, cor da pele, estado civil, religião e quantidade de filhos (n=81)	68
Tabela 3	Caracterização laboral e de formação dos enfermeiros que atuam na APS segundo vínculo empregatício, número de empregos, tempo de formados, formação profissional, tempo de atuação profissional e de APS e área de formação (n= 81).	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANSS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
CF	Constituição Federal
CMPMM	Comitê de Prevenção à Mortalidade Materna
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
EC	Emenda Constitucional
EPDS	Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GRS	Gerência Regional de Saúde
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MS	Ministério da Saúde
ODK	<i>Open Data Kit</i>
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAI	Pronto Atendimento Infantil
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PLS	Projeto de Lei do Senado
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PPG	Programa de Pós-Graduação
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RS	Representação Social
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SI	Sistema de Informação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TECCSE	Tecnologia, Cultura e Comunicação em Saúde e em Enfermagem
TNC	Teoria do Núcleo Central
TRS	Teoria da Representação Social
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

	Listas de Figuras	
	Listas de Quadros	
	Listas de Tabelas	
	Lista de Abreviaturas e Siglas	
	<i>Resumo</i>	
	<i>Abstract</i>	
	<i>Resumen</i>	
1	APRESENTAÇÃO	20
2	INTRODUÇÃO	21
3	OBJETIVOS E PRESSUPOSTOS	23
3.1	OBJETIVO GERAL	23
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3.3	PRESSUPOSTOS	23
4	MARCO TEMÁTICO, TEÓRICO, CONCEITUAL, METODOLÓGICO E FILOSÓFICO	25
4.1	A MULHER NO PERÍODO PRÉ-NATAL E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	25
4.1.1	Modificações peculiares ao período pré-natal e rede de apoio social	25
4.1.2	Atenção pré-natal e puerperal no contexto da Rede de Atenção à Saúde e da Estratégia Saúde da Família	28
4.2	TEORIA DOS SISTEMAS DE NEUMAN	41
4.3	TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: ABORDAGENS ESTRUTURAL E PROCESSUAL	48
5	MÉTODOS E TÉCNICAS	54
5.1	DELINEAMENTO	54
5.2	CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO	55
5.3	PARTICIPANTES, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO, DELINEAMENTO AMOSTRAL E RECRUTAMENTO	58
5.4	INSTRUMENTO, COLETA DE DADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS	59
5.5	ASPECTOS ÉTICOS	66
6	RESULTADOS E DISCUSSÕES	68
6.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	68
6.1.1	Caracterização sociodemográfica dos participantes	68
6.1.2	Perfil profissional dos participantes	69

6.2	ABORDAGENS ESTRUTURAL E PROCESSUAL DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÃO SOCIAL: CONSULTA DE ENFERMAGEM E PROTOCOLO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	71
6.2.1	Abordagem estrutural e processual da TRS sobre a consulta de enfermagem	71
6.2.2	Abordagem estrutural e processual da TRS sobre o protocolo do Ministério da Saúde na Atenção ao pré-natal de risco habitual	81
6.2.3	Atendimento de enfermagem no pré-natal de risco habitual na perspectiva do enfermeiro: consulta e protocolo assistencial do Ministério da Saúde	90
6.3	ABORDAGENS ESTRUTURAL E PROCESSUAL DA TEORIA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL: REGISTRO DE ENFERMAGEM, PRONTUÁRIO ELETRÔNICO E SISPRENATAL	96
6.3.1	Abordagens estrutural e processual da TRS sobre registros de enfermagem	97
6.3.2	Abordagens estrutural e processual da TRS sobre prontuário eletrônico na APS	109
6.3.3	Representação social nas abordagens estrutural e processual sobre Sisprenatal	115
6.3.4	Registros de enfermagem no pré-natal de risco habitual na perspectiva do enfermeiro: registros de enfermagem, prontuário eletrônico e Sisprenatal	121
6.4	IMPLICAÇÕES DOS CONTEÚDOS DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS GESTANTES E PUÉRPERAS NA APS À LUZ DA TEORIA DE BETTY NEUMAN	127
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	140
8	REFERÊNCIAS	143

ANEXOS E APÊNDICE

- Apêndice 1** Instrumento de coleta de dados destinado a subsidiar a abordagem a enfermeiros
- Apêndice 2** Orçamento
- ANEXO 1** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA CONSULTA DE ENFERMAGEM E REGISTROS DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Anna Paula Nogueira Pereira

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena

PEREIRA, Anna Paula Nogueira. **Representação social da consulta de enfermagem e registros da assistência pré-natal por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde** [Dissertação]. Juiz de Fora: Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu*. Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2019, 152 p.

RESUMO

Objetivo: Compreender os conteúdos representacionais e suas origens sobre a consulta de enfermagem em pré-natal e os registros da assistência pré-natal realizado por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Método:** Abordagem qualitativa alicerçada na Teoria das Representações Sociais, segundo Abric e Moscovici. Investigação realizada com enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. Realizada ambientalmente, entrevista em profundidade desencadeada por questões norteadoras com gravação de áudio e aplicada técnica de evocação livre desencadeada por termos indutores (consulta e registro de enfermagem; protocolo assistencial do Ministério da Saúde para pré-natal de risco habitual, prontuário eletrônico e Sis prenatal). Dados discursivos tratados em programa NVivo Pro 11, segundo análise de conteúdo cujo adensamento teórico foi realizado por valores de Pearson $\geq 0,7$. Cognemas evocados tratados pela técnica do dicionário de termos equivalentes e análise prototípica. Resultados foram triangulados à luz da Teoria do Sistema de Neuman. Atendidos todos os quesitos éticos e legais em pesquisa. **Resultados e Discussões:** Participaram 81 enfermeiros: mulheres (98,3%) com um emprego (87,7%); tempo de formado de 10-20 anos (42%); toda com pelo menos uma especialização e tempo de atuação na APS de 10 a 20 anos (48,1%). A consulta de enfermagem foi objetivada pelo cuidado/assistência, obtenção de informações, e ancorada no cotidiano, relações interprofissionais, convivência com usuárias/companheiros e no protocolo do MS, sendo considerada uma prática complexa, de caráter técnico que valoriza a autonomia do exercício laboral ao enfermeiro conciliar a práxis com o ideário filosófico. O protocolo assistencial do Ministério da Saúde para o pré natal de risco habitual foi alicerçado em um modelo biologicista, hospitalocêntrica e multiprofissional que prevê como responsabilidade do enfermeiro a construção e estabelecimento de vínculos sem comprometer de forma explícita outras categorias profissionais. Ele é ancorado no respaldo e na segurança atribuído à atuação laboral e valorado por uma atuação profissional completa e detalhada embora extensa. O registro de enfermagem foi objetivado pelo caráter normativo alicerçado nos órgãos reguladores e esteve vinculado a julgamento valorativo que encobre crítica velada. Seu caráter prescritivo não é suficiente para assegurar sua executividade na prática clínica. O prontuário eletrônico foi objetivado pela documentação, tecnologia, tempo de exequibilidade e respaldo que atribui à conduta terapêutica. Sua ancoragem foi encoberta pela (in)habilidade em manuseá-lo, pela escassez de infraestrutura para viabilizá-lo ou pela resistência para realizá-lo embora considerado relevante. O Sis prenatal foi objetivado pela coleta de dados, pelo cuidado-assistência e pela criação e manutenção de vínculos com a gestante/feto com a equipe e unidade, sendo ancorada na sistematização da assistência de enfermagem e no uso de tecnologias. **Considerações finais:** Os conteúdos simbólicos sobre consulta e registro de enfermagem, protocolo do Ministério da Saúde, prontuário eletrônico e Sis prenatal permitiu compreender que, embora estejam contextualizados na prática profissional de enfermeiros, nem sempre conseguem aplicá-lo na atuação profissional. Recomenda-se a estruturação da unidade e a informatização local visando possibilitar o redimensionamento do tempo profissional e a qualificação dos registros realizados.

Palavras-chave: Indicadores Básicos de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Cuidado Pré-Natal; Sistemas de Informação em Saúde; Enfermagem Obstétrica.

SOCIAL REPRESENTATION OF NURSING CONSULTATION AND RECORDS OF PRENATAL ASSISTANCE BY NURSES OF PRIMARY HEALTH CARE

Anna Paula Nogueira Pereira

Advisor: Profa Dra. Cristina Arreguy-Sena

PEREIRA, Anna Paula Nogueira. **Social representation of nursing consultation and records of prenatal assistance by nurses of primary health care** [Dissertation] Juiz de Fora: Stricto Sensu Postgraduate Program. Master's Degree in Nursing, Faculty of Nursing, Federal University of Juiz de Fora, 2019, 152 p.

ABSTRACT

Objective: Understanding the representational contents and their origins about the prenatal nursing consultation and records of prenatal care performed by primary health care nurses (PHC). **Method:** Qualitative approach based on the Theory of Social Representations, according to Abric and Moscovici. Research carried out with nurses who work in the Family Health Strategy in Minas Gerais, Brazil. The interview was carried out in depth, guided by guiding questions with audio recording and applied free evocation technique triggered by inductive terms (nursing consultation and register, Ministry of Health protocol for low-risk prenatal care, electronic medical record and Sis prenatal). Text data treated in program NVivo Pro 11, according to content analysis whose theoretical densification was performed by Pearson values ≥ 0.7 . Evoked cognates treated by the dictionary technique of equivalent terms and prototypical analysis. Results were triangulated in light of the Neuman System Theory. Meeting all ethical and legal research questions. **Results and discussions:** Participated 81 nurses: women (98.3%) with a job (87.7%); training time of 10-20 years (42%); all with at least one specialization and ten years of service in the APS of 10 to 20 years (48.1%). The nursing consultation was objectified by the care/assistance, obtaining information, and anchored in daily life, interprofessional relations, coexistence with users/companions and in the MS protocol, being considered a complex technical practice that values the autonomy of the work exercise to the nurse to conciliate the praxis with the philosophical ideology. The health protocol of the Ministry of Health for the usual prenatal risk was based on a biologicist, hospitalocentric and multiprofessional model that predicts the responsibility of nurses to build and establish links without explicitly compromising other professional categories. It is anchored in the backing and safety attributed to work performance and valued for a thorough and detailed yet extensive professional performance. The nursing record was objectified by the normative character established by the regulatory agencies and was linked to a value judgment that covers veiled criticism. If prescriptive character is not sufficient to ensure its execution in clinical practice. The electronic medical record was objectified by the documentation, technology, time of feasibility and support that attributes to the therapeutic conduct. Its anchorage was concealed by the (in) ability to handle it, by the scarcity of infrastructure to enable it or by the resistance to achieve it although considered relevant. Sis prenatal was aimed at collecting data, care-assistance and the creation and maintenance of links with the pregnant/fetus with the team and unit, being anchored in the systematization of nursing care and in the use of technologies. **Final considerations:** The symbolic contents about nursing consultation and registry, protocol of the Ministry of Health, electronic medical record and Sis prenatal allowed to understand that, although they are contextualized in the professional practice of nurses, they are not always able to apply it in professional practice. It is recommended the structuring of the unit and the local computerization in order to make it possible to resize the professional time and the qualification of the records made.

keywords: Health Status indicators; Nursing records; Primary Health Care; Prenatal Care; Health Information Systems; Obstetric Nursing.

REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA Y REGISTRO DE LA ASISTENCIA PRE-NATAL POR ENFERMEROS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

Anna Paula Nogueira Pereira
Supervisora: Profa Dra. Cristina Arreguy-Sena

PEREIRA, Anna Paula Nogueira. **Representación social de la consulta de enfermería y registro de la asistencia pre-natal por enfermeros de la Atención Primaria a la Salud** [Disertación] Juiz de Fora: Programa de Postgrado Stricto Sensu. Maestría en Enfermería de la Facultad de Enfermería, Universidad Federal de Juiz de Fora, 2019, 152 p.

RESUMEN

Objetivo: Comprenda los contenidos representativos y sus orígenes sobre la consulta de enfermería prenatal y los registros de atención prenatal realizados por enfermeras de atención primaria de salud (APS) y sus orígenes sobre la consulta de enfermería y los registros de atención prenatal realizados por las enfermeras de atención primaria de salud (APS). **Método:** Enfoque cualitativo basado en la Teoría de las Representaciones Sociales, según Abric y Moscivici. Investigación realizada con enfermeros que actúan en la Estrategia Salud de la Familia en Minas Gerais, Brasil. Los datos discursivos tratados en el programa NVivo Pro 11, según análisis de contenido cuyo adensamiento teórico fue realizado por valores de Pearson $\geq 0,7$. Cognos evocados tratados por la técnica del diccionario de términos equivalentes y análisis prototípico. Los resultados fueron triangulados a la luz de la Teoría del Sistema de Neuman. Atendidos todos los requisitos éticos y legales en investigación. **Resultados y discusiones:** Participaron 81 enfermeras: mujeres (98.3%) con empleo (87.7%); Tiempo de entrenamiento de 10-20 años (42%); todos con al menos una especialización y diez años de servicio en el APS de 10 a 20 años (48.1%). La consulta de enfermería fue objetivada por el cuidado/asistencia, la obtención de información y el anclaje en la vida cotidiana, las relaciones interprofesionales, la convivencia con usuarios/acompañantes y en el protocolo de EM, siendo considerada una práctica técnica compleja que valora la autonomía del ejercicio laboral. A la enfermera para conciliar la praxis con la ideología filosófica. El protocolo de salud del Ministerio de Salud para el riesgo prenatal habitual se basó en un modelo biólogo, hospitalocéntrico y multiprofesional que predice la responsabilidad de las enfermeras para crear y establecer vínculos sin comprometer explícitamente otras categorías profesionales. Se basa en el respaldo y la seguridad que se atribuyen al desempeño en el trabajo y se valora para un desempeño profesional exhaustivo y detallado pero extenso. El registro de enfermería se objetivó por el carácter normativo establecido por las agencias reguladoras y se vinculó a un juicio de valor que cubre las críticas veladas. Si el carácter prescriptivo no es suficiente para garantizar su ejecución en la práctica clínica. El registro médico electrónico fue objetivado por la documentación, tecnología, tiempo de factibilidad y apoyo que atribuye a la conducta terapéutica. Su anclaje estaba oculto por la (in) capacidad de manejarlo, por la escasez de infraestructura para habilitarlo o por la resistencia para lograrlo aunque se considerara relevante. Sis prenatal tuvo como objetivo recopilar datos, asistencia asistida y la creación y mantenimiento de vínculos con las embarazadas/fetos con el equipo y la unidad, y se basó en la sistematización de la atención de enfermería y en el uso de tecnologías. **Consideraciones finales:** Los contenidos simbólicos sobre consulta y registro de enfermería, protocolo del Ministerio de Salud, prontuario electrónico y Sis prenatal permitió comprender que, aunque estén contextualizados en la práctica profesional de enfermeros, no siempre logran aplicarlo en la actuación profesional. Se recomienda la estructuración de la unidad y la informatización local para posibilitar el redimensionamiento del tiempo profesional y la calificación de los registros realizados.

Palabras clave: Indicadores de Salud; Registros de Enfermería; Atención Primaria de Salud; Atención Prenatal; Sistemas de Información em Salud; Enfermería Obstétrica.

1 APRESENTAÇÃO

A experiência de insegurança e medo durante o trabalho de parto relatada por tantas mulheres em meu convívio social levou-me a questionar muitos aspectos referentes à maternidade e à assistência ao parto, despertando em mim interesse peculiar pela obstetrícia.

A partir do quinto período da graduação em Enfermagem, na disciplina de Saúde da Mulher, comecei a encontrar algumas respostas aos questionamentos que trazia comigo até então. Ainda durante o curso, tive a oportunidade de participar de um grupo de pesquisa e um projeto de extensão que me permitiram ter uma aproximação ainda maior da temática. Nesse sentido, meu trabalho de conclusão de curso abordou as percepções de gestantes trabalhadoras de baixa renda sobre suas condições de saúde, no município de Juiz de Fora.

Durante a especialização na modalidade residência em Saúde da Família da UFJF (2015-2017), ao questionar a utilidade do formulário do Sis prenatal no serviço em que atuava, um colega de trabalho me respondeu que era apenas mais um papel sem utilidade a ser preenchido. Pouco tempo depois, em uma disciplina do próprio curso de especialização, foi discutida a importância e as implicações do não preenchimento correto deste formulário.

Ao participar das reuniões de gerência da Atenção Primária à Saúde (APS) no segundo ano da residência, minha compreensão acerca da responsabilidade do registro pelas equipes da Atenção Básica (AB) e demais pontos da rede tornou-se ainda maior.

Quando ingressei no Programa de Pós-Graduação *Strito Sensu*, optei pela temática com o intuito de ampliar o meu entendimento sobre o distanciamento valorativo do Sis prenatal entre gestão e assistência. Nesse sentido, a minha inserção no núcleo de pesquisa “Tecnologia, Cultura e Comunicação em Saúde e em Enfermagem” – TECCSE, coordenado pelos professores doutores Cristina Arreguy de Sena e Paulo Ferreira Pinto, deu-se através da linha de pesquisa “Cultura e Comunicação em Saúde e Enfermagem”, cuja centralidade das investigações consiste nos determinantes culturais e comunicacionais; relações de trabalho e ensino; modelos conceituais e assistenciais; utilização/avaliação de recursos tecnológicos e procedimentos técnicos.

2 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o óbito de mulher grávida ou até 42 dias de pós-parto, motivado por qualquer fator agravante, inerente ou conduta relacionada à gestação deve ser diagnosticado como morte materna, excetuando-se apenas aqueles decorrentes de causas acidentais¹.

Em 2013, cerca de 40% de todas as gestantes iniciaram o pré-natal após o primeiro trimestre de gestação e, em 2015, ocorreram aproximadamente 303 mil mortes maternas em todo o mundo: 99% dessas mortes ocorreram em países que apresentam baixas condições socioeconômicas, sendo o continente africano responsável por dois terços delas².

A razão de mortalidade materna (RMM) global apresentou um declínio significativo entre 1990 e 2015, passando de 385 para 216 mortes por 100 mil nascidos vivos, e, para o ano de 2030, foi estipulado como meta a ser alcançada RMM inferior a 70 óbitos em 100 mil nascidos vivos³. Tal RMM está diretamente relacionada à falta de acesso à assistência pré-natal ou à má qualidade da assistência, motivo pelo qual esse indicador expressa as condições de vida e saúde de uma cidade, estado ou país¹.

Dados da OMS indicam que, anualmente, ocorrem cerca de 12,8 milhões de nascimentos entre adolescentes de 15 a 19 anos em todo o mundo. Este grupo se encontra exposto a complicações devido ao fator idade, colocando em risco tanto a saúde materna quanto a do concepto². A atuação da equipe na visita domiciliar realizada na primeira semana de nascimento, quando acompanhada estruturada com vistas ao esclarecimento de dúvidas, orientações quanto ao estado de (a)normalidade e avaliação do atendimento do recém-nascido pode contribuir para a redução do complicações e mortalidade infantil, uma vez que observa-se entre menores de um ano que eles possuem maior probabilidade de vir a óbito na primeira semana de vida devido a prematuridade, asfixia, trauma ocasionado durante o parto e sepse⁴.

Na América Latina e no Caribe, a RMM em 1990 era de 135 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos e, em 2015, esse número caiu pela metade. No Brasil, em 2015, ocorreram 1,3 mil óbitos, o equivalente à RMM de 44 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos¹, refletindo o resultado de políticas públicas direcionadas à saúde materno-infantil, visto que, em 1990, a prematuridade era considerada a terceira causa de morte no Brasil e, em 2016, passou à décima posição entre as causas de morte que atingem a população em geral⁵.

No que tange ao uso de registros civis e estatísticas vitais, desde 1990, o país tem apresentado um aumento desses registros, chegando em 2013 a 92%, entretanto a

subnotificação e o sub-registro¹ ainda representam um desafio quando se trata de morte materna¹.

Assim, a escassez de registros fidedignos tende a comprometer a elaboração de perfis epidemiológicos e o gerenciamento assistencial adequado através da alocação de recursos e estabelecimento de prioridades^{2,3}. Diante percepção dos profissionais acerca da consulta, dos registros e dos sistemas de informação, o objeto da presente investigação vai ao encontro de uma necessidade que se apresenta no campo assistencial/gerencial no cuidado à mulher que se encontra no período pré-natal, haja vista que o registro contínuo dos atendimentos feitos pela equipe multiprofissional é capaz de expressar o tipo de atendimento prestado tanto de forma quantitativa como qualitativa.

O estudo tem como **objeto de investigação**: a compreensão dos conteúdos representacionais e suas origens sobre a consulta e os registros no pré-natal realizados por enfermeiros em suas perspectivas.

A realização da **presente investigação se justifica** alicerçada nas seguintes argumentações: 1) dados de 2015 referentes ao preenchimento do Sis prenatal na Gerência Regional de Saúde (GRS) de Juiz de Fora apontam um sub-registro do número mínimo de seis consultas em 92% das gestantes cadastradas no período de 2000 a 2010⁶; 2) sistemas de informações são ferramentas administrativas para subsidiar gestores no planejamento e tomada de decisão administrativa e constituem critério de repasse de verbas municipais; 3) a compreensão de comportamentos, atitudes, valores atribuídos ao preenchimento de registros de informações em saúde favorece a identificação de fragilidades e propicia o direcionamento de ações educativas, valorativas e administrativas para a realização do realinhado de metas pactuadas com as práticas profissionais efetivamente realizadas e 4) o conhecimento dos motivos apontados pelos profissionais que atendem a comunidade de mulheres no período pré-natal para o não cumprimento de metas pactuadas no município pode dar visibilidade às dificuldades que os mesmos encontram na operacionalização de sua atividade laboral e permitir identificar os modelos assistenciais implícitos e explícitos utilizados por eles, além de direcionar o foco para a educação permanente.

¹ **Nota das autoras:** Subnotificação está sendo concebido como o ato de registrar um fato ocorrido no processo de cadastro de casos conforme o sistema de agravos de documentação compulsória em quantidade aquém do esperado e subregistro está sendo utilizado para referir-se ao ato de documentar conteúdo quantitativo ou informativo sobre o que o profissional apreende de uma dada realidade objetiva ou subjetiva a diferença entre a conduta desejada/esperada e adotadas num dado momento.

3 OBJETIVOS E PRESSUPOSTOS

A seguir, estão apresentados o objetivo geral, específicos e os pressupostos desta investigação.

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender os conteúdos representacionais e suas origens sobre a consulta de enfermagem em pré-natal e os registros da assistência pré-natal realizado por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar os enfermeiros que atuam em unidades com ESF de um município mineiro.

Compreender quais são os elementos simbólicos e a origem das construções socialmente elaboradas e compartilhadas por enfermeiros da APS de um município mineiro sobre a consulta de enfermagem e os registros da assistência pré-natal.

Compreender as bases conceituais e filosóficas que emanam do discurso de enfermeiros da APS ao refletirem sobre a consulta de enfermagem e os registros da assistência pré-natal.

Descrever as implicações dos conteúdos representacionais de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (APS) sobre a consulta de enfermagem e os registros da assistência pré-natal para a atuação laboral do enfermeiro à luz da Teoria dos Sistemas de Neuman.

3.3 PRESSUPOSTOS

Constam, a seguir, os **pressupostos** elaborados para alicerçar a presente investigação. O cuidado de enfermagem prestado ao binômio mãe-feto no período compreendido entre o pré-natal e puerpério constitui uma prática cotidiana operacionalizada pela equipe de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), e o enfermeiro generalista é o profissional responsável pela consulta de enfermagem e pela educação em saúde no seu processo de trabalho na APS. Atua

nessa fase da vida da mulher. Por isso, é possível afirmar que os enfermeiros que trabalham na APS, independentemente de sua especialidade, são responsáveis pelo atendimento de gestantes/puérperas e dos conceptos, integram um grupo socialmente, que, em sua atuação laboral, é capaz de ancorar e objetivar o cuidado de enfermagem às mulheres e aos seus conceptos, o uso dos registros desse cuidado, as políticas públicas e o registro do cuidado de enfermagem na modalidade tradicional em papel ou por meio do prontuário eletrônico.

4 MARCO TEMÁTICO, TEÓRICO, CONCEITUAL, METODOLÓGICO E FILOSÓFICO

Para a operacionalização da presente investigação, foram identificados conteúdos temáticos, teóricos, conceituais, metodológicos e filosóficos a partir dos quais foram estruturadas as bases para a presente investigação. Elas estão apresentadas em três alicerces, a saber: 1) A mulher no período pré-natal e a rede de atenção à saúde; 2) Teoria dos Sistemas de Neuman e cuidado de enfermagem à mulher no período pré-natal na APS e 3) Teoria da Representação Social: abordagem estrutural e processual.

4.1 A MULHER NO PERÍODO PRÉ-NATAL E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Ao direcionar o olhar e reflexões para o atendimento de mulheres que se encontram em uma fase especial de sua vida reprodutiva, faz-se necessário conceituar quem são essas mulheres atendidas por enfermeiros e qual é a relação que se estabelece entre elas e o enfermeiro.

A mulher, na presente investigação, está sendo concebida como uma cidadã que, por se encontrar no período fértil e com potencialidade reprodutiva e para o exercício de sua sexualidade. Possui o direito de buscar no serviço público no nível de APS, por livre demanda ou por busca ativa, cuidados para si e se instrumentalizar para o processo de decisão a fim de subsidiar o exercício de seus direitos sexuais reprodutivos. Além disso, possui o direito de receber ajuda, quando decide engravidar, se está grávida ou percebe algo de incomum no seu corpo ou no seu estado de saúde, requerendo da equipe de saúde e, em especial do enfermeiro, um olhar especializado a esse momento de sua vida.

4.1.1 Modificações peculiares ao período pré-natal e rede de apoio social

O diagnóstico de uma gestação pode tanto ser motivo de autorrealização quanto gerar um sentimento de rejeição quando preexistem fatores socioeconômicos envolvidos, instabilidade conjugal ou falha no uso de contraceptivo⁷, cabendo ao profissional de saúde investigar o quanto a gestação foi desejada e planejada pelo casal, para que seja ofertado o apoio necessário à aceitação da gestação.

Conhecer a rede de apoio da gestante consiste em um recurso a ser empregado para que a mulher se sinta segura e encorajada a cuidar de si e do conceito ainda em formação, passando pelas modificações físicas, emocionais e sociais próprias deste período⁸.

Durante os processos fisiológicos de gestação, parturição e amamentação, o corpo feminino passa por modificações anatômicas e bioquímicas que alteram o seu funcionamento orgânico⁹, e algumas dessas transformações podem impactar a autoimagem e autoestima da mulher, como, por exemplo, o ganho de peso^{10; 11}.

No período gestacional, ocorrem modificações mamárias e no aparelho genital, bem como alterações hemodinâmicas, hematológicas, renais, pulmonares, gastrintestinais, metabólicas, endócrinas, osteoarticulares, cutâneas e sensoriais, justificando assim a necessidade de acompanhamento do estado de saúde da mulher durante esse período⁹.

Para além dessas modificações orgânicas, o período pré-natal também é marcado pela labilidade emocional provocada por alterações hormonais e situações de estresse do cotidiano, condições essas que podem ser aliviadas com auxílio de suporte social e favorecer a adoção de hábitos de vida saudáveis pela mulher nessa fase¹².

Cabe ressaltar a necessidade de a equipe de saúde estar atenta ao aspecto emocional da mulher durante todo esse período, especialmente durante o puerpério, devido a maior suscetibilidade ao desenvolvimento de depressão pós-parto. Por isso, a utilização da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) é uma tecnologia leve-dura em saúde ¹³ possível de ser aplicada no contexto da APS, podendo contribuir no diagnóstico precoce e tratamento de quadros depressivos em tempo oportuno^{14; 15}.

Apesar do acesso à informação através dos diferentes meios de comunicação, a gestação, o parto e o puerpério são marcados por crenças e tabus que são transferidos de geração a geração, fazendo com que as mulheres se sintam inseguras quanto ao seu autocuidado e o cuidado com o bebê. Por isso a assistência pré-natal deve contemplar não somente uma avaliação clínica do binômio mãe-bebê mas também dos determinantes de saúde a ele relacionados¹⁶.

O pré-natal consiste numa oportunidade privilegiada de constituição de vínculo entre os profissionais de saúde, a grávida, seu companheiro e sua família, sendo possível a realização de ações preventivas e de promoção, de caráter individual ou coletivo. Estas podem ser ofertadas às gestantes de risco habitual² ou de alto risco no contexto da APS¹⁷.

² **Nota das autoras:** Na presente investigação, embora o documento do Ministério da Saúde intitulado "Caderno de Atenção Básica: atenção ao pré-natal de baixo risco" publicado em 2012 tenha adotado a expressão de pré-natal de baixo risco, as autoras optaram por utilizar a "pré-natal de risco habitual" em consonância com a terminologia adotada por especialistas do meio científico.

Nesse sentido, a Enfermagem se insere na APS como um componente estratégico das equipes multiprofissionais, à frente da imunização nacional e do papel educativo, articulando o trabalho em equipe, minimizando a realização de procedimentos iatrogênicos e reforçando o conceito ampliado de saúde.¹⁸

Compreendendo a parturição como um processo fisiológico e defendendo o protagonismo da mulher no trabalho de parto, enfermeiros(as) generalistas da APS podem se utilizar da consulta de Enfermagem para orientar sobre tipo e plano de parto, direito de escolha da maternidade, Lei do Direito ao Acompanhante¹⁹, cuidados com o recém-nascido (RN) e, durante o puerpério, sinais de intercorrências obstétricas, amamentação e contracepção no puerpério, entre outros esclarecimentos^{17; 20} Quando essas dúvidas são sanadas, o estresse e a insegurança podem ser minimizados, permitindo uma vivência tranquila desses momentos, além de escolhas conscientes.

O Ministério da Saúde em 2004, ao publicar a Política Nacional de Atenção integral à Saúde da Mulher explicitou as diretrizes e princípios sobre os quais ela estava alicerçada e evidenciou, como marco político, uma proposta cuja abordagem enfoca uma concepção ampliada da saúde sexual e reprodutiva da mulher alicerçada na questão de gênero, vulnerabilidade, protagonista a mulher e as especificidades que envolve o cuidado da mulher em situações peculiares²¹, cujo documento foi reeditado em 2011²², mantendo-se sua estrutura básica.

A participação do homem no pré-natal possibilita uma paternidade ativa e maior participação masculina nos cuidados com a mulher e o filho, e, portanto, tal estratégia deve ser incentivada na rotina dos serviços de saúde, especialmente na APS. Frente ao movimento de introdução do parceiro em uma perspectiva protagonizadora na saúde reprodutiva e criação dos filhos, foi publicado em 2016 pelo Ministério da Saúde (MS) o “Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde”²³ como parte das ações apontadas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

A PNAISH mostra-se afinada ao cuidado em saúde ofertado pelas equipes de ESF, uma vez que, nesta modalidade de APS, a família e a comunidade são incorporadas nas ações desenvolvidas, buscando compreender os indivíduos a partir de uma visão integral e contextualizada.

Assim como a presença paterna, o apoio social eficaz ofertado por familiares, comunidade e profissionais de saúde é capaz de contribuir para redução do estresse e impactar favoravelmente a saúde materno-infantil, já que o período pré-natal consiste em uma fase de remodelamento familiar e vivência de experiências inéditas e também, por vezes, inesperadas.

Assim, o encorajamento da mulher nessa fase, a oferta de ambiente tranquilo e seguro e a ajuda na superação de situações estressoras fazem do suporte social um fator protetor capaz de promover a saúde do binômio mãe-bebê¹⁶.

Outra preocupação do MS no sentido de garantir a segurança materno-infantil se expressa na preocupação em reduzir a taxa de cesáreas em todo o país, tendo em vista que valores superiores a 15% refletem uma indicação desnecessária de intervenção cirúrgica no nascimento²⁴. Portanto os riscos de uma cesárea sem indicações clínicas deve ser abordado com as gestantes de serviços de saúde tanto públicos quanto privados, como uma forma de sensibilizá-las para uma escolha consciente e segura²⁵.

4.1.2 Atenção pré-natal e puerperal no contexto da Rede de Atenção à Saúde e da Estratégia Saúde da Família

A atenção à mulher no período do pré-natal e puerperal se enquadra na busca por assegurar aos cidadãos o direito ao acesso a serviços de saúde. Nesse contexto, encontram-se os determinantes históricos, políticos e sociais que constituem marcos que retratam a trajetória de luta e conquistas que ocorreram. Destaca-se a Conferência de Alma-Ata, realizada em setembro de 1978, na República do Casaquistão, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o intuito de apresentar aos governos dos países diretrizes assistenciais de cuidados primários, apontando a necessidade de uma compreensão mais ampliada do conceito saúde e de reformulações na organização dos sistemas de saúde, especialmente dos países em desenvolvimento²⁶.

Esse evento é um marco histórico no campo da saúde, na medida em que elevou ao campo de discussão a necessidade de se investir na Atenção Primária à Saúde (APS) como forma de ofertar à população uma assistência universal, gratuita e preventiva, que contemplasse os determinantes sociais de saúde da população²⁶. E sua relevância, na presente investigação, se deve ao fato de esse contexto da APS ser o *locus* no qual se inscreve o cuidado à mulher no período do pré-natal e do puerpério.

Influenciada pelo movimento de Reforma Sanitária, a Constituição Federal²⁷ brasileira de 1988 é outro ponto de relevância na historicidade do cuidado à mulher, uma vez que a síntese da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi o alicerce para que, em 1988, houvesse a sinalização do início do período de redemocratização do Brasil, justificando o nome da CF de “Constituição Cidadã”²⁸.

Cabe mencionar que, nessa ocasião, foram instituídas duas Leis Orgânicas de Saúde para nortear a operacionalização do sistema de saúde brasileiro, denominado de Sistema Único de Saúde (SUS). Com o SUS, surgiram os subsídios necessários à definição de uma diretriz que fosse capaz de direcionar as bases de uma política pública com enfoque na prevenção e promoção da saúde. A Lei n. 8.080/1990 dispunha sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços²⁹ e a Lei n. 8.142/1990, além de tratar do controle social, aborda como esse modelo de assistência à saúde seria financiado³⁰.

Essas foram conquistas que trouxeram no seu bojo a ideologia da universalidade de acesso ao sistema de saúde e a necessidade de um controle social para as ações direcionadas à população, a fim de resgatar a ampliação do cobertura de atendimento e instituir a concepção de discriminação positiva com vistas a atender as necessidades de saúde da população²⁸.

Nesse contexto, emergiu o movimento feminista, trazendo em pauta a Saúde da Mulher como um dos pontos a serem destacados, tendo em vista a especificidade que o período fértil confere e como ele impacta a saúde da mulher e de sua família, e a vulnerabilidade que as propostas de saúde anteriores a deixaram. Assim sendo, a discussão de suas necessidades emergiu como algo natural, esperado e necessário e resgatou a necessidade de abordagem de cuidados de saúde para além do recorte a que o período gestacional poderia remeter³¹.

Diante das discussões sobre questões de gênero, perfil epidemiológico feminino, políticas públicas verticalizadas e a luta por direitos, o Ministério da Saúde aprovou em 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Em sua proposta, foram introduzidos princípios norteadores de uma política direcionada à saúde das mulheres. Constavam também as linhas prioritárias e um conjunto de serviços que foram elencados como as ações educativas e de caráter preventivo direcionadas à assistência pré-natal, ao parto e puerperal, a assistência ginecológica, entre outras³¹.

A Lei n. 9.263/1996, popularmente conhecida como Lei do Planejamento Familiar, consiste em um dispositivo legal que assegura o planejamento reprodutiva da pessoa enquanto direito de todo cidadão e o seu conjunto de ações deve ser proporcionado à mulher, ao homem e ao casal na perspectiva da saúde integral³².

Foi a partir dessa lei que foram instituídas a assistência à concepção e contracepção; a assistência no período do pré-natal, puerperal e neonatal; ações de prevenção e orientação e o controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Cabe à rede de serviços do SUS protagonizar o acolhimento, atendimento e direcionamento dessa clientela para as instituições de saúde de sua rede ou contratualizadas por ela³², uma vez que já havia evidência sobre os

benefícios de se disponibilizar para as mulheres o aconselhamento pré-natal e no pós-parto imediato. Esta é uma concepção até os dias atuais, a exemplo dos benefícios descritos a partir dos resultados de um estudo realizado em Nova Iorque³³.

Apoiar a mulher e seu companheiro(a) para que pensem sobre o melhor momento de terem ou não um filho e o façam por meio de um planejamento em conjunto é o que trata a Lei do Planejamento Familiar. Esta lei determina que, para o exercício do direito ao planejamento reprodutivo é necessário que sejam ofertados todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos, deixando a cargo do casal a decisão. Merece menção o fato de que, para se decidir e escolher algo, faz-se necessário haver opções e ter disponibilidade e acessibilidade às alternativas em tela³².

Apesar de essa lei estar em vigor há mais de 20 anos, sua operacionalização esbarra na falta de oferta de métodos contraceptivos, e, por vezes, a presença de lacunas em sua abordagem pode comprometer a legitimação de direitos do cidadão brasileiro com repercussões que recaem sobre a vida e as oportunidades que as mulheres de condição socioeconômica desfavorável têm. Isso pode comprometer sua autonomia para o exercício de anticoncepção e para as oportunidades diante da vida quando comparadas às opções disponibilizadas pela sociedade para os homens.

Considerando a diversidade de serviços prestados por instituições de saúde à população e visando proporcionar o melhor dimensionamento de recursos materiais e humanos, foi estruturado um fluxo de atendimento no sentido de auxiliar usuários e profissionais de saúde na articulação do atendimento disponibilizado pelo SUS^{34; 35}.

A criação desse fluxo visa orientar o usuário sobre a porta de entrada do sistema que melhor atender às peculiaridades e especificidades do processo saúde-doença em que se encontra³⁴. Por outro lado, o fluxo de atendimento permite que profissionais de saúde sejam organizados segundo suas competências e habilidades por nível de atenção, ou seja, é possível criar um perfil profissional de acordo com a resolubilidade pretendida por uma dada instituição de saúde inserida na rede³⁵.

Nesse sentido, a criação dos níveis de atenção em primário, secundário e terciário constitui metodologia classificatória na qual estão estruturados serviços, ações e recursos para sua operacionalização segundo o grau de resolubilidade pretendido. Este modelo, na perspectiva da verticalidade, tem sofrido críticas devido à fragmentação do cuidado e, por isso, em 2010, foi publicada a Portaria n. 4.279/2010³⁶, que definiu a organização do SUS através de Redes de Atenção à Saúde (RAS).

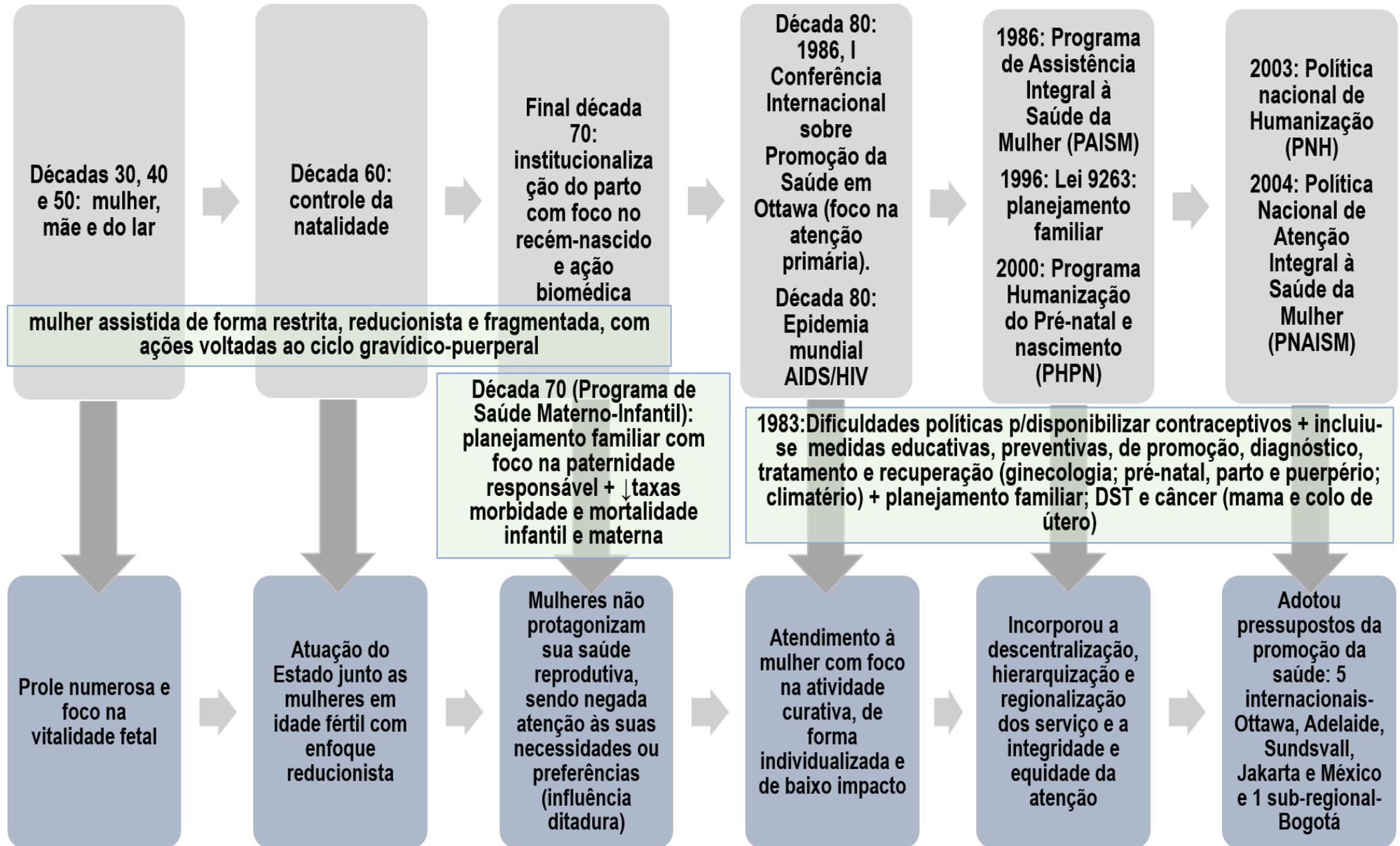
A partir dessa portaria, sucederam-se outras com o intuito de operacionalizar a implantação e consolidação da Rede Cegonha (RC), da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), da Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas (RPDC) e da Rede de Urgência e Emergência (RUE). O documento “Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da Secretaria de Atenção à Saúde”³⁷, publicado em 2014, contém as diretrizes para a implantação das cinco redes temáticas priorizadas pelo MS e também apresenta algumas ações e estratégias de gestão da Secretaria de Atenção à Saúde.

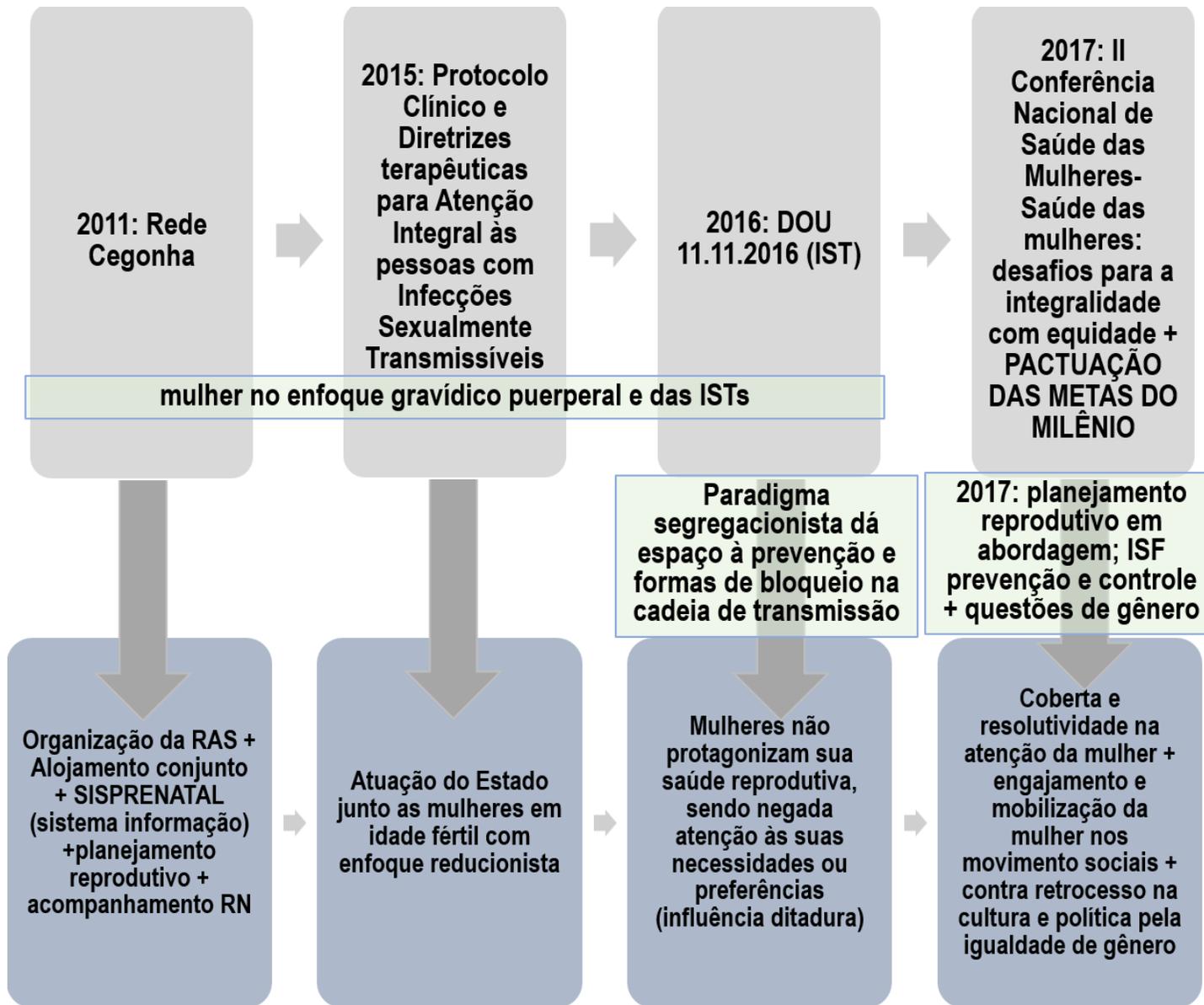
Desse modo, a APS é tida como porta de entrada preferencial para os usuários do SUS quando buscam atendimento na perspectiva da promoção da saúde, na prevenção de agravos e no controle de situações crônicas não agudizadas. No nível de atenção secundária, estão disponibilizados atendimentos à estabilização de quadro agudos que ameaçam à vida e para situações que requerem investigação diagnóstica, sendo porta de entrada preferencial para situações de agravos e exercendo a ação de conexão entre o nível primário e o terciário de atenção à saúde³⁵.

Quando se pensa em assistência à saúde da mulher e da criança na perspectiva do direito sexual e reprodutivo, torna-se evidente a necessidade de os níveis de atenção estarem articulados, a fim de assegurar o acompanhamento em qualquer condição do *continuum* saúde-doença¹⁶. Assim, a Rede Cegonha representa um esforço do Estado em garantir o acesso a ações de planejamento reprodutivo, assistência pré-natal, puerperal e à saúde da criança no sentido assegurar a saúde materno-infantil no território nacional^{37; 38}.

Para sintetizar como as mulheres são inseridas nas políticas de atenção à saúde reprodutiva e materno-infantil, consta a seguir um esquema ilustrativo sobre a trajetória histórica das principais políticas, programas e tendências (**Figura 1**).

Figura1: Esquema ilustrativo das principais políticas, programas e concepções ideológicas que influenciaram a trajetória da abordagem da saúde da mulher no período gravídico-puerperal.





Fonte: As autoras (Jul/2019). Baseado em Freitas GL, Vasconcelos CTM, Moura ERF, Pinheiro AKB. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(2):424-8. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>.

Diante do exposto, cabe resgatar uma reflexão a respeito da inserção dos profissionais de enfermagem como elemento integrante da rede de apoio à mulher no período compreendido entre a pré-concepção até o puerpério. Considerando o recorte pretendido na presente investigação, justifica-se dar voz aos enfermeiros para que eles tragam suas perspectivas sobre como é o atendimento realizado, pretendido e executado que essa categoria faz às mulheres que se encontram na fase compreendida entre a gravidez e o puerpério, uma vez que essa é uma categoria profissional que se encontra inserida na APS em tais atividades segundo a proposta do MS.

Com o intuito de representar o fluxo de atendimento das mulheres em idade fértil no sistema público de saúde, consta a seguir uma figura ilustrativa da articulação dos serviços de saúde (**Figura 2**).

Figura 2: Fluxo de assistência à mulher no período fértil no contexto da Rede de Atenção à Saúde.



Fonte: As autoras (Jun/2019).

Na **Figura 2**, é possível identificar a longitudinalidade do cuidado na APS, haja vista que o cuidado é ofertado ao longo da vida dos indivíduos, sendo o vínculo entre o usuário, a família e o serviço de saúde uma importante ferramenta nesse tipo de cuidado³⁵.

Nesse sentido, regionalização e hierarquização; territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolubilidade, longitudinalidade do cuidado e coordenação do cuidado são diretrizes para a prática profissional das equipes de APS³⁹.

Esse nível de atenção à saúde, quando bem estruturado em uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), possui a capacidade de solucionar 85% dos problemas de saúde da população, sendo considerado um nível de baixa densidade e alta complexidade tecnológicas, uma vez que o desenvolvimento de suas ações implica a reelaboração de comportamentos prejudiciais à saúde e à dimensão relacional e comunicacional entre os diferentes sujeitos³⁵. Desse modo, é nesse contexto em que a inserção da saúde da mulher se justifica independentemente de estar ou não grávida.

Sua inserção na rede deve retratar a continuidade do cuidado que teve desde a infância à fase adulta, a ponto de constituir uma trajetória natural e sem descontinuidade, principalmente quando se adota o paradigma do cuidado à família e na concepção de saúde ampliada³⁴. Assim, ações intersetoriais constituem estratégias que favorecem a continuidade do cuidado em saúde nos vários cenários em que as pessoas se encontram, sendo o Programa de Saúde na Escola uma parceria útil, factível e viável quando se pensa em reduzir a descontinuidade no atendimento de saúde entre as fases da vida⁴⁰.

No caso específico da saúde da mulher, foco da presente investigação, existem propostas direcionadas ao período fértil, gestacional e do puerpério, havendo uma tendência para não excluir os companheiros nesse atendimento^{41; 42}. Um exemplo é o protocolo do Ministério da Saúde de Atenção ao Pré-Natal de baixo-risco, que prevê que seja realizada a avaliação pré-concepcional, a assistência pré-natal, a assistência ao parto iminente e ao pós-parto.¹⁷

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 como uma nova proposta de composição de equipe de saúde e organização do processo de trabalho no contexto comunitário. A ESF, aprovada pela Norma Operacional Básica de 1996, torna o PSF uma estratégia ininterrupta a ser expandida no país e que tem como objetivo a promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e a manutenção da saúde dos indivíduos, cujo foco recai sobre a família e a comunidade⁴³. Para a sua operacionalização foi prevista a composição de equipes de Saúde da Família (eSF) as quais são responsáveis por 2.000 a 3.500 pessoas⁴⁴. A composição da equipe multiprofissional passou por alterações que impactam sobre o processo

de trabalho das mesmas. Até a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2012, a equipe mínima era composta por médico e enfermeiro com formação generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal⁴⁵. A partir da nova PNAB 2017, a equipe mínima preserva o profissional médico, enfermeiro e técnico/ auxiliar de enfermagem. O agente comunitário de saúde e o agente de endemias tornam -se profissionais complementares da equipe⁴⁴.

Cabe mencionar que a terminologia Estratégia Saúde da Família (ESF) será utilizada na presente investigação para indicar o plano contínuo de ação a ser desenvolvido em um território definido, enquanto uma política de saúde do Estado e que tem como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade. A eSF assume a responsabilidade sanitária de um território cuja delimitação deve considerar a sua dinamicidade e aspectos ambientais, políticos, sociais, culturais, de infraestrutura, disposição de recursos comunitários bem como a exposição a riscos e vulnerabilidades que podem levar a comunidade ao adoecimento⁴⁴.

Nesse sentido, a territorialização deve contar com a participação dos diferentes atores sociais que a envolvem, uma vez que tal processo possui impacto direto sobre o planejamento das ações desenvolvidas pelas eSFs no sentido de ofertar uma assistência efetiva às necessidades de sua população⁴⁶.

Diante do exposto, as unidades de saúde que adotaram o modelo ESF foram aqui denominadas Unidades de Saúde da Família (USF) e aquelas de modelo tradicional permaneceram intituladas como Unidades Básicas de Saúde (UBS), acompanhando a atual tendência das publicações científicas que envolvem a temática.

Ao direcionar o foco da intervenção das eSF para a avaliação pré-concepcional o que a política de saúde visa é a identificação de fatores de risco ou doenças que possam comprometer a saúde materno-fetal.^{17; 33} Com o intuito de favorecer a captação precoce das gestantes para início do pré-natal, as UBSs ofertam o exame de sangue dosagem de subunidade beta do hormônio coriônico gonadotrófico (β -hCG) às mulheres com sinais ou sintomas de presunção gestacional¹⁷.

Após a constatação da gravidez, a mulher pode buscar atendimento por demanda espontânea na UBS à qual está vinculada ou o agente comunitário de saúde deve agendar o primeiro atendimento na UBS. Sendo considerada a porta preferencial de entrada no SUS, a APS deve acolher a gestante em seu contexto social, dar início ao pré-natal precocemente após a constatação da gestação por exame laboratorial, acompanhar a gestação ofertando serviços preventivos como imunização e educação em saúde, além de consultas periódicas¹⁷.

A gestante classificada como de alto risco deve ser encaminhada ao médico obstetra e acompanhada pela UBS, sendo essa assistência prestada simultaneamente denominada acompanhamento compartilhado. O Ministério da Saúde compreende “gestação de alto risco” a gravidez que possui fatores inerentes à saúde da gestante ou do concepto, que podem comprometer a saúde materna ou a vitalidade fetal, colocando a saúde de um deles ou de ambos em risco⁴⁷.

O pré-natal de risco habitual, também conhecido como pré-natal de risco habitual, é ofertado pelas equipes de APS; deve contemplar no mínimo seis consultas, sendo as mesmas intercaladas entre os profissionais enfermeiro e médico.

Na abordagem preconizada pelo Ministério da Saúde está prevista a realização de, no mínimo, uma consulta no primeiro trimestre; duas no segundo trimestre e três no terceiro, sendo que no último trimestre o atendimento é preconizado para ser realizado pelo profissional médico.

Na primeira consulta, após a comprovação da gravidez, o profissional de saúde deve realizar a primeira consulta e ofertar o cartão da gestante devidamente preenchido. Caso a usuária apresente alguma intercorrência obstétrica, o mesmo deve ser apresentado na instituição de referência que a acolheu para avaliação clínica¹⁷.

No que tange as categorias profissionais envolvidas no atendimento da gestante, e em especial da atuação do enfermeiro, cabe mencionar que, sendo a consulta de enfermagem uma oportunidade que possibilita o esclarecimento de dúvidas e abordagens de conteúdos que se mostram mais significativos e próximo para a mulher gestante a respeito de seu próprio corpo, dos cuidados com o recém-nascido e da segurança/saúde de ambos a falta da previsão de inserção do profissional enfermeiro nesse contexto mostra-se como uma lacuna e justifica uma crítica a proposta governamental⁴⁸. Isso por que por meio da consulta de enfermagem é possível inserir o diagnóstico para detecção precoce de possíveis intercorrência, inserir intervenções terapêutica que visem a promoção de saúde e a prevenção de agravos justificando-se que, nesse último trimestre, a atuação do enfermeiro integre o atendimento multidisciplinar necessário ao atendimento da gestante/companheiro/ familiares/pessoa que integre sua rede de apoio social.

Os exames devem ser realizados por trimestre gestacional, como preconizado pelo MS¹⁷
(Quadro 1).

Quadro 1: Roteiro para a solicitação de exames no pré-natal de risco habitual

Período	Exames
1ª consulta ou 1º trimestre	Hemograma Tipagem sanguínea e fator Rh Coombs indireto (se for Rh negativo) Glicemia em jejum Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR Teste rápido diagnóstico anti-HIV Anti-HIV Toxoplasmose IgM e IgG Sorologia para hepatite B (HbsAg) Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU, EQU) Ultrassonografia obstétrica Citopatológico de colo de útero (se for necessário) Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica) Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica)
2º trimestre	Teste de tolerância para glicose com 75g, se a glicemia estiver acima de 85mg/dl ou se houver fator de risco (realize este exame preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana) Coombs indireto (se for Rh negativo)
3º trimestre	Hemograma Glicemia em jejum Coombs indireto (se for Rh negativo) VDRL Anti-HIV Sorologia para hepatite B (HbsAg) Repita o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU) Bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação)

Fonte: Atenção ao pré-natal de risco habitual, 2012, p.109-110. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) pode ser solicitado em situações emergenciais, que coloquem em risco a segurança e a saúde materna e/ou infantil. Após atendimento de urgência e emergência, a gestante pode ser encaminhada para hospitalização, retornar para casa e retomar seu acompanhamento de rotina na UBS ou ser referenciada pela UBS ao pré-natal de alto risco³⁴.

Durante o acompanhamento gestacional a equipe de saúde precisa construir com a gestante uma proposta de plano de parto que esteja com conformidade com seu desejo, condições de saúde do binômio mãe-feto e que seja acompanhado por profissional habilitado. Assim, ao final da gestação, a mulher ao conceber seu filho, terá a referência de profissionais e instituições que poderá acessar e cujo vínculo terá conhecimento prévio para que seu parto e assistência puerperal sejam garantidos e lhe preserve a autonomia, segurança e acesso ao atendimento em caso de intercorrências³⁸

Cabe mencionar que o protocolo de Ministério da Saúde para a atenção pré-natal de risco habitual reconhece a ocorrência do parto domiciliar nas regiões longínquas no país (áreas rurais, ribeirinhas, de floresta, em meio às populações quilombolas e indígenas) realizados por parteiras tradicionais, contudo, o Sistema Único de Saúde não oferta às mulheres esta possibilidade de escolha às mulheres que se encontram em áreas de cobertura da RAS¹⁷.

Deste modo, a atenção ao parto da mulher brasileira encontra-se estruturado em modelo hospitalocêntrico prevê que o exercício do parto seja restrito aos ambientes e institucionais privando a mulher do direito de escolha e da garantia de assistência, quando seu desejo e condições permitam que o parto seja realizado em um ambiente que lhe corresponda aos desejos, valores e estejam alinhados com sua concepção de vida e de cuidado que deseja receber. Do ponto de vista das relações interprofissionais, o modelo hospitalocêntrico é hegemônico para o exercício da medicina, tende a ser medicalizado e desapropria a mulher e seu conceito da centralidade e do protagonismo que têm por direito no processo, alegando a garantia da segurança para ambos que poderia ser assegurada mesmo quando o parto fosse realizado em ambiente não institucionalizado. A tutela do corpo no ambiente institucional consiste em uma forma de legitimação e manutenção das relações de biopoder que nele se estabelecem⁴⁹.

Após o nascimento é ideal que seja mantido simultaneamente o vínculo da puérpera e do recém-nascido com a equipe de saúde (que acompanhou seu parto e da unidade que é adstrita), assegurando um processo de transição que lhe garanta cobertura e apoio para o atendimento de necessidades próprias à mulher enquanto puérpera; do recém-nascido e do contexto familiar com vistas à modulação de cuidados populares com os profissionais. Esse período de transição permite a garantia da segurança e do bem-estar para as pessoas do núcleo familiar num contexto de amparo emocional, psicológico, social, financeiro, espiritual, físico e cultural. Visitar a família em seu domicílio constitui nesse contexto uma estratégia de entendimento de possíveis demandas de saúde e bem-estar e assegura ações de prevenção de agravos à saúde e de promoção de saúde e de aproximação da mulher, companheiro e contexto familiar⁵⁰.

A visita à família para avaliação do binômio mãe-filho, bem como a de triagem neonatal e de vacinação, compõe as ações da “Primeira Semana de Atenção Integral” propostas pela Rede Cegonha. A partir disso, o casal pode retornar ao serviço quando julgar necessário, para ter acesso às ações de planejamento reprodutivo e a criança iniciar as consultas de puericultura na UBS¹⁷.

Nesse sentido se insere a Política Nacional de Humanização do SUS que a partir de 2003 busca discutir alternativas para a precarização do processo de trabalho das equipes de saúde, das práticas verticalizadas e que não colocam os usuários do SUS como empoderados das situações que envolvem seu processo saúde-doença. No caso específico da humanização do cuidado no pré-natal e puerpério essa situação se mostra mais delicada tendo em vista a necessidade de se conciliar a privacidade, singularidade, segurança e a garantia dos direitos da pessoa em escolher, decidir e integrar o processo terapêutico que lhe é proposto^{31; 51}

4.2 TEORIA DOS SISTEMAS DE NEUMAN

Betty Neuman nasceu em 1924, em Lowell, nos Estados Unidos da América (EUA). Influenciada por questões relacionadas ao seu núcleo familiar, desde cedo, esteve inserida em um contexto de cuidados de enfermagem. Aos 23 anos, recebeu o diploma em Enfermagem pelo *People's Hospital School of Nursing* e, logo após, o bacharelado. cursou também psicologia e saúde pública. Em 1966, tornou-se mestra em saúde mental e doutora em psicologia clínica em 1985, atuando profissionalmente na assistência, no gerenciamento e no ensino em Enfermagem⁵².

Há 40 anos, Neuman tem se dedicado à divulgação do modelo teórico por meio do ensino, publicações, consultorias, eventos locais, fóruns nacionais e internacionais. Suas principais obras, contendo a descrição completa do modelo conceitual, encontram-se nos livros *The Neuman Systems Model* e *The Neuman Systems Model: application to nursing education and practice*. Novas edições dessas obras estão disponíveis, sendo a mais atual a versão 2011 do primeiro livro citado^{53,52}.

No processo de criação de seu constructo, Neuman recorreu a diferentes conceitos e teorias, entre eles: Totalidade nos Sistemas, de Chardin e Cornu; Teoria Geral dos Sistemas de von Bertalanfy e Lazlo; Teoria do Estresse de Selye e à produção científica de Lazarus na abordagem do estresse e enfrentamento⁵³.

O Modelo dos Sistemas proposto por Betty Neuman articula o metaparadigma da Enfermagem com os conceitos complementares necessários à compreensão deste constructo teórico. Os elementos do metaparadigma preservam a estrutura primordial das Teorias de Enfermagem, identificando-as no campo científico, enquanto que os demais conceitos tornam este constructo abrangente, podendo ser utilizado por diferentes áreas de conhecimento⁵⁴.

De acordo com Neuman, o ser humano, o meio ambiente, o processo saúde-doença e a sociedade interagem entre si, mantendo suas características inatas de sistema, configurando assim o aspecto holístico no qual a Enfermagem está inserida⁵⁴.

O Modelo de Sistemas foi criado durante a prática docente de Betty Neuman na Universidade da Califórnia com vistas a proporcionar uma abordagem holística do ser humano. Esse modelo teórico foi construído em uma perspectiva de sistemas abertos, complexos e dinâmicos que integram: cliente, enfermagem e ambiente⁵².

Betty Neuman compreende por **cliente** o indivíduo, família, grupo social ou comunidade e a **enfermagem** como um sistema cuja potencialidade consiste na capacidade de articular distintas forças de seu campo de conhecimento em favor da estabilização do sistema do cliente em questão. Nesse sentido, o histórico de enfermagem consiste em uma coleta de dados minuciosa que subsidia a intervenção a ser prescrita pelo enfermeiro, tendo em vista a compreensão e o atendimento das peculiaridades de cada cliente⁵⁴.

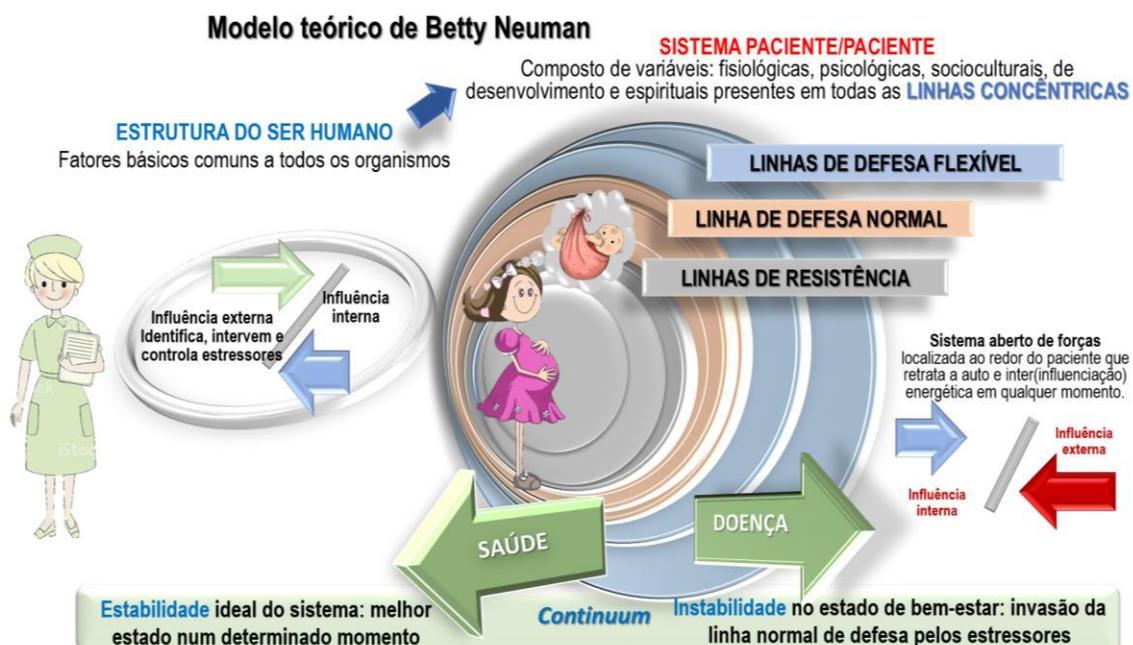
O **ambiente** é retratado pelo meio em que ocorre a interação, sendo por isso considerado complexo, uma vez que o cliente é influenciado de forma positiva ou negativa pelo mesmo e vice-versa. O processo de regulação satisfatório entre cliente e ambiente tende a resultar em um equilíbrio do sistema que proporciona um comportamento de defesa da vida, manutenção e reabilitação da saúde. Em contrapartida, o desequilíbrio do sistema expõe o cliente ao adoecimento e/ou morte⁵⁴.

A **saúde** se expressa no nível de bem-estar do cliente e a harmonia das variáveis fisiológicas (funções do organismo), psicológicas (cognição e humor), socioculturais (aspectos relacionais e culturais), de desenvolvimento (ciclo de vida) e espirituais do cliente, atuam como fatores protetores em relação aos estressores ambientais internos/externos. Segundo o Modelo Teórico de Neuman, os estressores ambientais podem ser de natureza: intrapessoal, interpessoal ou extrapessoal⁵⁴.

Os **estressores intrapessoais** consistem em forças inerentes ao sistema do indivíduo e podem ser compreendidos como estado de humor, sentimentos e/ou condição de saúde, seja ela transitória ou permanente. Os **estressores interpessoais** representam forças ambientais externas que interagem com o sistema do indivíduo no âmbito da linha proximal, podendo ser caracterizados por posições sociais e relações interpessoais. Quando essas forças ambientais externas interagem com a linha distal do sistema do indivíduo, essas forças são chamadas **estressores extrapessoais** e se manifestam por meio de políticas públicas, do *modus operandi* das instituições, bem como de questões de cunho financeiro ou social^{52,54}.

No Modelo de Sistemas de Neuman, há um círculo de força localizado centralmente que é representado em seu diagrama como um núcleo que abriga a estrutura básica responsável pela preservação da vida e pode ser retratada a partir de três anéis concêntricos que protegem o ser humano (**Figura 3**).

Figura 3: Esquema ilustrativo demonstrando as linhas concêntricas de energia segundo Modelo teórico de Betty Neuman.



Fonte: As autoras (Jun/2019).adaptado de NEUMAN, B.; FAWCETT, J. **The Neuman systems model**. 2011 para a temática da presente investigação.

* **Nota das autoras:** figura da enfermeira, gestante e bebe originadas do Google imagens.

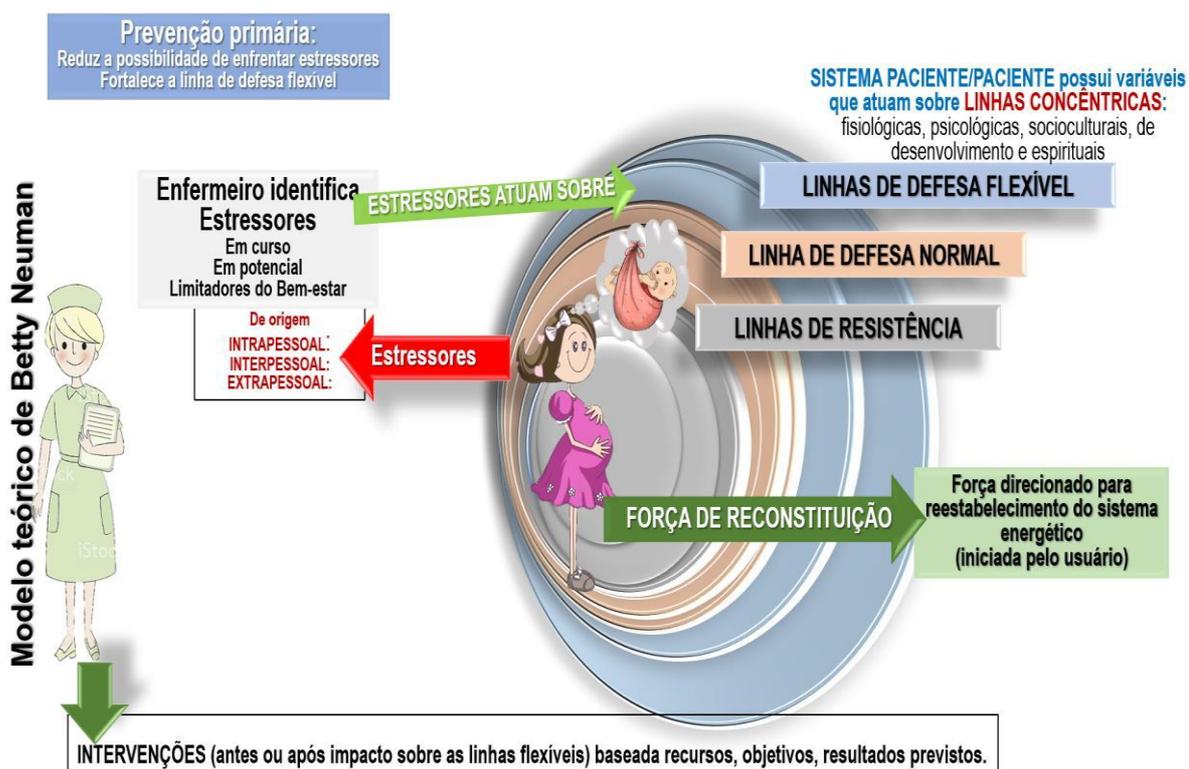
O anel mais externo ao círculo é denominado **linha flexível de defesa** e sua função é proteger a linha normal de defesa. Diante da presença de estressores, ela tem a capacidade de expandir-se e defender o sistema de forças do indivíduo. Entretanto, caso esta barreira sofra algum dano irreparável ou de difícil restauração, o sistema torna-se vulnerável à instalação de um processo de adoecimento. A esse movimento de avanço e retrocesso da linha flexível de defesa é dado o nome efeito de acordeão, uma vez que possui a flexibilidade de autoajustamento⁵⁴.

A **linha normal de defesa** forma-se ao longo da vida de cada indivíduo a partir de suas experiências e consiste em uma estrutura protetora com vistas à manutenção do bem-estar ou equilíbrio do sistema, enquanto que a **linha de resistência** está em contato direto com a estrutura básica e é composta por fatores de proteção singulares que visam salvaguardar os elementos vitais dos indivíduos⁵⁴.

Nesse sentido, a teoria de Neuman propõe três tipos de intervenção de enfermagem: a **prevenção primária**; a **prevenção secundária**, e a **prevenção terciária**⁵⁴. Para exemplificá-las as mesmas serão abordadas.

A intervenção de enfermagem na **prevenção primária** que visa promover o bem-estar e impedir a exposição do indivíduo aos estressores está esquematizada na **Figura 4**.

Figura 4: Esquema ilustrativo da intervenção primária, segundo concepção de Neuman.



Fonte: as autoras (Jun/2019) adaptado de Neuman.

Nota das autoras: figura da enfermeira, gestante e bebe originadas do Google imagens.

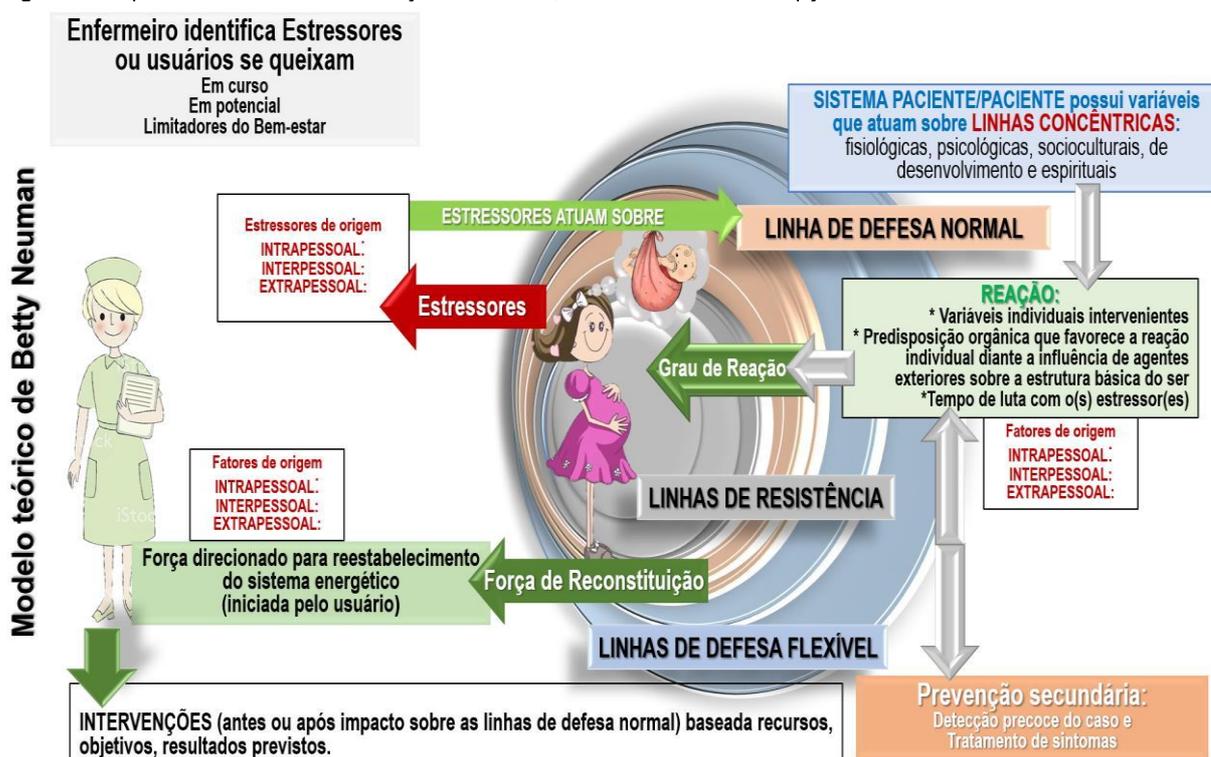
A atuação dos estressores na intervenção de prevenção primária podem ter origem intrapessoal, interpessoal e extrapessoal e incidirá sobre as linhas flexíveis. Em resposta a força de reconstituição, ou seja, responsável para reordenação do campo energético após intervenções tenderá estabilizar esse sistema energético no sentido de se atingir um estado de bem-estar para uma condição melhor do ponto de vista comparativo do que aquele vivenciado anteriormente^{54:p.6-7}.

A concepção de força de reconstituição proposta por Neuman alicerça-se na potencialidade do ser humano em desencadear um processo de adaptação que se direciona para uma forma positiva a ponto de contribuir para a recomposição e organização de sua estrutura quando defrontado por adversidades. Ela deriva da capacidade do ser humano em

reagir aos estressores retratados na composição do ser humano que é expressa pelas variáveis fisiológicas, socioculturais, psicológicas, espirituais e desenvolvimentais. Tal fato permite explicar e compreender como se processa os níveis de prevenção das intervenções de enfermagem conforme apresentado anteriormente no esquema⁵⁴.

Um esquema ilustrativo sobre como é articulada a intervenção de enfermagem na **prevenção secundária** dentro do sistema energético do indivíduo consta na **Figura 5**.

Figura 5: Esquema ilustrativo da intervenção secundária, de acordo com a concepção de Neuman.



Fonte: as autoras (Jun/2019) adaptado de Neuman.

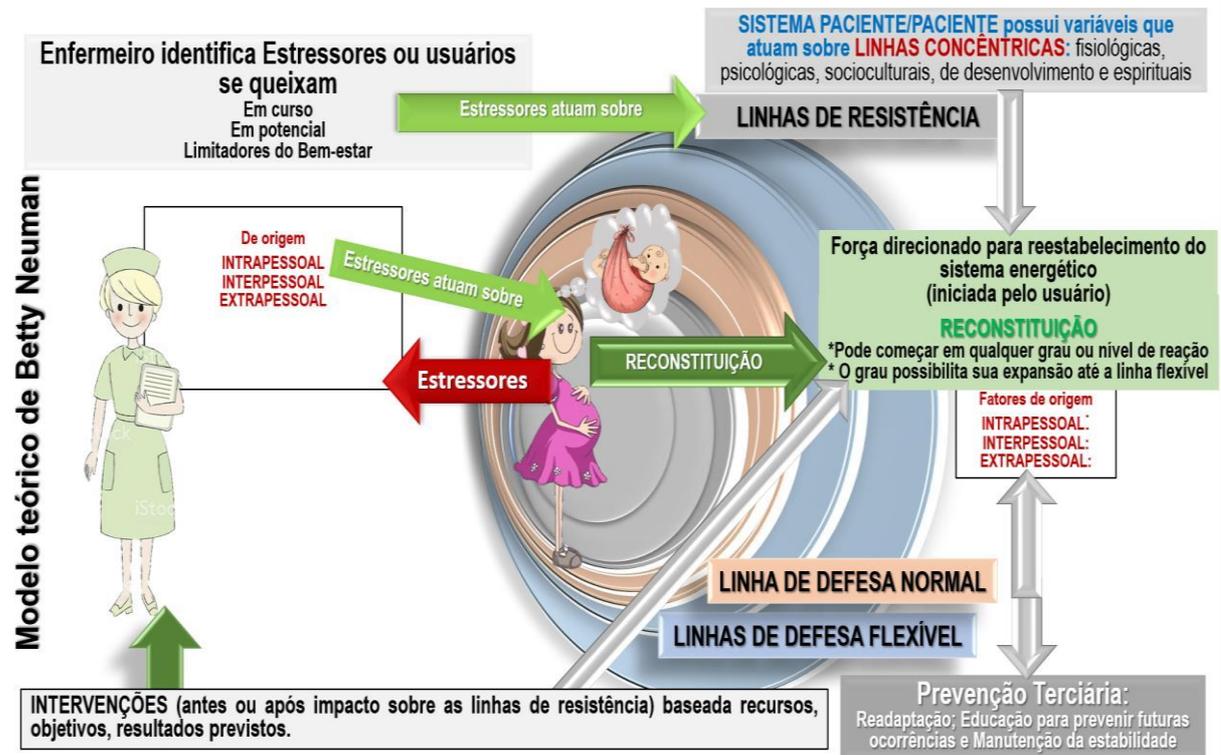
Nota das autoras: figura da enfermeira, gestante e bebe originadas do Google imagens.

Na **prevenção secundária**, que identifica precocemente os indivíduos expostos e trata os sintomas identificados, os estressores atuam sobre a linha de defesa normal alterando o estado de saúde e provocando uma resposta que vai das linhas de resistência para as linhas flexíveis o que justifica o surgimento de uma reação pessoal. O organismo, em resposta, desencadeia uma reação diante da influência de agentes externos que atuam sobre a estrutura básica do ser humano e que tem sua origem nos fatores intrapessoal, interpessoal e extrapessoal. O fato de haver uma reação do organismo possibilita ao enfermeiro identificá-los por meio de uma detecção precoce das respostas e iniciar o tratamento dos sintomas. Nesse caso a força de reconstituição será responsável pelo reestabelecimento do sistema energético e será iniciada pela própria pessoa. A atuação do enfermeiro poderá ocorrer antes ou após o

impacto desses estressores sobre as linhas de defesa normal, baseada em recursos, objetivos e resultados previamente traçados.

Um esquema ilustrativo sobre como se articula a intervenção de enfermagem na **prevenção terciária** no sistema energético do indivíduo consta na **Figura 6**.

Figura 6: Esquema ilustrativo da intervenção terciária, de acordo com a concepção de Neuman.



Fonte: as autoras (Jun/2019) adaptado de Neuman. **Nota das autoras:** figura da enfermeira, gestante e bebe originadas do Google imagens.

A **prevenção terciária** incentiva a readaptação, auxilia na manutenção do equilíbrio e previne exposições futuras. Nesse caso, os estressores atuam nas linhas de resistência, gerando uma reação que estimula a força de reconstituição a se direcionar do interior. O objetivo dessa força é mover-se do interior para o exterior no sentido de promover o reestabelecimento do sistema energético por iniciativa da própria pessoa. Ele pode ocorrer a partir de qualquer grau de reação. Tal fato justifica a potencialidade das intervenções de prevenção terciária impactar sobre o processo de readaptação, manutenção da estabilidade e prevenção de futuras ocorrências e poder ser acionada antes ou após o impacto sobre as linhas de resistência.

Visando detalhar a proposta de Neuman, constam a seguir os dez pressupostos que dão sustentação ao seu modelo teórico:

- 1) Cada indivíduo ou grupo é como um sistema aberto e único, composto de fatores conhecidos comuns ou características inatas dentro de uma faixa de resposta

normal, inerente à estrutura básica. 2) O indivíduo é como um sistema dinâmico que está em constante troca de energia com o ambiente. 3) No universo, existem muitos estressores ambientais conhecidos e desconhecidos e cada um deles difere em seu potencial de perturbar o nível de estabilidade usual do indivíduo. As particulares inter-relações das variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, desenvolvimentais e espirituais podem afetar o grau em que um indivíduo é protegido pela linha flexível de defesa contra uma possível reação a um ou mais fatores estressores. 4) Cada indivíduo ou grupo evoluiu em uma faixa normal de resposta ao ambiente que é referido como a linha normal de defesa, estado normal de bem-estar ou estabilidade. A linha normal de defesa representa a mudança ao longo do tempo através do enfrentamento de diferentes situações de estresse e ela pode ser usada como um padrão para medir o desvio de saúde. 5) Quando o amortecimento, efeito pelas linhas flexíveis de defesa não é mais capaz de proteger o sistema do indivíduo contra um estressor ambiental, o estressor rompe a linha normal de defesa. A interação entre si das variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, desenvolvimentais e espirituais determinarão a natureza e grau de reação do sistema ou seja, a possível reação ao estressor. 6) O cliente, seja em um estado de bem-estar ou doença, ele é um sistema dinâmico da interação entre si das variáveis. O bem-estar consiste em um *continuum* de energia capaz de manter o sistema em um estado ideal de estabilidade. 7) Cada sistema possui fatores internos de resistência implícitos, conhecidos como linhas de resistência, que estabilizam e retornam o indivíduo ao estado normal de bem-estar após uma reação de estresse ambiental. 8) A prevenção primária refere-se à redução ou eliminação da exposição a estressores ambientais reais ou factíveis; seu objetivo é a promoção da saúde. 9) A prevenção secundária está relacionada à ocorrência de uma exposição a estressores. Seu objetivo é diagnosticar e intervir precocemente para reduzir os efeitos nocivos. 10) A prevenção terciária consiste em um processo de restabelecimento do equilíbrio do sistema e retorno à prevenção primária como forma de evitar nova exposição ao(s) estressor(es).^{54p.14}

A teoria de Betty Neuman é classificada como uma teoria de médio alcance baseada nas necessidades humanas, possuindo conceitos amplos, parcialmente abstratos e que são passíveis de ser aplicados em uma variedade de situações cujo paradigma consiste na necessidade de proteção e bem-estar do indivíduo, compreendendo-o como um ser biopsicossocial e que requer um cuidado individualizado. Apesar da impossibilidade de reprodução total desse modelo teórico, partes do mesmo têm produzido contribuições à prática assistencial e docente através da pesquisa em Enfermagem. Assim, a avaliação da teoria permite examiná-la a partir deste exame crítico, identificando suas potencialidades, limites e pontos a serem aprimorados⁵³.

A concepção de mulher adotada na presente investigação prevê que o enfermeiro esteja articulado no atendimento multiprofissional de uma equipe da ESF e, embora tenha formação generalista, desenvolva habilidades e competências que o habilitem a abordar a mulher e seu(sua) acompanhante no período fértil.

Em sua atuação laboral, a enfermagem utiliza a consulta de enfermagem, enquanto tecnologia para o cuidado em situação de gestação de risco habitual, no intuito de identificar precocemente as peculiaridades inerentes ao gênero no contexto físico, social, emocional, financeiro e familiar vinculadas ao período reprodutivo e/ou período pré-natal. Nesse sentido, a

atuação do enfermeiro deve contemplar a promoção da saúde, a prevenção de agravos, a redução de vulnerabilidades e a resolubilidade de intercorrências, assegurando o acesso aos níveis de assistência que se fizerem necessários dentro da RAS.

A finalidade do atendimento de enfermagem visa garantir a segurança da mulher e de seu conceito, a resolubilidade do atendimento em tempo hábil e a saúde do trinômio mãe/feto e família/acompanhante, identificando estressores de origem intrapessoais, interpessoais e transpessoais.

A concepção de serviço de saúde inclui uma rede articulada de profissionais de saúde, serviços e recursos que visam dar suporte à atuação laboral, com a finalidade de atendimento das demandas da mulher, no período reprodutivo e/ou período pré-natal ou de articular atendimento adicional quando o nível de atenção à saúde requerer sua abordagem terapêutica em nível de especialidade ou urgência/emergência³⁴.

Frente ao exposto, a utilização da teoria de Betty Neuman mostra-se aplicável neste estudo, uma vez que ela busca contemplar as necessidades de saúde de mulheres durante o período gestacional e visa à redução de estressores que podem colocar em risco a saúde e segurança materno-fetal. O enfermeiro possui uma ampla possibilidade de intervenções e o uso da teoria possibilita-o atuar em seu processo de trabalho de forma sistematizada e individualizada, de acordo com o contexto em que cada gestante/família se insere.

4.3 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: ABORDAGENS ESTRUTURAL E PROCESSUAL

Compreender o processo de trabalho no sistema público de saúde, independentemente do nível de atenção em questão, requer um entendimento do *modus operandi* deste sistema e das construções sociais que o permeiam. Destaca-se a inclusão das abordagens estrutural e processual da Teoria da Representação Social (TRS), enquanto alicerce teórico, metodológico e filosófico para o enfoque da temática. A Psicologia Social possibilita a compreensão do processo comunicacional, explicitando a forma como a comunicação é capaz de projetar uma realidade comum.

Nesse sentido, o conceito de Representação Social (RS) proposto por S erg e Moscovici constitui contribui o no campo da psicologia de relev ncia para a abordagem pretendida e foi divulgado na publica o da obra “*La Psicanalyse: Son image et son public*”, em 1961⁵⁵.

Em sua concepção a respeito de Representação Social, Moscovici perpassa pela compreensão de relações sociais flexíveis e dinâmicas. Para ele, a representação social vai além de um modo de compreensão de um objeto em questão; ela expressa a forma como um dado indivíduo ou grupo social se liga a esse objeto. Daí a importância de o indivíduo/grupo estar socialmente contextualizado e ter aproximação com o objeto a ser investigado, para que assim ele seja capaz de apontar algo que represente o senso comum através de suas experiências vivenciadas e de conteúdos que sejam compartilhados socialmente no cotidiano⁵⁵.

Denise Jodelet, discípula de Moscovi, define representação social como “uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e compartilhado, que tem um objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”⁵⁶.

A busca por segurança consiste em uma condição presente nos seres humanos que também se manifesta no campo cognitivo e comunicacional. O homem sente-se seguro ao falar daquilo que conhece e, portanto, cria meios de tornar conhecido o desconhecido. Na RS, esse processo de aproximação do objeto até então desconhecido ocorre por meio dos mecanismos denominados ancoragem e objetivação⁵⁵.

Ancoragem consiste em um mecanismo de categorização que visa tornar familiar algo estranho. Já o mecanismo de objetivação tem como propósito converter algo abstrato em real, quando mentalmente transfere aquilo que está na mente para o mundo concreto^{55,57}.

Dentro da TRS existem os conceitos de universo reificado e consensual. No universo reificado, a sociedade é tida como uma estrutura rígida, invariável e homogênea, expressando assim o pensamento coletivo, enquanto que, no universo consensual, a sociedade é compreendida como um grupo de pessoas semelhantes e livres, que expressam por meio do discurso subjetivo aquilo que é um pensamento de cunho individual⁵⁵.

A articulação do pensamento coletivo com o de cunho individual pode favorecer a emissão de conteúdos de zona muda. Ela consiste em uma tentativa de omissão de algo que socialmente não é aceito, quer seja por questões culturais, morais, éticas, etc. Contudo, tratando-se de RS, aquilo que não é dito também possui relevância quando se pretende compreender atitudes e comportamentos.⁵⁸

No que concerne ao estudo das representações sociais, a presente investigação se debruçará sobre duas vertentes de apreensão do conhecimento e crenças dos sujeitos, a saber: a abordagem estrutural e a abordagem processual.

A abordagem processual segundo Sérgio Moscovici visa à captação das origens dos conteúdos representacionais identificados no discurso⁵⁶. Segundo Jodelet, a construção de conhecimento se faz por sujeitos ativos inseridos em um contexto social⁵⁶, sendo sua

contribuição relevante na continuidade da proposta de Moscovici. Ela possui formação em Filosofia e dedica-se à antropologia cognitiva, cujos estudos corroboram para a compreensão da racionalidade dos indivíduos. Na abordagem processual, é possível acessar os elementos que compõem uma dada representação e compreender qual a origem dos conteúdos simbólicos compartilhados por grupos sociais.

Outra vertente de abordagem da TRS possui como representante Jean-Claude Abric, que se dedicou ao desenvolvimento de estudos na área de Representação Social e propôs uma abordagem que organiza os conteúdos consensualizados ou que apresentam dissenso a partir da compreensão dos processos cognitivos. Nessa abordagem, a RS é interpretada a partir de um sistema composto por núcleo central e periferia⁵⁹.

Em sua forma explicativa de articulação de tais conteúdos, ele propôs um sistema que inclui crenças, opiniões e atitudes para abordagem explicativa da estrutura das RSs. Em sua estrutura, é possível acessar conteúdos centrais e periféricos, daí ser conhecida como Teoria do Núcleo Central (TNC) ⁶⁰.

Para operacionalizar a abordagem estrutural, é utilizada a técnica de associação livre de palavras desencadeada por evocação quando um dado termo indutor é mencionado e que, após processo de tratamento dos dados, serão alocadas no quadro de quatro casas. Entre os conteúdos centrais e periféricos estão os intermediários. Estes possuem frequência alta, mas foram acessados mentalmente mais tardiamente, ou foram mencionados mais prontamente com menor frequência, o que permite alocá-los em áreas de transição dentro do sistema estrutural proposto por Abric⁵⁹.

O conteúdo mencionado por um dado grupo social permite também compreender o que ele contempla e esse fato será possível de ser estabelecido por meio da categorização de qual dimensão ele se refere. Nesse sentido, as palavras ou expressões mencionadas por um dado grupo social poderão ser analisadas na perspectiva das dimensões que retratam, sendo por isso diferenciadas segundo conteúdos comportamentais/atitudeis e sensoriais; informativas e cognitivas; valorativas e retratando objetos ou pessoas, o que permite simbolizar os conteúdos abordados⁵⁹.

A explicação para o nome de TNC se deve à alocação dos cognemas evocados em um quadro imaginário, contendo quatro quadrantes; sendo a separação de tais conteúdos feita a partir dos critérios de frequência e prontidão em que eles são acessados mentalmente por um grupo social por meio da análise prototípica. Ela permite alocar os cognemas de acordo com o grau de consenso/dissenso, o que se traduz em instáveis e flexíveis ou estabilidade e inflexibilidade dentro da forma explicativa proposta por Abric⁵⁹.

Os conteúdos compartilhados por um grupo social na proposta de Abric são alocados em um quadro imaginário contendo quatro quadrantes, sendo a separação de tais conteúdos feita a partir dos critérios de frequência e prontidão em que tais conteúdos são acessados mentalmente por um grupo social.

Por isso os conteúdos dos cognemas periféricos poderão retratar cinco funções: regulação (permite adaptação da RS ao longo da história), prescrição de comportamento, proteção do núcleo central e personalização (dá forma ao núcleo central, atribuindo a ele uma identidade)⁶⁰.

Os conteúdos centrais ficam protegidos e se constituem em estruturas mais estáveis e passíveis de estabilidade dentro do sistema explicativo proposto por Abric. Na TNC, o conteúdo que se encontra no quadrante superior esquerdo (QSE) do quadro de quatro casas – considerado o possível núcleo central da RS – consiste em uma área de estabilidade da organização representacional⁶¹. Isso equivale a dizer que o núcleo central consiste na expressão do pensamento social e é influenciado por determinantes históricos, sociais e ideológicos que podem acarretar modificações na RS de um dado objeto ou evento, produzindo assim novas interpretações e significações da realidade pelo senso comum^{55,61}.

No quadrante inferior esquerdo (QIE), também conhecido como área de contraste, os conteúdos são mencionados mais prontamente pelos participantes e, por isso, traduzem o pensamento de subgrupos que possuem conteúdos consensualizados, mas, por não se traduzirem numa posição de consenso ou de adesão pela maioria, não conseguem ascender ao QSE, uma vez que não possuem quantitativo significativo a ponto de permitir que se integrem aos conteúdos centrais e estáveis. Uma modificação somente será possível em sua alocação caso obtenham adesão de um maior número de pessoas que compartilhem da(o) ideia/posicionamento.

Já os conteúdos periféricos suportam contradições e por isso asseguram a estabilidade do sistema explicativo de Abric. Os cognemas alocados nos quadrantes superior e inferior direito (QSD e QID) correspondem à primeira e segunda periferia respectivamente.

A utilização da abordagem estrutural permite conhecer os elementos representacionais, sua condição hierárquica dentro da TNC e as dimensões a que correspondem. Ao aproximar a TRS na abordagem estrutural e processual da temática da presente investigação, o que se pretende é triangular fonte e conteúdos de forma que o acesso ao que compartilha um dado grupo social possa ser apreendido a ponto de favorecer a compreensão da temática enfocada.

Nesse sentido compreender os fenômenos sociais intervenientes no processo saúde-doença da população, assim como aspectos diretamente relacionados ao cuidado desta, tem se

configurado como uma necessidade, tendo em vista o planejamento de ações mais efetivas. Sendo assim, o uso da TRS tem se tornado uma tendência crescente no campo da Enfermagem⁶².

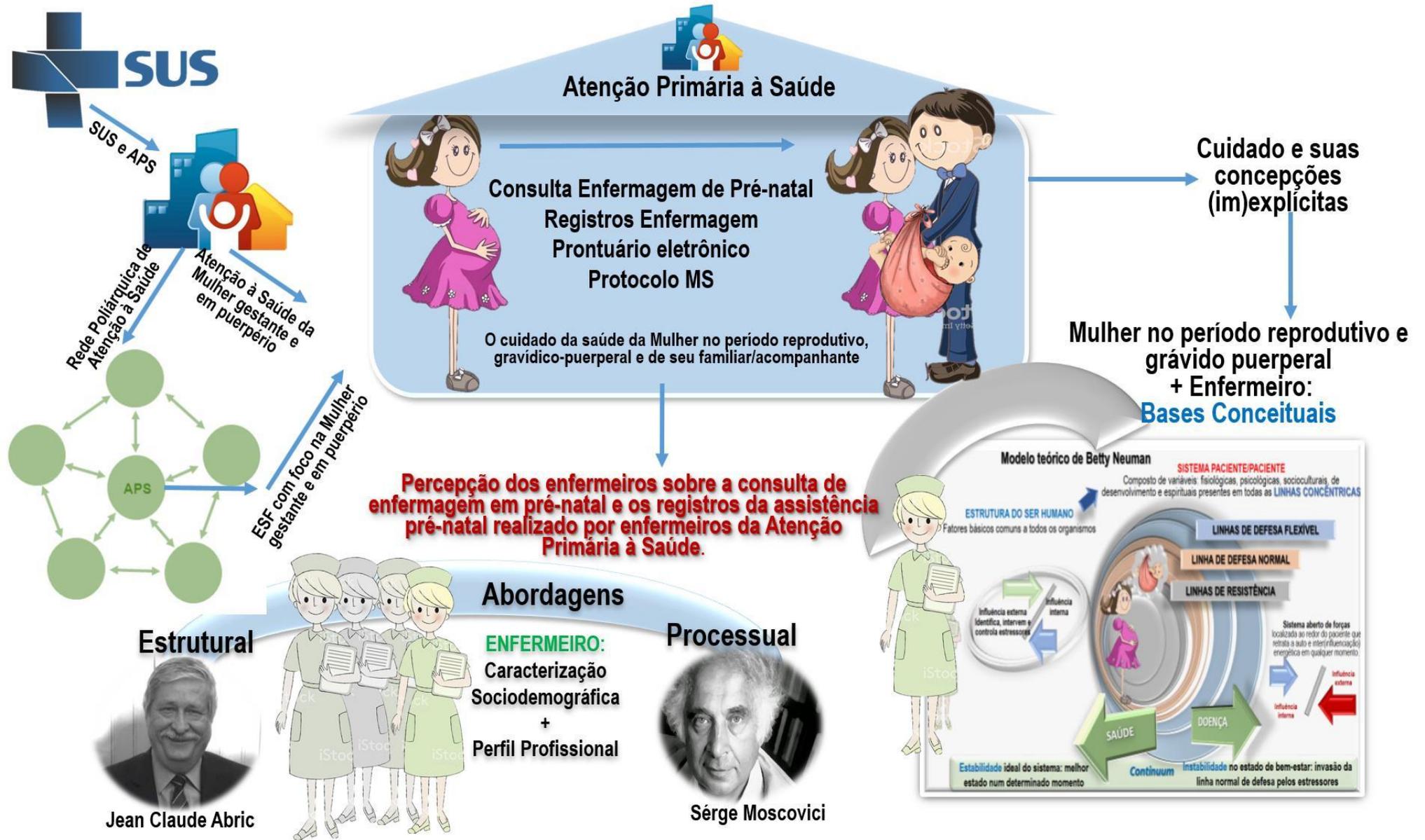
A utilização da TRS na presente investigação mostra-se mais adequada devido à intenção de se identificar as principais concepções assistenciais e gerenciais no cuidado de gestantes e puérperas, bem como captar no discurso de enfermeiros possíveis conflitos de sentidos entre esses aspectos, a fim de promover uma discussão acerca destes, nortear a abordagem dos profissionais da APS no processo de educação permanente e adoção de condutas gerenciais mais eficazes.

Cabe mencionar que a opção pelo uso das duas grandes teorias (Neuman e TRS) quando aproximadas e utilizando de triangulação de métodos e técnicas de coleta de dados permite a elaboração de um diagnóstico sobre as condições da mulher no período gestacional numa abordagem pessoal e contemplando o contexto social.

A fim de construir os alicerces da presente investigação, apresentam-se a seguir os alicerces conceituais, teóricos e filosóficos que dão sustentação à presente investigação seguidos do mapa conceitual.

Com o intuito de dar visibilidade à articulação de como esses conceitos estão sendo utilizados na presente investigação, consta a seguir o mapa conceitual (**Figura 7**).

Figura 7: Mapa Imagético contendo os constructos teóricos e filosóficos utilizados na presente investigação.



Fonte: As Autoras (Jun/2019). *Imagens extraídas do Google Imagens.

5 MÉTODOS E TÉCNICAS

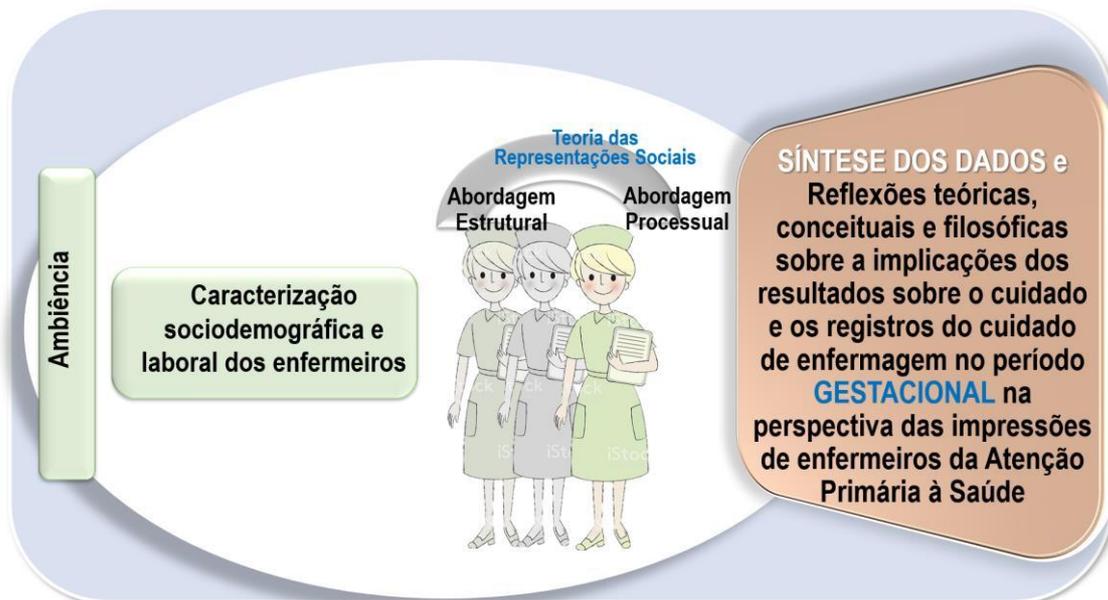
A seguir, está descrita a trajetória metodológica e as técnicas utilizadas para a operacionalização da presente investigação.

5.1 DELINEAMENTO

Pesquisa de cunho qualitativo, delineada nas abordagens estrutural e processual da Teoria das Representações Sociais.

Operacionalmente, a investigação foi estruturada em cinco etapas, a saber: 1) ambiência nas USFs; 2) caracterização dos participantes; 3) abordagem estrutural da TRS com enfermeiros da atenção básica de saúde; 4) abordagem processual da TRS; 5) reflexões teórico-conceituais e filosóficas sobre as implicações dos resultados sobre a consulta e os registros de enfermagem no período pré-natal na perspectiva de enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde. Tais etapas foram representadas de modo sintético na figura a seguir (**Figura 8**).

Figura 8: Representação esquemática das cinco etapas metodológicas da investigação.

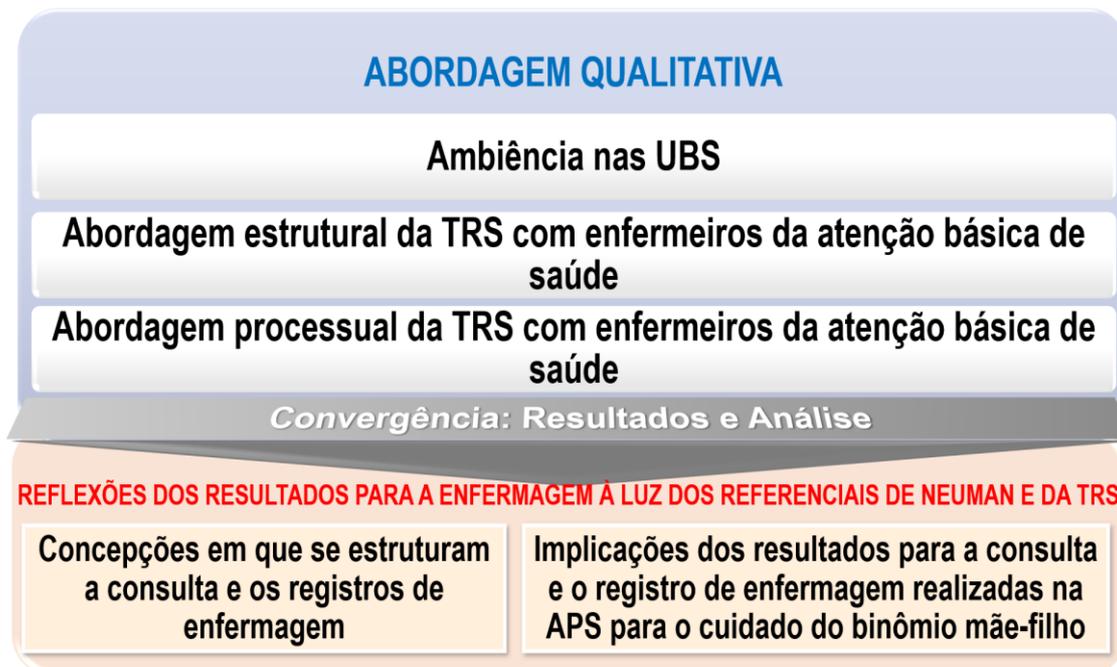


Fonte: As autoras (Jun/2019).

O processo de análise dos dados da presente investigação foi realizado a partir da triangulação das abordagens estrutural e processual da TRS com as anotações realizadas no diário de campo durante a realização da ambiência e entrevista com os participantes, o que possibilitou a convergência dos resultados e a elaboração de uma reflexão teórica, conceitual e

filosófica para a área de conhecimento de enfermagem à luz dos referenciais de Neuman e da Teoria das Representações Sociais sobre as concepções, as implicações sobre a consulta e os registros de enfermagem para/a respeito do cuidado do binômio mãe-filho e do exercício laboral da equipe de enfermagem na APS (**Figura 9**).

Figura 9: Ilustração esquemática das etapas metodológicas segundo a abordagem.



Fonte: As autoras (Jun/2019).

5.2 CENÁRIO DA INVESTIGAÇÃO

O cenário da investigação foi um município que possui área territorial de 1.435,749 km² (2017), população predominantemente urbana e esgotamento sanitário adequado disponível a 94,1% de sua população (2010). Cidade universitária com destaque econômico no setor terciário, teve sua população estimada para o ano de 2018 em 564.310 habitantes^{63,64}.

O município possui três serviços públicos de referência ao pré-natal de alto risco e três maternidades habilitadas pelo Ministério da Saúde na Rede Cegonha (modalidade de atendimento ao pré-natal de risco habitual e/ou alto risco).

Polo de micro e macrorregião de saúde, esta cidade mineira é referência para média e alta complexidade. Em processo de criação e consolidação de uma rede de atenção que articule a Atenção Primária, Secundária e Terciária à Saúde; o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), o Pronto Atendimento Infantil (PAI) e o Hemocentro regional, localizados no

município, também integram a rede no plano de redução da mortalidade materno-infantil proposta pela Rede Cegonha.

Em 1996, foi implantado o Comitê de Prevenção à Mortalidade Materna (CMPMM), composto por representantes do Departamento de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, Departamento de Saúde da Mulher, Conselho Regional de Enfermagem (Coren), Secretaria de Atenção Primária à Saúde e Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do município. O CMPMM reúne-se mensalmente para investigar óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos).

A relevância do contexto social para a compreensão da percepção dos profissionais de enfermagem que atuam na APS fez com que o processo de ambiência buscasse detalhar o meio social em que tais enfermeiros atuam.

Nesse sentido buscou-se, a partir de informações obtidas e registradas em diário de campo durante a realização da ambiência apreender e descrever melhor o cenário da investigação. Foi possível aproximar as características do local, das ações profissionais, assim como com a taxa de mortalidade materna com o intuito de subsidiar a compreensão do leitor para a influência do cenário da investigação sobre as atividades e o desempenho laboral dos profissionais, apreendendo a percepção de enfermeiros sobre a consulta e o registro de enfermagem do pré-natal e puerpério.

O município possui 42 unidades de modelo ESF, 20 unidades de modelo tradicional e 1 unidades do tipo mista (modelo ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde). Cabe mencionar que o modelo Estratégia Saúde da Família foi implantado em 1995 e gradativamente foi se expandindo no cenário de investigação.

A partir da realização da ambiência foi possível identificar três padrões de horários de funcionamento da UBS, a saber: 1) das 07:00 às 11:00 horas e das 13:00 às 17:00 horas - esse padrão foi identificado em 36 USF (85,7%), sendo considerado o horário de funcionamento tradicional; 2) das 08:00 às 11:30 horas e das 12:30 às 15:00 horas - esse padrão foi identificado em cinco USF (11,9%) localizadas em áreas distritais ou com características rurais e 3) das 07:00 às 12:00 horas e de 13:00 às 16:00 horas - esse padrão foi identificado em uma USF (2,3%) que está situada distante cerca de uma hora do centro urbano usando transporte coletivo, embora não tenha sido classificada como área rural. Os horários especiais adotados nas áreas com características geográficas peculiares, favorecem o acesso da população e da equipe de trabalho ao local de serviço.

No cenário da investigação foram identificados cinco tipos de prontuários, a saber: 1) prontuário em papel localizado em arquivo por nome da família; 2) prontuário em papel com a

localização da ficha pelo nome da pessoa; 3) prontuário eletrônico em que os registros são realizados em tempo real com o momento do atendimento; 4) prontuário misto nos quais há uma convivência entre as duas formas de documentação do atendimento às gestantes; e 5) prontuário em papel com documentação complementar de informações dada pela digitalização dos conteúdos impressos para a ficha do Sis prenatal. Foi identificado também em alguns cenários de investigação a presença de um livro de registro de controle da unidade das gestantes.

No que tange à forma de documentação ela poderá ser realizada: concomitantemente com a realização da consulta; imediatamente após a realização da mesmas ou de forma a conjugar as duas modalidades e ocorrer de forma cursiva, em prontuário eletrônico ou transitoriamente realizada em prontuário impresso e posteriormente redigitada em prontuário eletrônico. Cabe mencionar que essa última forma de registro possibilita viés de digitação. Nos cenários de investigação foram identificadas todas essas modalidades de registros segundo documentação de diário de campo.

As USFs possuem de uma a cinco equipes. Ao observar a infraestrutura desses serviços de saúde, nota-se de modo geral, a intencionalidade de padronização da estrutura física das mesmas, embora algumas USF ainda funcionem em espaços adaptados temporariamente ou em locais cuja construção necessita de reforma, ampliação e/ou adaptação da estrutura física.

Durante o processo de coleta de dados, foi possível observar a heterogeneidade do município quanto ao contingente e perfil populacional atendido, infraestrutura das UBS e acesso a serviços de saúde. As unidades que passaram por reforma recentemente, possuem salas para atendimentos individual e grupal adequados às necessidades do processo de trabalho das equipes e foram projetadas levando em consideração o quesito acessibilidade.

A consulta de enfermagem consiste em uma prática respaldada na APS pelo protocolo assistencial de enfermagem do município. Tal protocolo tem suas condutas clínicas alicerçadas nas diretrizes do MS para o cuidado nas diferentes fases do ciclo de vida, contemplando a puericultura, a assistência pré-natal e a saúde sexual e reprodutiva. Cabe mencionar que as secretarias municipais de saúde possuem liberdade para adequar o Protocolo do MS para sua realidade pactuando no nível municipal os procedimentos prioritários, desde que respeite os componentes básicos do protocolo ministerial .

Dados de um levantamento de dados realizado no cenário de investigação apontam que, no período de 1996 a 2008, foram contabilizados 81 óbitos maternos, sendo que, de 1996 a 2001 e de 2002 a 2007, as Razões de Mortalidade Materna médias foram de 98,5 e 77,8 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos e, segundo esse mesmo estudo, 64% das mortes foram

consideradas evitáveis⁶⁵, sendo dados disponíveis que referem aos anos de 2016 e 2017, respectivamente (**Tabela 1**).

Tabela 1: Dados materno-infantis referentes ao cenário da investigação no período 2016 e 2017.

Indicadores de mortalidade, parto e gravidez	2016	2017
Taxa de Mortalidade neonatal precoce	6,55	6,10
Taxa de Mortalidade neonatal tardia	1,92	2,14
Taxa de Mortalidade pós-neonatal	3,83	2,31
Proporção de gravidez na adolescência (10 a 19 anos) (%)	13,18	14,68
Proporção de parto normal (%)	42,68	43,93
Razão de Morte Materna	63,9	30,35

Fonte: Base de dados municipais em saúde. Disponível em: <http://saude.mg.gov.br/cidadao/sala-de-situacao-municipal>.

5.3 PARTICIPANTES, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO, DELINEAMENTO AMOSTRAL E RECRUTAMENTO

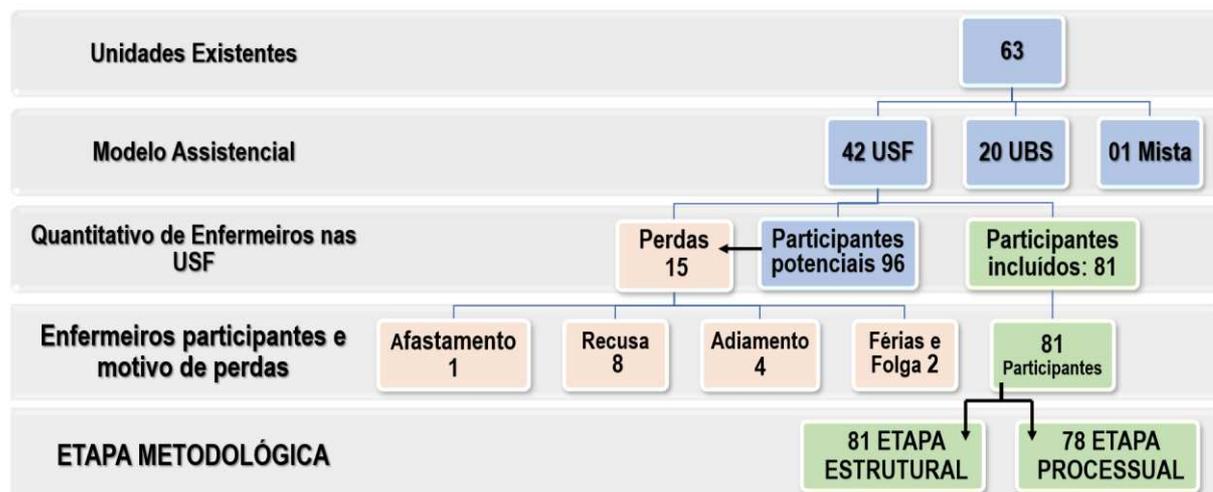
Integraram a investigação enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde cujo delineamento amostral foi do tipo censitário.

Foram considerados critérios de elegibilidade: enfermeiros que desempenhavam atividades como tal e/ou em concomitância com a gerência na (USF) e cuja aquiescência em participar tenha sido documentada pela assinatura do TCLE.

Foram critérios de exclusão: profissionais que estavam de licença, férias ou afastamento durante o período de coleta de dados; que se recusaram a participar ou não foram encontrados ou postergaram a realização da entrevista após três tentativas de contato.

Os enfermeiros foram recrutados por convite individual a participar de uma entrevista por contato telefônico, e-mail ou contato pessoal realizado nas Unidades de Saúde da Família e informados sobre os objetivos da pesquisa e, conforme a disponibilidade dos mesmos, a entrevista foi realizada, após leitura e assinatura do TCLE (**ANEXO 1**). O fluxo de participantes e perdas consta da **Figura 10**.

Figura 10: Fluxograma de participantes e perdas.



Fonte: As autoras (Jun/2019).

5.4 INSTRUMENTO, COLETA DE DADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS

O instrumento de coleta de dados destinado à abordagem estrutural e processual da TRS que teve os enfermeiros como participantes foi estruturado em cinco etapas, a saber: 1) diário de campo para documentação da ambiência e impressão da entrevistadora; 2) caracterização dos participantes; 3) perfil profissional e institucional; 4) abordagem estrutural da TRS, utilizando a técnica de associação livre de palavras desencadeadas por termos indutores e 5) abordagem processual da TRS por meio de entrevista individual.

O diário de campo foi previsto para documentar as especificidades identificadas no contexto social e caracterizar o perfil do grupo de enfermeiros em seu ambiente e contexto institucional.

Foram variáveis de interesse para a caracterização dos participantes: sexo, idade, cor da pele declarada e estado civil. No perfil profissional e institucional, foram variáveis: vínculo empregatício, número de empregos/ocupações formais e informais; tempo de formado, de atuação na APS, de atuação como profissional na área e curso(s) de especialização realizado(s). No perfil da instituição ou local de atuação, foram variáveis: modelo assistencial da APS, horário de funcionamento da unidade e localização da USF.

As variáveis eram fechadas e semiabertas. Todos os dados anteriormente mencionados foram coletadas com o apoio do *Software Open Data Kit (ODK)*⁶⁶, utilizando aparelho androide que dispensa a transcrição de dados, reduzindo viés de digitação. Eles foram tratados segundo estatística descritiva e correlacional com suporte do Programa SPSS versão 24.

Para a **abordagem estrutural**, o processo de coleta de dados foi operacionalizado por meio da técnica de associação livre de palavras, utilizando a técnica de evocação desencadeada por termo indutor. Essa técnica consiste em solicitar aos participantes que digam as cinco primeiras palavras que lhes vêm à mente quando cada termo indutor for mencionado. Os termos indutores foram: consulta de enfermagem, protocolo do Ministério da Saúde para pré-natal de risco habitual, registros de enfermagem no prontuário, prontuário eletrônico e Sis prenatal.

Tempo de evocação superior a três minutos foi desconsiderado por envolver o processo de racionalização e comprometer o acesso a informações no campo mental de forma espontânea.

Na abordagem Estrutural, foi utilizado o referencial da Teoria do Núcleo Central proposto por Abric^{59; 67}. Os cognemas evocados passaram por tratamento, sendo empregada a técnica do dicionário de termos equivalentes, que possibilitou agrupar cognemas evocados, utilizando como critério a análise lexicográfica e semântica⁶⁸.

Para operacionalização dessa etapa, foram reunidas as palavras-expressões evocadas num arquivo do *Word for Windows* em três colunas. Na coluna do meio, foram registradas todas as variações de cognemas reunidos sobre um mesmo nome. Na coluna à esquerda, foram explicitadas as palavras que melhor representavam o grupo consensualizado, utilizando para isso o critério da frequência e representatividade. E, na coluna à direita, foi registrado o número de opções que foram consensualizadas para um mesmo cognema.

Após a consensualização dos cognemas, foi realizada a substituição dos termos consensualizados pelas suas variações segundo o participante que os mencionou e mantendo-se a ordem em que foram mencionados. O processamento desses dados foi realizado no programa *Excel for Windows* e o *corpus* final, estruturado em três agrupamentos de informações sequenciais (1- número sequencial atribuído a cada participante, contendo o mesmo quantitativo de casas; 2- grupo de informações de caracterização dos participantes expressas por variáveis dicotômicas ou com até três categorias e 3- palavras evocadas após substituição, realizada pela técnica do dicionário, antecedidas por um número que retrata a ordem em que foram mencionadas por cada participante).

Cabe acrescentar que, quando o cognema foi retratado por mais de uma palavra, foi utilizado um traço para conectá-las e foram excluídos sinais como cedilha, acentuação e til. A organização dessas informações possibilitou que cada participante fosse representado por uma linha, a qual se encontra exemplificada a seguir: “01;1;2;2;2;2;1;1;2 1 importante-necessario 2 informacao-sistema_informacao 3 saude 4 conteudo_registro 5 economico”.

Figura 11: Técnica do dicionário de termos equivalente (acima) e *layout* requerido no programa EVOc (abaixo).

etapa de substituição dos termos na lista original - termo indutor: protocolo ministério da saúde

protocoloms1	protocoloms2	protocoloms3	protocoloms4	protocoloms5
grupo_b-b16	grupo_b-b17	grupo_b-b18	grupo_b-b19	grupo_b-b20
conhecimento	importante-necessário-faz_diferenca	tempo-prensa	normalizacao-apropriacao	funcionamento
(des)atualizado	(in)disponibilizado-desconhecido-naotemos_naousamos	tira duvida	informacao-fluxograma	
informacao-fluxograma	diretriz-conduta	respaldo	eficaz	
diretriz-conduta	respaldo	exames	avaliacao	diretriz-conduta
tira duvida	facilidade_amparo	conhecimento	pesquisa	
diretriz-conduta	importante-necessário-faz_diferenca	aporte_cientifico-sistematizado	seguranca	
conhecimento	longo-detalhado-completo	informacao-fluxograma	treinamento-capacitacao	importante-necessário-faz_diferenca
importante-necessário-faz_diferenca	divulgacao	(des)atualizado	pratico-operacional	treinamento-capacitacao
pratico	(des)atualizado	normalizacao-apropriacao	importante-necessário-faz_diferenca	seguranca
diretriz-conduta	aporte_cientifico-sistematizado	normalizacao-apropriacao	avaliacao	
normalizacao-apropriacao	importante-necessário-faz_diferenca	diretriz-conduta	qualidade	
indispensavel	seguranca	conhecimento	pratico-operacional	
nao_temos	nao(uso)	treinamento-capacitacao	(des)atualizado	volume_de_trabalho
normalizacao-apropriacao	diretriz-conduta	importante-necessário-faz_diferenca	(des)atualizado	
diretriz-conduta	nao(uso)	pratico	humanizacao	conduta_terapeutica
enfermagem-equipe	bebe	cuidado_autocuidado	exames	diretriz-conduta
conduta_terapeutica	consulta	diretriz-conduta		
longo-detalhado-completo	(des)atualizado	consativo	informacao-fluxograma	

01;1;2;2;2;1;1;2 1 conhecimento 2 importante-necessário-faz_diferenca 3 tempo-prensa 4 normalizacao-apropriacao 5 funcionamento
02;1;1;2;1;1;1;2 1 (des)atualizado 2 (in)disponibilizado-desconhecido-naotemos_naousamos 3 tira_duvida 4 informacao-fluxograma 5
03;1;2;2;1;2;2;2;1 1 informacao-fluxograma 2 diretriz-conduta 3 respaldo 4 eficaz 5
04;1;1;1;2;1;2;2 1 diretriz-conduta 2 respaldo 3 exames 4 avaliacao 5 diretriz-conduta
05;1;1;2;2;1;1;1;2 1 tira_duvida 2 facilidade_amparo 3 conhecimento 4 pesquisa 5
06;1;2;1;1;2;2;2;1 1 diretriz-conduta 2 importante-necessário-faz_diferenca 3 aporte_cientifico-sistematizado 4 seguranca 5
07;1;1;2;1;2;1;1 1 conhecimento 2 longo-detalhado-completo 3 informacao-fluxograma 4 treinamento-capacitacao 5 importante-necessário-faz_diferenca
08;1;2;2;1;2;2;2;1 1 importante-necessário-faz_diferenca 2 divulgacao 3 (des)atualizado 4 pratico-operacional 5 treinamento-capacitacao
09;1;2;2;1;2;2;1;1 1 pratico 2 (des)atualizado 3 normalizacao-apropriacao 4 importante-necessário-faz_diferenca 5 seguranca
10;1;2;2;1;2;2;1 1 diretriz-conduta 2 aporte_cientifico-sistematizado 3 normalizacao-apropriacao 4 avaliacao 5
11;1;2;1;1;2;2;1;2 1 normalizacao-apropriacao 2 importante-necessário-faz_diferenca 3 diretriz-conduta 4 qualidade 5
12;1;1;2;1;2;1;1;1 1 indispensavel 2 seguranca 3 conhecimento 4 pratico-operacional 5
13;1;2;2;1;1;2;1;1 1 nao_temos 2 nao(uso) 3 treinamento-capacitacao 4 (des)atualizado 5 volume_de_trabalho
14;1;2;2;1;2;2;2;1 1 normalizacao-apropriacao 2 diretriz-conduta 3 importante-necessário-faz_diferenca 4 (des)atualizado 5
15;1;1;2;1;2;2;2;1 1 diretriz-conduta 2 nao(uso) 3 pratico 4 humanizacao 5 conduta_terapeutica
16;1;1;2;2;1;1;1;1 1 enfermagem-equipe 2 bebe 3 cuidado_autocuidado 4 exames 5 diretriz-conduta
17;1;1;1;2;2;2;1;2 1 conduta_terapeutica 2 consulta 3 diretriz-conduta 4 5
18;1;1;1;2;2;1;2;2 1 longo-detalhado-completo 2 (des)atualizado 3 consativo 4 informacao-fluxograma 5
19;1;2;2;1;2;2;1;1 1 pratico-operacional 2 diretriz-conduta 3 consulta 4 facilidade_amparo 5 (in)disponibilizado-desconhecido-naotemos_naousamos
20;1;2;2;1;2;2;1;2 1 exames 2 conduta_terapeutica 3 4 5
21;1;2;2;1;1;2;2;1 1 aporte_cientifico-sistematizado 2 ser_regionalizado 3 autonomia 4 respaldo 5 qualidade
22;1;2;2;1;2;2;1;1 1 conduta 2 normalizacao-apropriacao 3 respaldo 4 diretriz-conduta 5
23;1;2;2;1;1;1;1;1 1 normalizacao-apropriacao 2 baixa_mortalidade 3 seguranca 4 diretriz-conduta 5
24;1;2;1;1;2;2;2;1 1 ser_regionalizado 2 seguranca 3 longo-detalhado-completo 4 ser_flexivel 5 diretriz-conduta
25;1;1;2;1;2;2;2;1 1 informacao-fluxograma 2 diretriz-conduta 3 uso-cotidiano 4 nao(uso) 5 complementacao
26;1;1;1;2;1;2;2;2 1 consulta 2 facilidade_amparo 3 facil 4 diretriz-conduta 5
27;1;2;2;1;2;2;1;1 1 nao(uso) 2 tempo-prensa 3 tira_duvida 4 renovacao 5
28;1;2;2;1;2;2;2;1 1 normalizacao-apropriacao 2 avaliacao 3 autonomia 4 enfermagem-equipe 5 registro
29;1;1;2;2;1;2;2;1 1 informacao-fluxograma 2 conhecimento 3 cuidado_autocuidado 4 elaboracao 5
30;2;2;2;1;2;2;1;1 1 normalizacao-apropriacao 2 conduta_terapeutica 3 trimestres 4 exame 5 pre-natal_puerperio
31;1;2;2;1;2;2;2;1 1 normalizacao-apropriacao 2 cuidado_autocuidado 3 enfermagem-equipe 4 tranquilidade 5
32;1;1;2;1;2;2;2;1 1 pratico 2 gosto 3 facilidade_amparo 4 explicativo 5 longo-detalhado-completo
33;1;1;1;2;2;1;1;2 1 saude 2 3 4 5
34;1;1;2;1;2;1;1;1 1 longo-detalhado-completo 2 objetivo 3 autonomia 4 respaldo 5 conduta
35;1;1;2;1;2;2;1;2 1 informacao-fluxograma 2 registro 3 (des)atualizado 4 normalizacao-apropriacao 5
36;1;1;1;2;2;1;1;2 1 importante-necessário-faz_diferenca 2 diretriz-conduta 3 tira_duvida 4 (in)disponibilizado-desconhecido-naotemos_naousamos 5 facilidade_amparo
37;1;2;1;1;2;2;2;2 1 informacao-fluxograma 2 treinamento-capacitacao 3 diretriz-conduta 4 pratico-operacional 5 instrumento

Fonte: materiais elaborados pelas autoras (Jun/2019).

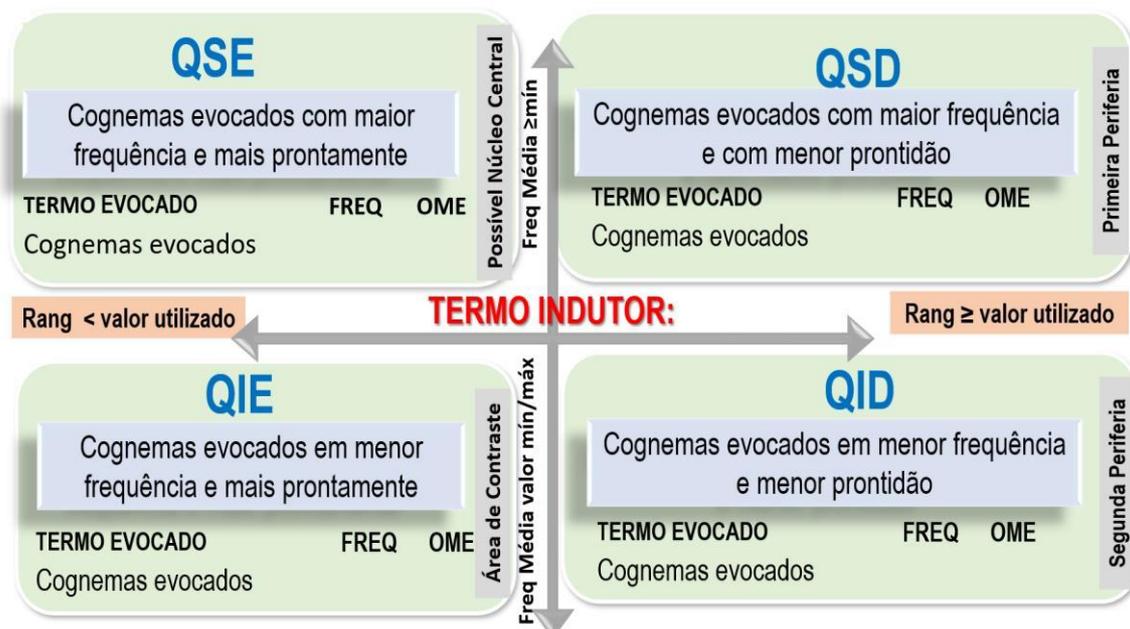
Tal estrutura permitiu que o *corpus* composto por palavras evocadas fosse compatibilizado com sua entrada no Programa *EVOC* (2000). Esse programa realiza o quadro de quatro casas, utilizando como critério a Lei de Zipf⁶⁹.

O critério utilizado para a composição do quadro de quatro casas foi a análise prototípica para cada termo indutor e foi baseado em sua localização, nas dimensões representacionais identificadas e na ligação entre os dados obtidos.

Foram parâmetros para a realização da análise prototípica realizada com 81 participantes segundo os respectivos termos indutores: 1) “**registro de enfermagem no prontuário**”- os participantes evocaram 360 palavras/expressões, sendo 87 delas distintas cuja análise prototípica utilizou os seguintes parâmetros: rang 2,7; frequência mínima de dez e frequência média igual a 21. Foi utilizado 52,8% do *corpus*; 2) “**prontuário eletrônico**”- os participantes evocaram 348 palavras, sendo 60 palavras distintas. Foram critérios adotados na análise prototípica: rang 2,7; frequência mínima igual a dez e frequência média igual a 21. Foi utilizado 77,9% do *corpus*; 3) “**consulta de enfermagem**”- houve 81 participantes que evocaram 379 palavras, sendo 74 delas distintas. Os critérios para a análise prototípica adotados foram: rang 2,5; frequência mínima igual a dez e frequência média igual a 19. Foi utilizado 54,4% do *corpus*; 4) “**protocolo do Ministério da Saúde para pré-natal de baixo risco**”- os participantes evocaram 380 palavras, sendo 91 palavras distintas. Foram critérios adotados na análise prototípica: rang 2,7; frequência mínima igual a dez e frequência média igual a 19. Foi utilizado 52,9% do *corpus* e 5) “**Sisprenatal**”- os participantes evocaram 362 palavras, sendo 64 delas distintas. Os parâmetros adotados na estruturação da análise prototípica foram: rang 2,5; frequência mínima igual a dez e frequência média igual a 19. Foi utilizado 51,7% do *corpus*.

O quadro de quatro casas consiste em uma ordenação dos dados utilizando como critérios: a frequência dos cognemas evocados e da ordem média de evocação (OME), ou seja, a posição de maior ou menor prontidão com que eles foram mencionados pelo participante. Isso possibilitou a alocação dos termos num eixo imaginário de abscissas e ordenadas cuja interpretação permitiu inferir sobre o sistema hierárquico das representações segundo o nível de consenso ou dissenso (**Figura 12**).

Figura 12: Quadro de quatro casas com indicação de sua localização, perfil de cognemas que aloca e critérios que estruturam a análise prototípica.



Fonte: As autoras (Jun/2019) baseado em proposta de Abric⁶⁰.

No Quadrante Superior Esquerdo - QSE, está o possível núcleo central. Nesse quadrante, estão reunidos os cognemas de maior frequência e menor rang (ou seja, mencionados com maior prontidão), sendo o local em que se encontram os possíveis elementos que compõem o núcleo central.

No Quadrante Superior Direito, podem ser alocados os elementos representacionais comparativamente com os conteúdos alocados nos demais quadrantes, a ponto de caracterizar a integralidade do sistema de elementos representacionais e a organicidade da estrutura hierárquica.

A **abordagem processual** foi adotada segundo a proposta por Moscovici⁷⁰, sendo o processo de coleta de dados realizado por meio de entrevistas individuais em ambiente com o máximo de privacidade possível e o mínimo de interrupção. As falas dos participantes foram transformadas em conteúdos discursivos e captadas por gravação do áudio, tendo sido desencadeadas a partir de questões norteadoras a respeito de: 1) **consulta de enfermagem**: Como é para você a consulta de enfermagem de pré-natal? Se você estivesse conversando com alguém e precisasse representá-la para alguém como faria? Conte-me um caso que você tenha vivido, ouvido ou presenciado sobre a consulta de enfermagem de pré-natal; 2) **Protocolo do Ministério da Saúde para pré-natal de baixo risco**: Como é para você o protocolo do Ministério da saúde para pré-natal de risco habitual na UBS? Se você estivesse conversando com alguém e precisasse representá-lo para alguém como faria? Conte-me um caso que você

tenha vivido, ouvido ou tenha presenciado sobre o protocolo do MS; 3) **registro de enfermagem**: Como é para você o registro de enfermagem? Se você estivesse conversando com alguém e precisasse representá-lo para alguém como faria? Conte-me um caso que você tenha vivido, ouvido ou tenha presenciado sobre o registro de enfermagem; 4) **prontuário eletrônico**: Como é para você o prontuário eletrônico? Se você estivesse conversando com alguém e precisasse representá-lo para alguém como faria? Conte-me um caso que você tenha vivido, ouvido ou tenha presenciado sobre o prontuário eletrônico; 5) **Sisprenatal**: Como é para você o Sisprenatal? Se você estivesse conversando com alguém e precisasse representá-lo para alguém como faria? Conte-me um caso que você tenha vivido, ouvido ou tenha presenciado sobre o Sisprenatal. (**Apêndice 1**).

Os conteúdos dos áudios foram transcritos na íntegra em programa *Word for Windows* e esse conteúdo foi visitado por várias vezes a partir de leitura flutuante, e aprofundado visando permitir a compreensão de seu conteúdo e a articulação das falas, sendo tratado segundo análise de conteúdo de Minayo⁷¹.

Tal análise de conteúdo contempla três processos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na pré-análise: Leitura flutuante, constituição do *corpus* e (re)formulação das hipóteses e dos objetivos. Na etapa exploratória, é feita uma busca por categorias. O processo de criação de categorias é denominado categorização. E, no tratamento dos resultados, inferências e interpretação, foi realizado tratamento estatístico dos dados⁷¹.

Foi realizada a preparação das informações, a unitarização ou transformação do conteúdo em unidades; a categorização ou classificação das unidades em categorias e a descrição de como o fenômeno da investigação foi apreendido e interpretado. O conteúdo foi transcrito pela técnica da análise de conteúdo, após leitura compreensiva, que permitiu significar os conteúdos discursivos.

Para operacionalizar a análise de conteúdo, utilizou-se o Programa NVivo Pro11® com estabelecimento de categorias *a priori*, para captar as dimensões representacionais (comportamental/atitudinal, informativa/cognitiva, objetival e valorativa). Para determinar as origens dos conteúdos simbólicos, foram utilizadas categorias emergentes. Em ambos os casos, utilizou-se, para identificar o adensamento teórico, a correlação de Pearson, com valores $\geq 0,70$, tendo sido a construção das categorias norteadas pelos valores de Pearson.

Para identificar a ocorrência do adensamento teórico nos conteúdos envolvendo os consulta de enfermagem e protocolo assistencial do Ministério da Saúde na atenção prenatal de risco habitual foi utilizado o Coeficiente de correlação de Pearson que obteve os seguintes

valores: 1) para as dimensões representacionais envolvendo consulta de enfermagem e o protocolo do Ministério da Saúde: 0,94 a 0,73; 2) para as dimensões representacionais da consulta de enfermagem; 3) para as dimensões representacionais da consulta de enfermagem: 0,92 a 0,82; 4) para as dimensões e origem representacionais da consulta de enfermagem: 0,98 a 0,77; 5) para as dimensões representacionais do protocolo do Ministério da Saúde: 0,92 a 0,73 (excluindo a dimensão valorativa); e 6) para as dimensões e origem representacionais do protocolo do Ministério da Saúde: 0,95 a 0,73, excluindo dimensão valorativa e a origem de rede de atenção à saúde.

Para identificar a ocorrência do adensamento teórico nos conteúdos envolvendo os registros de enfermagem, o prontuário eletrônico e o SISPRENTAL foi utilizado o Coeficiente de correlação de Pearson que obteve os seguintes valores: 1) Para as dimensões representacionais envolvendo os registros de enfermagem, o prontuário eletrônico e o SISPRENTAL: 0,96 a 0,75; 2) para as dimensões representacionais do registro de enfermagem: 0,92 a 0,83; 3) para as dimensões e origem representacionais do registro de enfermagem: 0,99 a 0,76; 4) para as dimensões representacionais do prontuário eletrônico: 0,92 a 0,76; 5) para as dimensões e origem representacionais do prontuário eletrônico: 0,98 a 0,69; 6) para as dimensões representacionais do Sisprental: 0,96 a 0,81; 7) para as dimensões e origens representacionais do Sisprental: 0,99 a 0,77.

Os parâmetros identificados para a confirmação do adensamento teórico na análise dos estressores foram: 0,89 a 0,73 e quando analisado comparativamente foram obtidos os seguintes parâmetros: 1) estressores com consulta de enfermagem: 0,92 a 0,59; 2) estressores com protocolo assistencial do MS: 0,92 a 0,37; 3) estressores com registro de enfermagem: 0,92 a 0,58; 4) estressores com prontuário eletrônico: 0,92 a 0,52; e 5) estressores e Sisprental: 0,96 a 0,54.

Por se tratar de um estudo de abordagem qualitativa que combina a abordagem estrutural e processual da TRS de forma complementar para fins de contextualização foi utilizado o diário de campo para triangular os resultados e favorecer a compreensão dos objetos desta investigação.

Para a obtenção da **inferência do modelo assistencial implícito** nos fragmentos de discursos e no quadro de quatro casas para as situações que envolvem a consulta de enfermagem, os registros de enfermagem impressos ou por via eletrônica, a respeito do protocolo do MS para pré-natal de risco habitual e para o Sisprental, será utilizado o método dedutivo com aproximação dos resultados para as abordagens conceituais. Busca-se aproximá-los dos modelos teóricos, conceituais e filosóficos de enfermagem, sendo posteriormente

analisados tais conteúdos à luz das **bases conceituais e filosóficas** (teoria de enfermagem segundo Neuman) adotadas na presente investigação e discutidas para o contexto de atuação laboral de enfermeiros que atuam na APS.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Foram atendidos todos os critérios éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares e atendidos os princípios éticos de não maleficência, beneficência, justiça e equidade⁷².

Este projeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora. Está previsto o cumprimento de todos os quesitos éticos e legais estabelecidos pelas Resoluções n. 466/2012⁷², n. 510/2016⁷³ e suas complementares, constando em anexo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Pós-Informado e o parecer de aprovação do projeto no Comitê de Ética (**ANEXO 1 e 2**).

Esta investigação é classificada como de **risco mínimo**, uma vez que os riscos são compatíveis com os de atividades da vida cotidiana, não sendo prevista a realização de nenhuma intervenção que comprometa a integridade física dos participantes. Ainda assim, foram adotadas estratégias para garantia do anonimato, bem como de possíveis desconfortos provocados pela realização da entrevista com os enfermeiros (utilização de estratégias comunicacionais, interpessoais e relacionais).

Há previsão de divulgação dos resultados em manuscritos e/ou eventos científicos, sendo utilizado cognomes para os participantes representados por códigos (E01 a E81), com vistas a assegurar-lhes o anonimato. Embora, no presente projeto submetido na plataforma Brasil tenha sido citado o nome do município, está prevista a caracterização do mesmo, sem a menção do nome no intuito de assegurar o anonimato e preservação da imagem institucional.

A presente investigação trará como benefícios: 1) preencher a lacuna sobre qual é a percepção elaborada por enfermeiros da APS sobre a consulta de enfermagem, prontuário eletrônico, protocolo do MS para pré-natal de risco habitual e registros de enfermagem realizados em formulários impressos e no Sis prenatal; 2) identificar as concepções implícitas e explícitas sobre o cuidado de enfermagem de mulheres gestantes e puérperas; 3) identificar lacunas sobre a prática laboral de enfermeiros que atuam na ESF com gestantes e puérperas e 4) gerar reflexões sobre os limites, as possibilidades e a necessidade de

alinhamento/redirecionamento de metas/diretrizes administrativas/operacionais traçadas no município a respeito da assistência de pré-natal e no período do puerpério.

Como, na presente investigação, não foi previsto nenhum tipo de apoio financeiro para sua operacionalização, ela foi custeada com recursos das próprias pesquisadoras, estando sua previsão orçamentária discriminada conforme **Apêndice 2**.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A seguir constam dados da ambiência; de caracterização dos participantes quanto as variáveis sociodemográfica e perfil laboral; resultados das abordagens estrutural e processual da TRS e implicações dos resultados para o cuidado e a prática de enfermeiros que atuam na APS à luz da Teoria de Betty Neuman.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os participantes foram caracterizados segundo variáveis sociodemográfica e perfil profissional.

6.1.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes

A caracterização segundo variáveis sociodemográficas (gênero, cor da pele, estado civil, religião/prática religiosa, idade, presença ou não de filhos e o quantitativo para quem os têm) consta da (Tabela 2) .

Tabela 2: Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros que atuam na APS segundo gênero, idade, cor da pele, estado civil, religião e quantidade de filhos (n=81).

Variáveis	N	%	Variáveis	N	%	Md±DP (max-min)
Gênero			Idade			
Feminino	78	96,3	25 l---35	12	14,8	
Masculino	3	3,7	35 l---45	31	38,3	
Total	81	100	45 l---55	22	27,2	43,00±9,256
Cor de pele			≥55 l---	16	19,8	(25-61)
Branca	56	69,1	Total	81	100	
Parda	19	23,5	Possui filhos			
Negra	6	7,4	sim	57	70,4	
Total	81	100	não	24	29,6	
Estado Civil			Total	81	100	
Casado	52	64,2	Número de Filhos			
Solteiro	18	22,2	Nenhum	24	29,6	1,00 ± 0,930
União estável	5	6,2	1	31	38,3	(0-4)
Divorciado	5	6,2	2	21	25,9	
Total	81	100	3	4	4,9	
Religião			4	1	1,2	
Católico	48	59,3	Total	81	100	
Espírita	13	16				
Evangélico ou protestante	9	11,1				
Agnóstico	6	7,4				
Budista	2	2,5				
Espírita umbandista	2	2,5				
Não respondeu	1	1,2				
Total	81	100				

Fonte: Elaborada pelas autoras (Jun/2019).

A caracterização dos 81 participantes apontou um perfil de mulheres (96,3%), brancas (69,1%), casadas (64,2%), católicas (59,3%), com idade compreendida entre 35 e 44 anos (38,3%) e que possuía filho (70,4%).

A pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, uma iniciativa do COFEn em parceria com o Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), realizada entre 2012 e 2013, é considerada o mais amplo inquérito realizado na América Latina, devido à extensão territorial do cenário brasileiro. Tal investigação foi organizada em seis blocos: identificação socioeconômica, formação profissional, acesso à informação, mercado de trabalho e condições de trabalho na perspectiva de auxiliares e técnicos, enfermeiros e equipe de enfermagem.⁷⁴

A identificação socioeconômica desta pesquisa nacional aponta um perfil de enfermeiros do sexo feminino (86,2%), pele branca (57,9%), estado civil casado (43,6%) e com idade compreendida entre 36 e 45 anos (25%).⁷⁴ Embora haja uma variação percentual entre os valores encontrados nesta pesquisa, é possível afirmar que os dados da presente investigação foram corroborados pelos achados deste levantamento, uma vez que os cenários nacional e municipal possuem perfis sociodemográficos semelhantes. Nesse sentido, é possível afirmar que a enfermagem possui um perfil profissional definido que se expressa pela aproximação comparativa destes dois cenários.

6.1.2 Perfil profissional dos participantes

Tabela 3: Caracterização laboral e de formação dos enfermeiros que atuam na APS segundo vínculo empregatício, número de empregos, tempo de formados, formação profissional, tempo de atuação profissional e de APS e área de formação (n= 81).

Variáveis	N	%	Variáveis	N	%	Md±DP (max-min)
Emprego adicional (***)			Tempo de formado(a) (em anos)			
Não	71	87,7	1 -----10	10	12,3	
Sim	10	12,3	10 -----20	34	42	
Total	81	100	20 -----30	20	24,7	18,00±9,160
			≥30 anos	17	21	(3-37)
			Total	81	100	
Formação profissional (*)			Tempo Atuação profissional (em anos)			
Graduação	1	1,4	1 -----10	17	21	
Residência	4	5,4	10 -----20	29	35,8	18,00± 9,456
Especialização <i>Lato Sensu</i>	81	100	20 -----30	18	22,2	(2-38)
Mestrado	4	5,4	≥30 anos	17	21	
Doutorado	1	1,4				
Licenciatura	2	2,7	Total	81	100	

Continua

Continuação

Área de formação				Tempo Atuação APS (em anos)		
Saúde da Família	58	78,6				
UTI adulto	26	35,2	0,08 -----10	28	34,6	13,50±7,268
UTI neonatal	16	21,5	10 -----20	39	48,1	(0,12-32)
Saúde do Trabalhador	12	16,3	20 -----30	12	14,8	
Saúde ou Políticas públicas	10	13,6	≥30 anos	2	2,5	
Gestão ou Auditoria	8	10,8		Total	81	100
Administração e Gestão	7	9,5				
Obstetrícia	8	10,9				
Preceptoría do SUS	5	6,8	Vínculo na APS			
Licenciatura ou Educação	3	4,1	Estatutário	67	82,7	
Estomaterapia	3	4,1	Contrato	14	17,3	
Residência	3	4,1		Total	81	100
Mestrado e/ou doutorado	3	4,1				
Saúde do Adulto, Idoso e/ou DCD	2	2,7				
Centro Cirúrgico ou CCIH	2	2,7				
Saúde da Criança	1	1,4				
Cardiologia ou Hemodinâmica	1	1,4				

Nota das autoras: (*) Devido à possibilidade de um participante ter mais de uma opção, o quantitativo foi superior ao número de participantes.

(**) DCD: doenças crônico-degenerativas.

(***) Atividades desenvolvidas: artesã (1), odontóloga (1); enfermeira clínica (2), enfermeira pediátrica, enfermeira obstétrica, professora (1), enfermeira UPA(1), professora pós-graduação (1), atuação informal (1).

A caracterização dos participantes evidenciou um perfil profissional de enfermeiros com um emprego (87,7%) e vínculo estatutário (82,7%). Tempo de formado, atuação profissional e atuação na APS entre 10 e 20 anos (42%, 35,8% e 48,1%) respectivamente. No que tange à formação profissional, todos informaram ter pelo menos uma pós-graduação *Lato Sensu*, sendo (78,6%) em Saúde da Família, (35,2%) em UTI adulto, (10,9%) em Obstetrícia e (1,4%) em saúde da criança.

De acordo com o levantamento nacional realizado, a caracterização aponta um perfil profissional de enfermeiros com tempo de formado entre 2 e 10 anos (59,2%), pós-graduação (80,1%), sendo a pós-graduação na modalidade *Lato Sensu* (72,8%), seguida do mestrado acadêmico (10,9%)⁷⁴.

A comparação dos resultados da presente investigação com os achados da pesquisa nacional, evidencia o predomínio de profissionais que cursaram pós-graduação *Lato Sensu* em ambos os cenários⁷⁴.

O perfil de profissionais com vínculo estatutário consiste em uma especificidade do cenário uma vez que o tempo de formado, atuação profissional e atuação na APS são equivalentes⁷⁴.

6.2 ABORDAGENS ESTRUTURAL E PROCESSUAL DA TEORIA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL: CONSULTA DE ENFERMAGEM E PROTOCOLO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

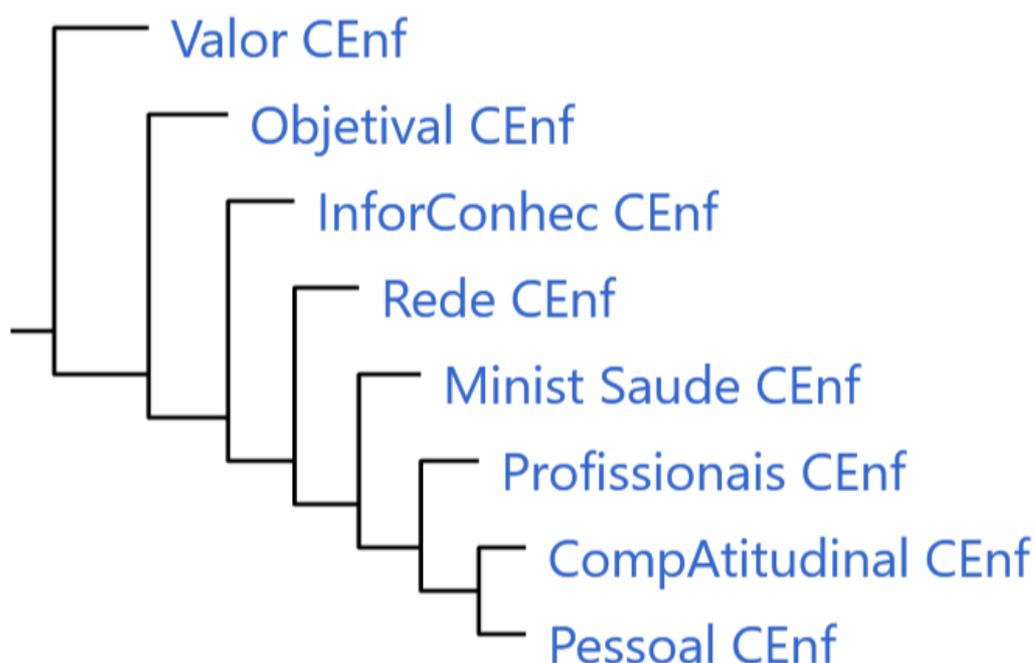
A seguir, estão apresentadas e discutidas as representações sociais obtidas a partir das abordagens estrutural e processual para as situações vinculadas à consulta e aos registros de enfermagem no atendimento de pré-natal e puerpério de mulheres adstritas a 42 USFs.

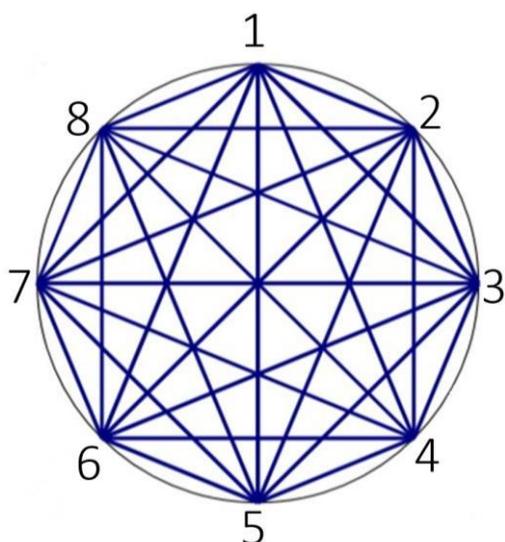
6.2.1 Abordagem estrutural e processual da TRS sobre a consulta de enfermagem

Os conteúdos obtidos a partir de 81 entrevistas individuais realizadas com os profissionais da atenção primária à saúde, utilizando a abordagem processual a respeito da **consulta de enfermagem** estão retratados por meio de dendograma e gráfico de círculo na **Figura 13**.

Figura 13: Dendograma e gráfico de círculo construídos a partir dos fragmentos de discurso dos participantes ao abordar a consulta de enfermagem.

Nós em cluster por similaridade de palavra



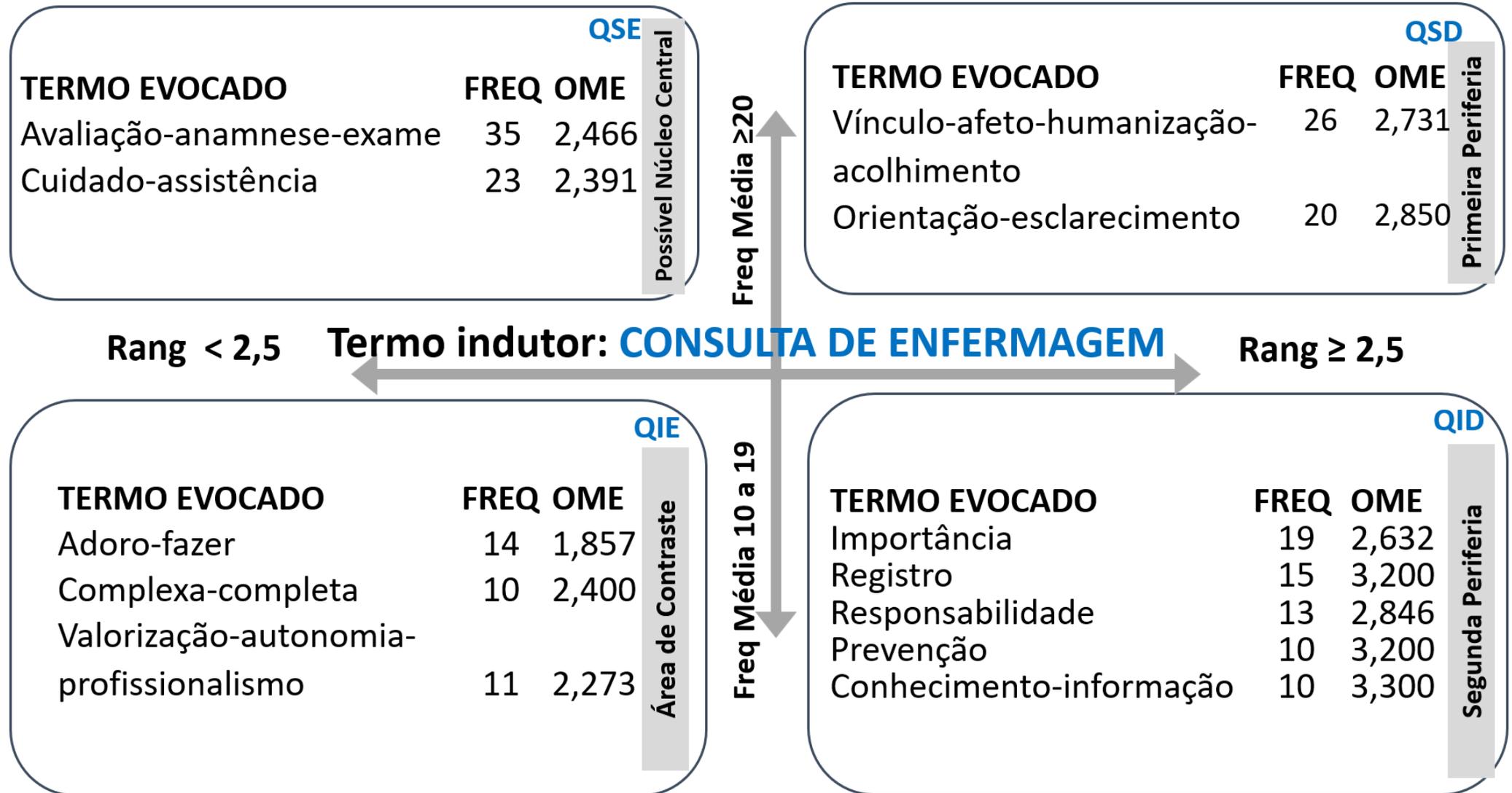
**Legenda:**

- 1: Dimensão comportamental e atitudinal
- 2: Dimensão informativa e cognitiva
- 3: Origem Ministério da Saúde
- 4: Dimensão objetiva
- 5: Origem pessoal
- 6: Origem profissional
- 7: Origem da rede de saúde
- 8: Dimensão valorativa

Fonte: Programa NVivoPro 11® (Jun/2019).

Os conteúdos obtidos com a abordagem estrutural a respeito da consulta de enfermagem são apresentados a seguir (**Figura 14**).

Figura 14: Quadro de quatro casas referente ao termo indutor "Consulta de Enfermagem".



Fonte: Programa Evoc elaborado pelas autoras (Jun/2019).

A realização da análise prototípica permitiu acessar e interpretar os cognemas alocados nos quadrantes do quadro de quatro casas e interpretá-los segundo o nível de consensualização/individualização que representam para o grupo socialmente investigado.

No QSE, local em que pode estar alocado o possível núcleo central, foram identificadas duas expressões, a saber: “cuidado-assistência” e “avaliação-anamnese-exame”. Em ambas as expressões, está retratada a dimensão objetival, que expressa como os enfermeiros objetivaram a consulta de enfermagem a partir do cuidado, da assistência e da obtenção de informações realizadas pela avaliação, pela anamnese e pelo exame. Essas foram expressões mencionadas que conciliaram maior frequência de menção com sua emissão mais prontamente pelos participantes.

No QIE, área de contraste, foram identificados três tipos de cognemas, a saber: “adoro-fazer”, “complexa-completa” e “valorização-autonomia-profissionalismo”. Esses cognemas retratam o posicionamento de subgrupos, uma vez que foram mencionados mais prontamente e com menor frequência quando comparados aos conteúdos do QSE.

Os componentes alocados no QIE foram consensualizados em subgrupo(s) e retratam duas dimensões: 1) Valorativa – representada pelas expressões “adoro-fazer” e “complexa-completa”, que exprimem uma apreciação de caráter prazerosa por se aplicar à consulta de enfermagem na prática laboral e um julgamento sobre a forma como o participante interpreta a operacionalização da consulta, ou seja, como algo que precisa ser realizado de forma completa ou detalhada e que envolve tecnologia laboral considerada complexa e 2) Objetival – explicitada pela expressão “avaliação-anamnese-exame”, ou seja, ações profissionais que permitem viabilizar a consulta de enfermagem por meio da obtenção de informações (avaliação-anamnese) junto aos usuários e pela possibilidade de se solicitar/indicar/avaliar resultados de exames.

No QSD, primeira periferia, estão alocados dois grupos de cognemas, a saber: 1) “Vínculos-afeto-humanização-acolhimento”, que exprimem a forma como alguns participantes retratam a relação que buscam construir com usuárias/feto/companheiro e as estratégias utilizadas para acessar as mulheres no período grávido puerperal e 2) A expressão “orientação-esclarecimento”, que retrata as ações terapêuticas que utilizam. Nos dois grupos de cognemas, constam elementos que objetivam a consulta de enfermagem por meio de ações educativas e de orientação e pela construção de uma relação empática.

No QID, ou segunda periferia, estão alocados os cognemas que retratam expressões individuais. Esses cognemas retratam as seguintes dimensões: valorativa - “importância” atribuída à realização da consulta de enfermagem; e objetival - “registro”, “responsabilidade”,

“prevenção” e “conhecimento-informação”, que retratam a documentação legal do cuidado prestado (registro); a finalidade da consulta (ações de prevenção e compartilhamento de conhecimento-informação) e a dimensão legal (responsabilidade) decorrente do exercício profissional.

As evocações que emergiram a partir do termo indutor “consulta de enfermagem” foram corroboradas com fragmentos dos discursos dos participantes na etapa da abordagem processual da TRS, conforme exemplificado a seguir:

AVALIAÇÃO-ANAMNESE-EXAME: *Então a gente faz todo o Sis prenatal, toda a avaliação, todo o registro. E10*

CUIDADO-ASSISTÊNCIA: *[...] o cuidado com ela [...] o cuidado com a amamentação [...]. E47*

ADORO-FAZER: *[...] a consulta de enfermagem de pré-natal é uma das que eu mais gosto de fazer, né. E43*

COMPLEXA-COMPLETA: *[...] é uma consulta mais complexa. E44*

VALORIZAÇÃO-AUTONOMIA-PROFISSIONALISMO: *[...] é um trabalho bonito de se ver, fazer e valorização de profissional. E51*

VÍNCULO-AFETO-HUMANIZAÇÃO-ACOLHIMENTO: *[...] Então, o vínculo e a confiança são muito grandes aqui. E53*

ORIENTAÇÃO-ESCLARECIMENTO: *[...] Quando ela tem alguma dúvida, ela pergunta. E64*

IMPORTÂNCIA: *A consulta de pré-natal é importante para você estar com ela, a gestante [...]. E66*

REGISTRO: *Faço o registro mais o cartão da gestante, todas as orientações, todos os encaminhamentos, escrevo tudo isso [...]. E48*

RESPONSABILIDADE: *É um trabalho de muita responsabilidade [...]. E70*

PREVENÇÃO: *[...] é a prevenção de complicações [...]. E65*

CONHECIMENTO-INFORMAÇÃO: *Então, no início, é um desafio porque é um aprendizado [...]. E73*

Os conteúdos mencionados pelos participantes na abordagem processual da TRS a respeito da consulta de enfermagem no que tange à classificação das dimensões representacionais e da origem estão exemplificados com fragmentos de discursos e constam no **Quadro 2**.

Quadro 2: Dimensões e origem de conteúdos representacionais segundo fontes, quantitativo e fragmentos exemplificativos sobre a concepção de “consulta de enfermagem” (n=78).

Eixos	Fontes	*	Fragmentos de discursos exemplificativos
Dimensões comportamental e atitudinal	67	332	<p>É a enfermagem na assistência! E32. Então eu vejo que, na consulta de pré-natal, o enfermeiro tem um jeito melhor de estar fazendo a parte educativa, a parte de orientação e a criação do vínculo principalmente. E34. (...) é você acompanhar e você prevenir as doenças. E47 Então, a gente vê um lado todo subjetivo. E48. É na consulta de enfermagem que a gente cria o vínculo, que a gente investiga porque, muitas vezes, a queixa desse paciente não é só física: tem a queixa social, tem a queixa psicológica. E55. É muito mais do que só passar lá a vitamina, os exames e tá tudo normal. E60. Uma oportunidade que a gente tem. Uma independência que eu acho que a gente tem poder estar fazendo a consulta do pré-natal. E67. (...) enfermeiro tem grande oportunidade de contribuir para a saúde (...) com essa visão mais da prevenção, de promoção da saúde E68. Pena que a gente tem menos tempo, pouco tempo para poder estar colocando tudo em prática, porque a gente tem sobrecarga de serviço é grande, principalmente, quando a gente é supervisora. E69. É um trabalho de muita responsabilidade. E70. Olha, para mim que está começando agora, eu acho chato a consulta porque demanda muito tempo. E66.</p>
Dimensões cognitiva e informativa	21	39	<p>Então, inclui tudo nessa primeira consulta que seria a avaliação da gestante, os riscos que ela tem, as comorbidades anteriores, as comorbidades atuais, as gestações prévias, como está a gestação atual, nisso a gente pede todos os exames preconizados pelo protocolo do Ministério. E04. Geralmente a primeira consulta, isso já vem dentro do protocolo de enfermagem que isso é função do enfermeiro. E06. Momento algum porque encaminhou, deixou de ser nosso. Isso é algo que, enquanto supervisora, eu friso muito. Não é a realidade em outras unidades, mas aqui a gente faz o atendimento compartilhado e eu acho que é o preconizado [...]. Isso, quando a gente trabalha em Estratégia Saúde da Família, é muito nítido. Muito nítido. Queixa que trouxe à unidade, nem sempre é a queixa principal esta. Foi aquilo que ele tinha como “aceitável” para conseguir uma consulta. (risos) E20. Tudo o que eu falo aqui, se você perguntar pra elas hoje, elas vão te informar: ela mandou tomar seis a oito copos de água por dia, ela falou que eu tenho que beber bastante líquido, que eu tenho que tomar suco de laranja, que eu tenho que tomar sol até as 10h. Elas sabem tudo. Elas saem daqui sabendo E48. (...) para o pré-natal, eu acho que faz muita falta um profissional que fale de cuidado para a gestante e eu acho que por isso que muitas gestantes hoje preferem passar pelo posto de saúde que tem profissional enfermeiro do que ir para os planos de saúde porque lá as consultas são muito objetivas. E55.</p>
**Dimensão objetiva	52	173	<p>(...) eu acho que é muito <u>papel</u> para a gente estar preenchendo na primeira consulta. E04. É um momento, assim, bom... porque a gente cria um <u>vínculo</u> com a paciente e elas pegam <u>confiança</u> na gente. E18. A gente consegue fazer o <u>acompanhamento</u> mais completo da gestante. E27 Eu, assim, eu acho que é uma <u>conquista</u>. E31. Tem muita <u>folha</u>, muito cadastro para fazer, muito <u>exame</u> para pedir. E46. Representa uma satisfação enquanto profissional de estar tendo essa <u>autonomia</u> (...) <u>cuidado</u> com essa <u>gestante</u> (...) Tem seus <u>problemas</u>, suas <u>dificuldades</u>, mas é regado de muito <u>amor</u> (...) É a <u>prevenção</u>. E47. “Oh, primeira consulta vem com <u>tempo</u> que eu quero conhecer você de no mínimo quarenta minutos a uma hora” (...) Ela tinha na gente como uma <u>segurança</u> para ela, entendeu? E48. Eu faço a consulta de enfermagem, eu tento seguir os <u>protocolos</u>. E54</p>
Dimensão valorativa	43	67	<p>Para mim, já é uma rotina tranquila, apesar de não gostar de fazer, por não ser da área que eu gosto. E18 Só nesse período mesmo que eu tive esse contato, então, no início, eu tive bastante dificuldade porque eu não estava acostumada a fazer consulta de enfermagem para a gestante, mas eu acho muito importante o vínculo que a gente tem de conversar, de dar as orientações necessárias e eu acho, pelo menos com as minhas gestantes, eu acho que elas se sentem mais confortáveis de estar conversando. E30 Eu acho importantíssimo porque é no pré-natal que você vai conseguir dar a melhor saúde para aquele ser humano, né, quando ele nascer, quando ele crescer, então eu sou apaixonada! E34 Para mim, é muito gratificante eu estar estudando e estar ajudando, estar acompanhando aquela gestação, identificando qualquer risco para aquela gestante. Eu me sinto, profissionalmente falando, feliz de estar fazendo meu trabalho e com qualidade. Eu gosto muito da atenção básica, PSF eu sempre gostei muito E35. Para mim a consulta de enfermagem de pré-natal é muito importante. Até porque eu acho que é um dos momentos que a gente tem maior poder de resolução, de envolvimento. E42</p>

continuação

Eixos	Fontes	*	Fragmentos de discursos exemplificativos
Origem Pessoal	67	265	<p>(...) acho que a primeira consulta realmente é uma consulta mais demorada. Justamente porque, além da anamnese e do exame físico, você tem que fazer todos esses registros, né? E02. Então, eu acho assim, que esse primeiro contato, esse registro do pré-natal, ele eu acho que é a consulta mais importante do pré-natal. E07. É tranquilo porque a gente geralmente marca um horário, então você se disponibiliza naquele momento a dar atenção à gestante, fazer todas as orientações e o registro é simples, não tem muito...né? É mais o cadastro pessoal, exame físico básico, não tem muita dificuldade não. E14. Atualmente eu estou acompanhando três gestantes somente aqui na unidade, as outras estão no pré-natal de alto risco ou na saúde da criança e do adolescente; e para mim é uma rotina tranquila. E18. E a gente teve um médico anterior muito problemático, muito problemático mesmo. E aí elas não confiavam nele de jeito nenhum. Elas falavam que queriam fazer pré-natal só comigo, não queriam com ele. E muitas, quando vinham nele, não queriam mais voltar. E68</p>
Origem na experiência como/com os profissionais de saúde	39	70	<p>A Enfermagem é mais cuidadosa. Normalmente, a enfermagem anota mais, ela é mais cuidadosa. Os médicos, às vezes, fazem uma consulta muito rápida. E15. Outras pessoas falam não... as gestantes devem vir só na consulta. Não, eu não penso assim...ela tem que ter sempre a referência nós aqui na unidade (...) E20. A gente consegue sempre ter uma sala disponível para poder estar acolhendo essa gestante. A gente consegue trazer na sala, realizar o exame físico, olhar cartão de vacina, orientar no que for necessário. E27. Muitas vezes é através dos agentes: eles falam, marcam na agenda uma consulta para iniciar o Sis prenatal, aliás, para iniciar o pré-natal e aí a gente acolhe a paciente no dia que ela chega. Daí a gente já deixa agendadas as próximas consultas. E29. A gente passa por treinamento, tem curso e tudo mais e tem a experiência de vida diária. E41. A de primeira consulta ela demora mais porque não é só fazer registro do Sis prenatal ao contrário do que muitos médicos e enfermeiros pensam. E44. E eu acho que isso também é bom para a paciente porque ela é mais abrangente. O enfermeiro, geralmente, eles são mais acessíveis. E59.</p>
Origem a partir da Rede de Atenção à Saúde	14	28	<p>Inclusive, nesse dia, ela vai trazer para mim o NIS dela, que é o número de inscrição dela na saúde, se ela recebe bolsa família, porque a gente interliga com a assistência social nesse primeiro atendimento. E20. (...) a pessoa começa o pré-natal com você e tenta para fazer em outro lugar, por motivo dela mesmo né? E29. (...) eles jogam muitas coisas para cima da enfermagem. Eu estou aqui te atendendo e já estou com mil e uma coisas na cabeça que eu tenho que fazer. E40. Então já aconteceu uns dois ou três casos dessas adolescentes não terem nenhum fator de risco, né. Elas continuam sendo baixo risco, mas o fator idade, por elas serem adolescentes, a gente tem que estar encaminhando para as especialidades, por exemplo, o departamento de adolescência, entre outros. E elas alegam para a gente o seguinte: "Eu não quero ir não". Aí a gente explica o motivo de estar encaminhando, e elas falam "Eu gostaria de continuar aqui com vocês porque a gente é muito bem assistida. Quando a gente vai lá, às vezes, as pessoas não tratam a gente, não olham ou não observam, não têm a mesma atenção que tem aqui (...)". E48</p>
Origem em documentos e pronunciamento do Ministério da Saúde	42	152	<p>No pré-natal, a gente trabalha com a verificação do risco em cada consulta. A tomada de decisão se baseia mais nisso: na sua conduta ali naquele momento, avaliando os riscos preexistentes e os riscos a cada consulta. E19. Então, inclui tudo nessa primeira consulta que seria a avaliação da gestante, os riscos que ela tem, as comorbidades anteriores, as comorbidades atuais, as gestações prévias, como está a gestação atual, nisso a gente pede todos os exames preconizados pelo protocolo do Ministério. E04. (...) Eu falo um pouquinho de cada sintoma, o que que é comum sentir, mesmo que ela não esteja sentindo aquilo, mas para que ela se sinta mais segura, mais preparada, né.(...) Então eu faço a receita, a gente faz os pedidos de exame, a gente faz o exame físico da gestante, vê história vacinal, vê a questão de história de patologia, preenche cartão, faz todas aquelas orientações de sinais de alerta, o que que é importante ela observar, as orientações com o cuidado da pele, as orientações iniciais mesmo do pré-natal. E43. Eu estou com uma de 14 anos, que tá no departamento da saúde e do adolescente, mas que vem muito mais comigo do que lá porque, às vezes, não tem vale-transporte para ir, então a gente faz esse acolhimento.(...) E20. Quando ela voltar aqui comigo, vai ser daqui a dois meses porque ela vem contigo no segundo e vem comigo no terceiro, então eu quero saber se ela tomou as vacinas todas porque eu pedi ela pra trazer o cartão. Então, os remédios que eu prescrevo para ela. Retorno para consulta em 30 dias com a médica. E48</p>

Nota das autoras: Quadro elaborado pelas autoras (Jun/2019) a partir de dados extraídos do tratamento de dados do programa NVivo Pro 11.

* Número de Fragmentos de discursos alocados segundo eixo.

**Grifo das autoras destacando as expressões objetivadas.

Os conteúdos discursivos dos participantes corroboram com os cognemas que constam da abordagem estrutural da TRS para a consulta de enfermagem e permitiram compreender o contexto em que foram emitidos, alicerçados na análise dos resultados, o que justifica sua discussão de forma concomitante.

A consulta de enfermagem no período gestacional está sendo concebida como o atendimento profissional envolvendo consultas, solicitação de exames, realização de estratégias peculiares ao perfil de atendimento da mulher e seu conceito no período pré-natal, envolvendo o reconhecimento de necessidades de saúde e o acolhimento, de forma a favorecer o atendimento e o estabelecimento de vínculos da gestante/seu acompanhante com a equipe de saúde.

De acordo com um estudo transversal brasileiro realizado com dados disponíveis no banco de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, foram feitos testes de associação por meio da análise de regressão multinomial simples e múltipla e a análise da distribuição espacial do número de consultas por municípios. Os achados desta investigação apontam que disparidades de acesso estão relacionadas a aspectos geográficos, demográficos e socioeconômicos das gestantes⁷⁵.

Em um estudo retrospectivo realizado em um hospital em Vitória, Espírito Santo, que traçou o perfil das gestantes atendidas na consulta pré-natal de enfermagem, foi possível identificar sete diagnósticos de enfermagem que tiveram frequência superior a 30%. Isso possibilitou vinculá-los com intervenções segundo o sistema taxonômico da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem-CIPE/Versão1.0. O estudo concluiu que essa classificação, ao propor uma linguagem específica para a categoria, contribui para a consolidação da autonomia da enfermagem no planejamento de ações de cuidados⁷⁶.

Outra investigação de caráter reflexivo abordou a estrutura do cuidado obstétrico à luz da Teoria de Kristen Swanson, tendo sido possível identificar que a concepção de cuidado se baseou em: manutenção de crenças, conhecimento, o ato de estar com, fazer por e possibilitar uma prática assistencial ao binômio mãe-feto⁷⁷. A representação de cuidado de enfermagem no período puerperal foi ancorada no puerpério como cuidados desenvolvidos ao recém-nascido, priorizando a consulta de puericultura em detrimento da puerperal em um estudo de representação social realizado com 31 enfermeiros que atuavam na ESF em Mossoró, Rio Grande do Norte, e que teve a análise textual via Programa Alcest⁷⁸.

Em um estudo realizado com 134 gestantes que objetivou “verificar as ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem na assistência às gestantes em Unidades de Atenção Primária à Saúde em um município do Sul de Minas Gerais”, foi observado, a partir dos parâmetros de um roteiro aplicado na modalidade de *check-list* contendo as melhores evidências

científicas para subsidiar a prática obstétrica, que houve fragmentação do cuidado, com predomínio das ações como: aferição da pressão arterial (97,7%) e orientações sobre o aleitamento materno (30,5%) e o teste do pezinho (74,35%)⁷⁹.

A fragmentação do cuidado também foi descrita na categoria intitulada “consulta de enfermagem” de um estudo realizado no Huambo (Angola) delineado na Teoria Fundamentada nos Dados, no qual participaram 22 pessoas (profissionais de enfermagem, gestantes e estudantes de enfermagem). O atendimento foi realizado por profissionais distintos em ações sequenciais que incluíram: 1) medições antropométricas e registro de dados pessoais; 2) exame físico obstétrico e 3) prescrição e orientação de medicamentos segundo protocolo nacional adotado). Essas etapas foram conectadas pelo uso de estratégias comunicacionais⁸⁰.

Em uma revisão integrativa realizada na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS, Base de dados de Enfermagem – BDEF e *Scientific Electronic Library Online-Scielo*, utilizando o acrônimo PICo (P = Paciente, I = Fenômeno de Interesse e Co = Contexto) realizada a partir de um recorte temporal compreendido entre 2013 a 2017, foram elegíveis oito artigos. Nestes, foi constatado que a assistência de enfermagem é direcionada para a identificação de “fatores de riscos para a gestação e a prevenção da morbimortalidade materna e neonatal” e operacionalizada por meio de ações como: “aferição da pressão, medição do fundo uterino, ausculta dos batimentos fetais, cardíacos, medidas antropométricas, alimentação saudável e solicitações de exames laboratoriais”⁸¹: p.171.

A consulta de enfermagem, enquanto atividade laboral realizada pelo enfermeiro em qualquer ambiente em que sua atuação profissional ocorra, nos vários níveis de atenção operacionalizados nas instituições de saúde, no domicílio, em escolas ou em empresas, constitui uma atribuição exclusiva do exercício profissional de enfermeiros e, ao realizá-la, um subgrupo dos participantes se sente identificado com tal atividade a ponto de atribuir julgamento valorativo de gosto⁸². Ela é regulamentada pela Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem - COFEn, que determina a necessidade de se sistematizar a assistência de enfermagem e recomenda que sua operacionalização deve ocorrer de forma “sistemática inter-relacionada, interdependente e recorrente”, pela utilização de cinco etapas sequenciais e executadas com intencionalidade pelo profissional⁸³,p.2.

Segundo a Resolução nº 564/2017- COFEn, que aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, o enfermeiro possui respaldo legal para desenvolver o Processo de Enfermagem para planejar, implementar, avaliar e documentar o cuidado à pessoa, família e comunidade, promovendo a qualidade de vida em todas as fases do ciclo vital e está proibido de delegar ações privativas a outros membros da equipe de saúde. Desse modo, a consulta de

enfermagem é um procedimento privativo do enfermeiro. É sabido que esta adquire um caráter compulsório que se sobrepõe à disposição valorativa do profissional para executá-la ou não⁸⁴.

A expressão composta pelos cognemas “avaliação-anamnese-exame” contempla a primeira e quinta etapas do processo laboral do exercício da enfermagem segundo recomendado pelo COFEn⁸³. A primeira etapa foi nomeada pelo cognema “anamnese” e remete ao processo de coleta de dados de enfermagem, também conhecido como histórico de enfermagem. Essa etapa consiste na obtenção de informações a respeito da pessoa que está sendo cuidada com vista a subsidiar a identificação de necessidades e demandas a partir da análise comparativa entre a normalidade e desvios da mesma. Na busca por informações, o enfermeiro pode recorrer a várias técnicas e métodos, o que justifica a presença do cognema “exame”, ou seja, uma atribuição que é pactuada na APS para ser executada pelo enfermeiro desde que conste dos protocolos locais⁸³.

A quinta etapa do processo laboral do enfermeiro diz respeito à avaliação das condições de saúde da usuária, após serem implementadas ou recomendadas as condutas terapêuticas no que tange à ocorrência ou não de mudanças no seu estado de saúde em direção ao controle, melhora ou busca de bem-estar⁸³.

O estabelecimento de uma relação terapêutica para Peplau é uma manifestação de arte que se inscreve a partir de um processo relacional, que disponibiliza espaço para uma interação entre duas ou mais pessoas, que convergem para um objetivo comum, disponibilizando a ela o espaço para que seja ouvida, vista, atendida no contexto de uma interpessoalidade alicerçada em respeito mútuo⁸⁵.

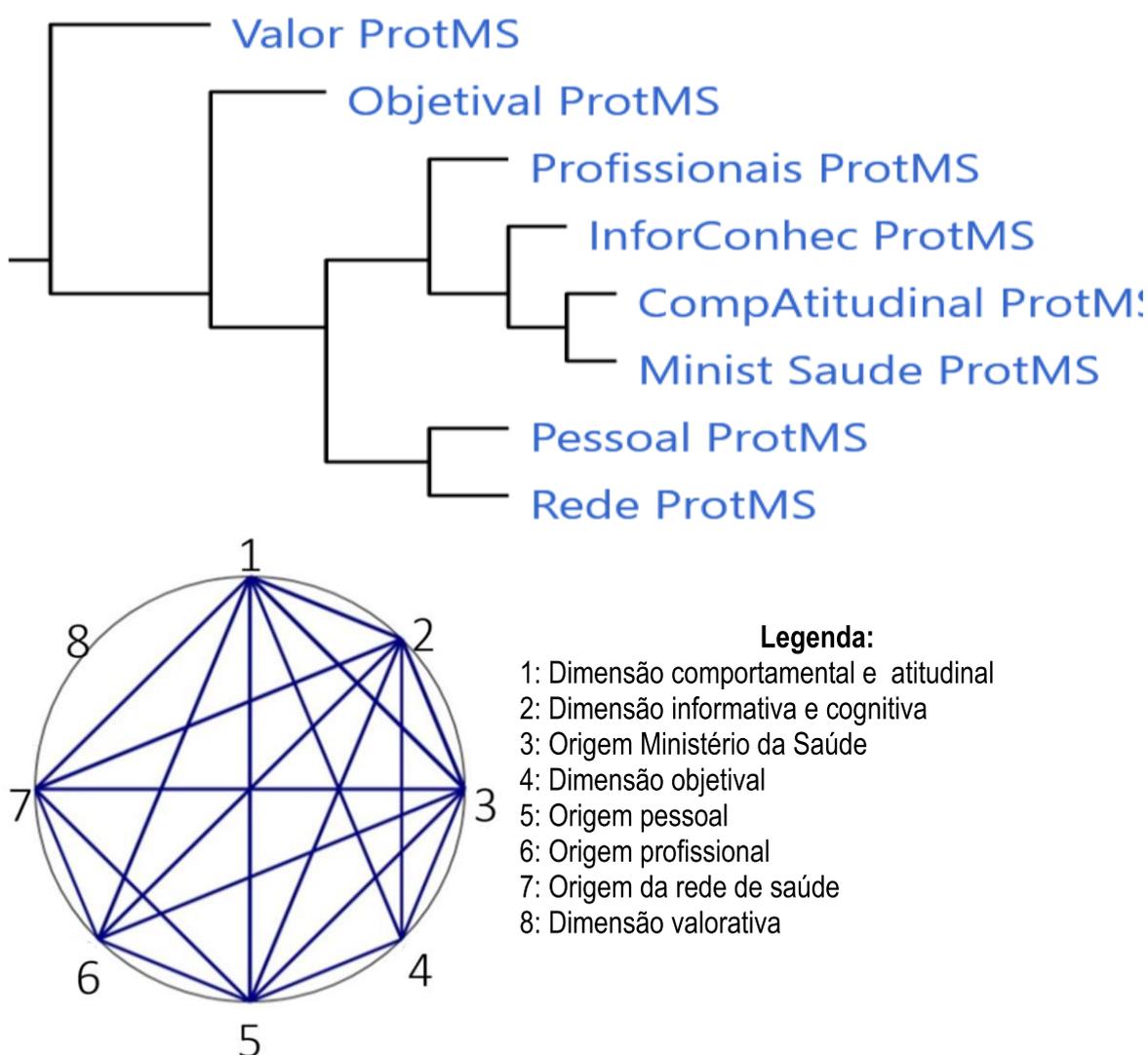
Embora os enfermeiros participantes da presente investigação reproduzam o discurso de que cada gestante possui especificidades e necessidades que a individualizam, observa-se na prática que o cuidado sistematizado, pautado na identificação de situações de risco maternoinfantil, os distancia de uma prática criativa e autêntica que possibilite à gestante, ao companheiro e/ou familiares dela um cuidado de enfermagem humanístico. Nesse sentido, a concepção ampliada de cuidado proposta por Jean Watson busca interligar corpo, mente e alma e resgatar a energia feminina capaz de agir nos sistemas de cura e ressignificar a prática dos enfermeiros no cuidado à mulher no ciclo pré-natal ^{86; 87; 88}.

6.2.2 Abordagem estrutural e processual da TRS sobre o protocolo do Ministério da Saúde na Atenção ao pré-natal de risco habitual

Os conteúdos obtidos a partir de 78 entrevistas individuais realizadas com os profissionais da atenção primária à saúde, utilizando a abordagem processual a respeito do protocolo do Ministério da Saúde na atenção ao pré-natal de risco habitual estão retratados por meio de dendograma e gráfico de círculo na **Figura 15**.

Figura 15: Representação por dendograma e gráfico de círculo dos fragmentos de discurso dos participantes a respeito do Protocolo Assistencial do Ministério da Saúde.

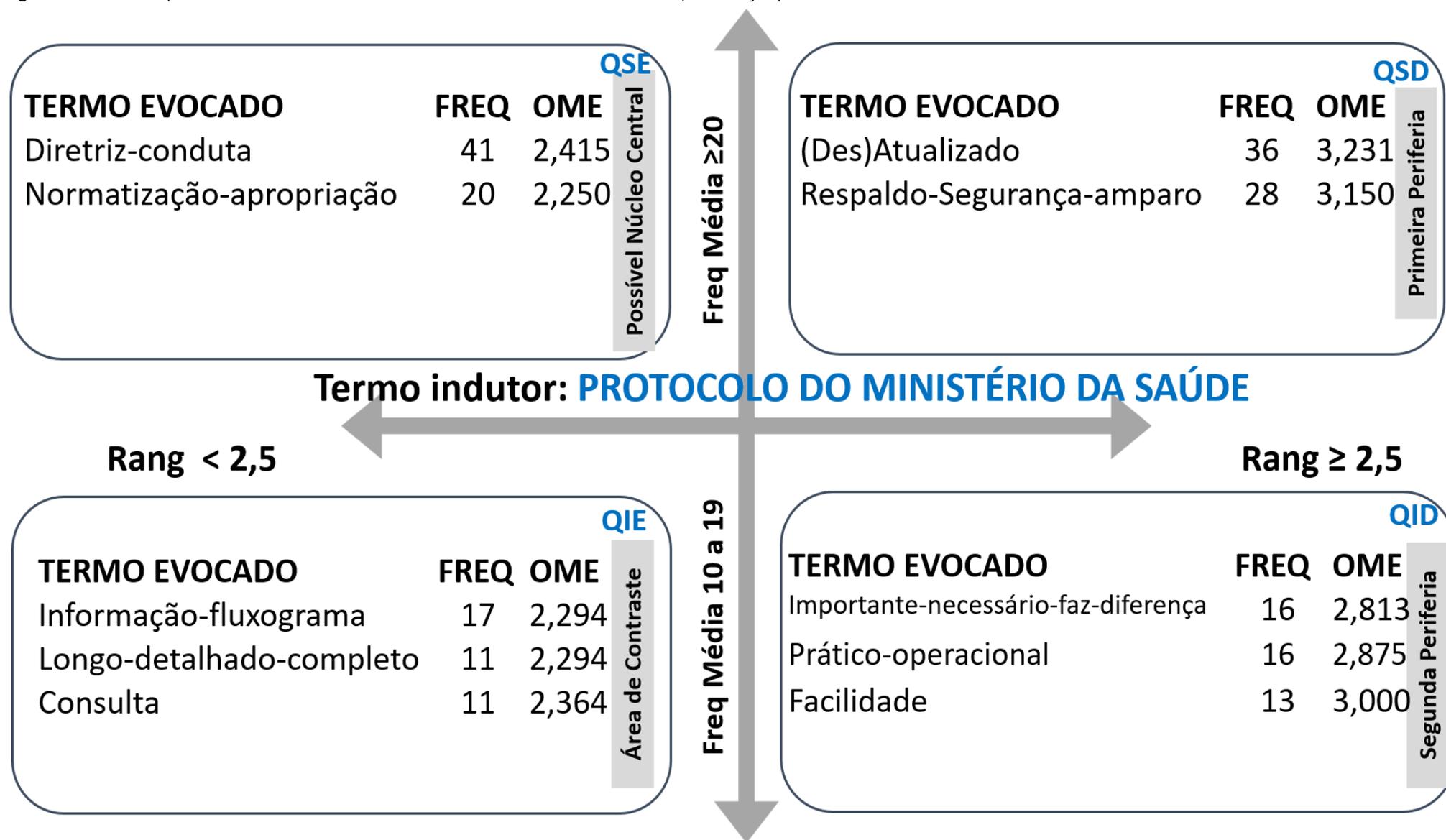
Nós em cluster por similaridade de palavra



Fonte: Programa NVivoPro 11® (Jun/2019).

Os conteúdos obtidos com as abordagens estrutural a respeito da consulta de enfermagem constam a seguir (**Figura 16**).

Figura 16: Quadro de quatro casas referente ao termo indutor "Protocolo do Ministério da Saúde para atenção pré-natal de risco habitual".



Fonte: Programa Evoc (Jun/2019).

Na perspectiva da análise prototípica do quadro de quatro casas, os quadrantes permitiram acessar os cognemas evocados e compreender quais foram os elementos que retratam conteúdos consensualizados (centralidade no processo) ou individualizados (conteúdos periféricos no processo).

No QSE, área do possível núcleo central, houve duas expressões advindas dos conteúdos evocados a partir da expressão indutora “protocolo do Ministério da Saúde para pré-natal de risco habitual”. Elas foram: “diretriz-conduta” e “normatização-apropriação” e retratam conteúdos objetivados quando se considera o critério de dimensão do conteúdo representacional. Considerando a extensão territorial do Brasil e a necessidade de regulamentação da prática dos profissionais de saúde no que se refere ao cuidado da mulher e do conceito no período gravídico puerperal, o protocolo proposto pelo MS apresenta diretrizes amplas e gerais passíveis de ser implementadas em todo o seu território. Isso justifica a necessidade de adequação de pontos específicos desde que mantidas as diretrizes gerais.

No QIE, área de contraste, foram alocados três grupos de cognemas cuja análise utilizando o critério da dimensão representacional traduz: 1) objetivo para “informação-fluxograma” e para “consulta” e 2) valorativa para a expressão “longo-detalhado-completo”.

A expressão “informação-fluxograma” significa que um conjunto de conteúdos é apresentado numa lógica hierárquica; a presença do cognema “consulta” vincula o protocolo assistencial de pré-natal de risco habitual como uma diretriz-normatização-conduta para o exercício profissional na modalidade de consulta de enfermagem e a expressão “longo-detalhado-completo” faz menção a um julgamento de valor sobre o fato de o protocolo conter todas as informações consideradas pertinentes/necessárias a ponto de ser considerado completo. Isso pode justificar o fato de ele ser extenso, merecendo a adjetivação de ser longo.

Na primeira periferia, QSD, consta o cognema “(des)atualizado”, congregando posições distintas que adjetivam o protocolo do Ministério da Saúde na atenção pré-natal de risco habitual, sendo mencionado por um mesmo quantitativo de pessoas. Isso caracteriza a dimensão cognitiva de como se deu a apreensão do protocolo a partir de dimensões valorativas distintas a ponto de remeter à incompatibilidade para que o mesmo seja cumprido na prática clínica. A menção à desatualização pode ser entendida como uso de mecanismo de defesa por meio de depreciação do protocolo, visando justificar o desuso do mesmo. Caso oposto ocorreu com a menção do termo “respaldo-segurança”, que remete ao amparo legal que o protocolo atribui à prática de profissionais de saúde que o aplicam e à dimensão afetiva da representação advinda da vivência profissional.

O fato de o protocolo ser alvo de posicionamentos distintos entre os enfermeiros diz a respeito do nível de reflexão feito por profissionais, percebendo limitações e necessidades de ajustamento do mesmo, para que ele seja aplicado com êxito em sua prática laboral como pode ser observado nos fragmentos de discurso da abordagem processual:

[...] na minha opinião, eu acho o que manual está meio desatualizado [...]. Comentário da participante E24 documentado em nota de diário de campo mencionado após o término da gravação do áudio.

[...] Acho sim que é importante você ter o seu conhecimento técnico. É muito importante você entender e seguir os protocolos. E29

[...] Às vezes, o protocolo não chega para a gente. A gente não tem acesso. Eu sei que hoje, com a internet, você tem acesso a muita coisa; você pode buscar, mas a coisa física, às vezes, na unidade de saúde você não acha ou então, às vezes, acha desatualizado [...]. E54

E a presença dos cognemas “respaldo-segurança-amparo” remete simultaneamente ao amparo legal para que os profissionais de enfermagem façam algumas atividades, como solicitar exames quando da articulação entre profissionais que atuam na área de saúde, à luz de atividades elencadas no Protocolo assistencial proposto pelo MS.

No QSD, a menção ao cognema “(des)atualizado”, como anteriormente apontado, remete à avaliação de ele não ser considerado como capaz de contemplar integralmente o norteamento necessário para o exercício da prática laboral daqueles que o mencionaram (n=36). Esse fato foi percebido com frequência de menos da metade dos participantes, porém numa ordem de evocação que não pode ser considerada prioritária (rang=3,231), caracterizando um subgrupo no qual o posicionamento pode ser categorizado como periférico no sistema hierárquico, embora mereça detalhamento.

Na segunda periferia, QID, ficam alocados cognemas que retratam posições individuais, sendo identificados três grupos de cognemas cuja análise da dimensão que retratam é: 1) valorativa - expressa por “importante-necessário-faz-diferença”; “prático-operacional” e 2) objetiva - expressa pelo cognema “facilidade”. Esses conteúdos retratam cognemas cuja análise da dimensão representacional retratada foi valorativa e objetiva respectivamente.

As evocações geradas a partir do termo indutor “Protocolo do Ministério para atenção pré-natal de baixo risco” foram corroboradas com fragmentos dos discursos dos participantes quando aproximada da abordagem processual da TRS, conforme exemplificado a seguir:

DIRETRIZ-CONDUTA: *[...] Pedir exames, orientar e, assim, na época o Sis prenatal estava funcionando; a gente pediu os dados dela para pedir o Sis prenatal. E65*

NORMATIZAÇÃO-APROPRIAÇÃO: *[...] porque a gente não conseguiu cumprir todo o protocolo de atendimento, de número de pré-natal realizado na unidade. E68*

INFORMAÇÃO-FLUXOGRAMA: *[...] Lá eles atendem, mas o fluxo mais fácil para essa paciente é a unidade de saúde porque está perto da casa dela. E71*

LONGO-DETALHADO-COMPLETO: [...] às vezes, se exige do profissional que ele siga os protocolos, mas muitas vezes esse profissional tem uma estrutura que não favorece; tempo que não favorece; é complexo seguir isso. Às vezes, você não consegue. **E54**

CONSULTA: [...] venho de um plantão, vou para o outro (...) você acaba não tendo (...) pegar para estudar, para estar dando uma olhada e aprender no dia a dia. **E77**

(DES)ATUALIZADO: [...] O manual sendo atualizado é uma forma do profissional também estar reciclando [...]. **E59**

IMPORTANTE-NECESSÁRIO-FAZ DIFERENÇA: [...] A gente vai vendo o que é importante, o que é necessário para que seja um pré-natal sem intercorrências, sem riscos para a gestante, sem riscos para a criança que vai nascer. **E79**

PRÁTICO-OPERACIONAL: [...] É muito importante você entender e seguir os protocolos. **E29**

FACILIDADE-AMPARO: [...] para mim é uma das linhas guias que eu trabalho com muita facilidade aqui, entendeu? **E48**

Outros fragmentos de discurso extraídos do conteúdo textual exemplificam e complementam o entendimento de como o grupo socialmente contextualizado que integrou a investigação concebe o protocolo do MS e constam do **Quadro 3**.

Quadro 3: Dimensões e origem de conteúdos representacionais segundo fontes, quantitativo e fragmentos exemplificativos sobre a concepção de “Protocolo do Ministério da Saúde na atenção pré-natal de risco habitual (n=78).

Eixos	Fontes	*	Fragmentos de discursos exemplificativos
Dimensões comportamental e atitudinal	31	74	<p><i>A gente segue o protocolo do município, né, que eu acho bem interessante porque a gente tem uma autonomia melhor do que somente pelo Ministério da Saúde, né? E é isso, para mim é uma rotina tranquila. E18. (...) Semana passada aconteceu isso: uma moça quer engravidar. Aí eu já prescrevi o ácido fólico, pedi os exames. Ela teve sífilis, então eu falei com ela: “Vamos ver como é que estão os seus exames”. Aí eu orientei sobre os métodos (...) E37. Então ela já vem e atendem comigo, logo que eu consigo receber o BHCG positivo, eu faço todo o protocolo do pré-natal. E48. Eu acho, assim, a importância primeiro da captação dessa gestante porque, às vezes, se você também não tiver o seu agente de saúde muito inserido na comunidade, às vezes, você não tem acesso a essa gestante. E54. O manual sendo atualizado, é uma forma do profissional também estar reciclando, evoluindo, acompanhando aquele manual. E59. Eu sou meio contra metas, eu penso mais na qualidade, mas, uma vez que você tem gestante na área, você tem que ser responsável por ela.(...) mesmo que elas não façam o pré-natal aqui, eu acho que você tem que disponibilizar o serviço E68.</i></p>
Dimensões cognitiva e informativa	21	55	<p><i>Então, inclui tudo nessa primeira consulta que seria a avaliação da gestante, os riscos que ela tem, as comorbidades anteriores, as comorbidades atuais, as gestações prévias, como está a gestação atual, nisso a gente pede todos os exames preconizados pelo protocolo do Ministério. Dentre os exames no caso, é o hemograma completo, glicemia em jejum, EAS com PHQ, se, no caso, se ela tiver histórico de infecção urinária recorrente, a gente já pede urocultura com antibiograma, aí tem anti-HIV, tem a sífilis, hepatite B, a gente pede hepatite C que é o HCV, o anti-HBs para ver a resposta à vacina da hepatite B e a questão da ultrassom obstétrica, na questão de pedidos. E04. Quando, às vezes, é uma paciente mais grave, de alto risco, a gente tem que continuar acompanhando. E64. (...) em matéria do cadastro (...) quem preenche o cadastro do Sis prenatal é sempre o enfermeiro aqui, invariavelmente de onde e quando vai fazer o pré-natal e com quem E65. (...) não é só a consulta em si, existem outras demandas que elas podem usar na unidade: vacinação, grupos educativos, medicamentos, né, que a gente acaba fornecendo, exames. E68</i></p>
**Dimensão objetiva	8	33	<p><i>(...) a gente pede todos os exames preconizados pelo protocolo do Ministério. E04. Às vezes, o protocolo não chega para a gente. A gente não tem acesso. E54. Na primeira consulta, a gente já faz a classificação dessa gestante. Risco habitual ou se não, se já tem algum fator de risco E58. (...) através desses manuais, dessas linhas guias, é uma forma dela estar reciclando E59. O nosso interesse é esse: ter um pré-natal para ter qualidade no parto e o principal que é ter a saúde da mãe e do bebê. E63</i></p>
Dimensão valorativa	2	2	<p><i>(...) é um pouco trabalhoso de fazer por ser a primeira consulta muita coisa que a gente tem que fazer, mas é essencial porque ali tem todos os dados que a gente precisa saber da gestante. E04</i> <i>Eu acho muito importante, mas eu acho mais importante você ter boa vontade. E29</i></p>

Continua

Continuação

Eixos	Fontes	*	Fragmentos de discursos exemplificativos
Origem de informações e conteúdos do Ministério da Saúde	30	90	<p><i>Geralmente a primeira consulta, isso já vem dentro do protocolo de enfermagem que isso é função do enfermeiro. E06. A gente acompanha aquela coisa todinha preconizada muito além do que é... a gente termina um pré-natal com 12/15 consultas. E19. Você não conhece a gestante, então você tem que fazer uma evolução muito detalhada; uma anamnese muito bem detalhada. É um momento em que você está solicitando os primeiros exames, fazendo orientações, prescrevendo as primeiras vitaminas e ainda você tem aquele monte de ficha para você preencher. E34. Fiz uma visita domiciliar; orientei ela com relação ao lóquio; amamentação, a importância da amamentação; nenenzinho; a vacina, perguntei se já havia tomado a vacina; pegar o sol por causa da icterícia e já passei para ela o sulfato ferroso. Orientei ela a tomar o sulfato ferroso e já agendei uma puericultura e uma consulta com a médica da unidade. E57</i></p>
Origem Pessoal	14	27	<p><i>Mesmo que ela, às vezes, pelo protocolo ela deveria ser encaminhada para o alto risco, a gente continua com ela porque a referência é nossa e a gente conhece toda aquela família. E20. Eu faço a consulta de enfermagem, eu tento seguir os protocolos. (...) Às vezes, o protocolo não chega para a gente. A gente não tem acesso. Eu sei que hoje, com a internet, você tem acesso a muita coisa; você pode buscar, mas a coisa física, às vezes, na unidade de saúde você não acha ou então, às vezes, acha desatualizado. E54</i></p>
Origem de vivências com/profissionais de saúde	8	13	<p><i>Até pouco tempo, houve um rompimento que o enfermeiro não podia pedir mais nada e aí que a gente viu o quanto que a gente está sendo importante, o quanto a gente tem modificado a realidade, né. E49. Tem gestante que conta pra gente que foi à consulta de pré-natal e que o médico não viu a pressão dela, altura uterina (...). Olha que sério é isso! Por que que esse profissional também não está fazendo? Será que ele também não está sobrecarregado? “Ah, mais nada justifica ele fazer isso”. Olha, sinceramente eu acho que justifica sim porque somos seres humanos. E53. Então, ela veio aqui até semana passada “Ah, que vacina que eu tenho que tomar?”, aí eu falei “Traz os exames para a gente dar uma olhadinha, para a gente ver o cartão de vacina.” Aí você não sabe: lá orientou alguma coisa de vacina? Sinceramente, eu não sei. Eu sei que ela chegou aqui e a sensação que eu tive é que não tinha sido falado nada de vacina. E60.</i></p>
Origem a partir da rede de Atenção à Saúde	9	16	<p><i>A gente segue o protocolo do município, né, que eu acho bem interessante porque a gente tem uma autonomia melhor do que somente pelo Ministério da Saúde, né? E é isso, para mim é uma rotina tranquila. E18. Ela deveria ter sido encaminhada porque questão de abuso, seria encaminhada; mas eles não têm condição econômica para poder consultar em outros serviços da rede. (...) Então, a gente encaminhou ela. Imediatamente, até encaminhamos e eles liberaram logo a vaga, tudo certinho, esse problema não tem, mas acabou porque depois, assim, ela está tratando lá; está cuidando lá, mas essa troca aqui conosco não tem. E60. Então, ela fazia o pré-natal em todos os lugares sem ninguém ter o controle desse número. É uma falha, né, mas tem direito, a gente faz o quê? E63</i></p>

Nota das autoras: Quadro elaborado pelas autoras (Jun/2019) a partir de dados extraídos do tratamento de dados do programa NVivo Pro 11.

* Número de Fragmentos de discursos alocados segundo eixo.

**Grifo das autoras.

Ao analisar o conteúdo mencionado no QSD, buscou-se na abordagem processual a compreensão do conteúdo subentendido no posicionamento dos participantes. A participante **E81** faz menção a esse conteúdo e esclarece a lacuna identificada no protocolo, ao dizer que: *“Eu acho que, se você pensa em gestão de pré-natal, você tem que pensar na humanização desse atendimento. Acesso aos direitos da gestante, da puérpera.”*

Cabe ressaltar que, no que tange ao aspecto mencionado pela participante **E81**, o Ministério da Saúde dispõe de uma política expressa pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e a Rede Cegonha, cujas diretrizes abordam e destacam a necessidade do acolhimento da gestante, do uso da escuta ativa para assegurar espaço para que ela e seu companheiro expressem suas necessidades humanas nessa fase do ciclo da vida. Espera-se que os profissionais possam lhes fornecer as informações, os esclarecimentos e ter uma conduta profissional que atenda não somente aspectos biológicos e biomédicos, mas que sejam capazes de integrar condutas terapêuticas com o atendimento de necessidades psicossociais, emocionais, culturais, afetivas e de crenças e valores^{89; 90}.

A necessidade de se conciliar o cuidado cultural, ou seja, aquele exercido por grupos sociais, com o cuidado profissional é foco da abordagem da Teoria transcultural do cuidado de Leininger, cujos alicerces foram lançados na década de 50, nos Estados Unidos da América, quando ela percebeu em suas ações uma lacuna cultural que distanciava o profissional da área de saúde daqueles que eram atendidos por eles devido à influência de interpretação do cuidado profissional no viés de valores, crenças, hábitos e culturas de grupos sociais distintos. A proposta de Leininger de se buscar um corpo de conhecimento científico e humanizado capaz de responder às demandas da prática vivenciadas por enfermeiro é corroborada pelos conteúdos mencionados pela participante **E36**: *“Então, para mim, é um momento em que eu tenho todo o respeito, todo o cuidado com aquela mulher que eu procuro contextualizar a vida dela. As orientações que eu tento dar é dentro da realidade dela”*. A participante busca fornecer um cuidado amplo fundamentado em alicerces culturalmente congruentes com o perfil dos usuários.⁹¹

Essa lacuna justificou um movimento de enfermeiros por cursos de especialização na área da antropologia, o que, ao longo do tempo, consolidou uma área de saber da etnografia na enfermagem, explicando o motivo de, no período de 1975 a 1983, terem sido criados “dois programas de doutorado na Universidade de Utah e Wayne State University e 20% das escolas de enfermagem reconhecidas pela *National League for Nursing* ofereceram cursos de graduação com enfoque cultural”. Em sua proposta, Leininger busca realizar uma “análise comparativa de diferentes culturas ou subculturas, no que diz respeito ao comportamento relativo ao cuidado em

geral, ao cuidado de enfermagem, assim como aos valores, crenças e padrões de comportamento relacionados a saúde e doença”^{91; 92}.

A preocupação em prover um cuidado de qualidade externada pela busca de entender o quanto o que está sendo realizado na prática clínica se expressa por uma inquietação das participantes advindas de reflexões que fizeram sobre a forma como ocorre a atuação profissional mostra-se válida na medida em que traduz uma preocupação de como os serviços estão sendo disponibilizados aos usuários do SUS. Essa preocupação também motivou outros estudos, a saber: 1) estudo transversal do tipo avaliativo normativo realizado sobre o cuidado pré-natal que é realizado no contexto de uma ESF e cuja abordagem teve alcance para o que ocorre no Brasil com ênfase na Região Norte. Nesse estudo, foram identificadas importantes dificuldades organizacionais no que tange ao acesso dos usuários ao serviço, a “qualidade do cuidado ofertado pelas equipes de saúde” e “insuficiência das ações de gestão voltadas ao aprimoramento do acesso e da qualidade do cuidado pré-natal”^{93,p.11} e 2) estudo delineado na abordagem compreensiva utilizando como referencial teórico o *Empowerment* realizado no Maranhão, e nas contribuições do enfermeiro no pré-natal para o incentivo ao empoderamento feminino no processo de parturição natural, sob a ótica da gestante. Identificou que o que ocorre nas ESFs foi considerado como “práticas fragmentadas, refletindo ausência de diálogo entre gestante e profissional e não oferecendo o conhecimento suficiente para o preparo do exercício da autonomia feminina”⁹⁴.

Os cognemas alocados no QID retratam uma apreciação valorativa atribuída ao protocolo do MS na atenção ao pré-natal de risco habitual, reafirmando sua importância, sua necessidade e a “facilidade” com que norteia a atuação profissional, mostrando-se operacional e prático ao ser aplicado à prática clínica a ponto de fornecer “respaldo”, “segurança” e “amparo”, reafirmados pelos cognemas do QSD.

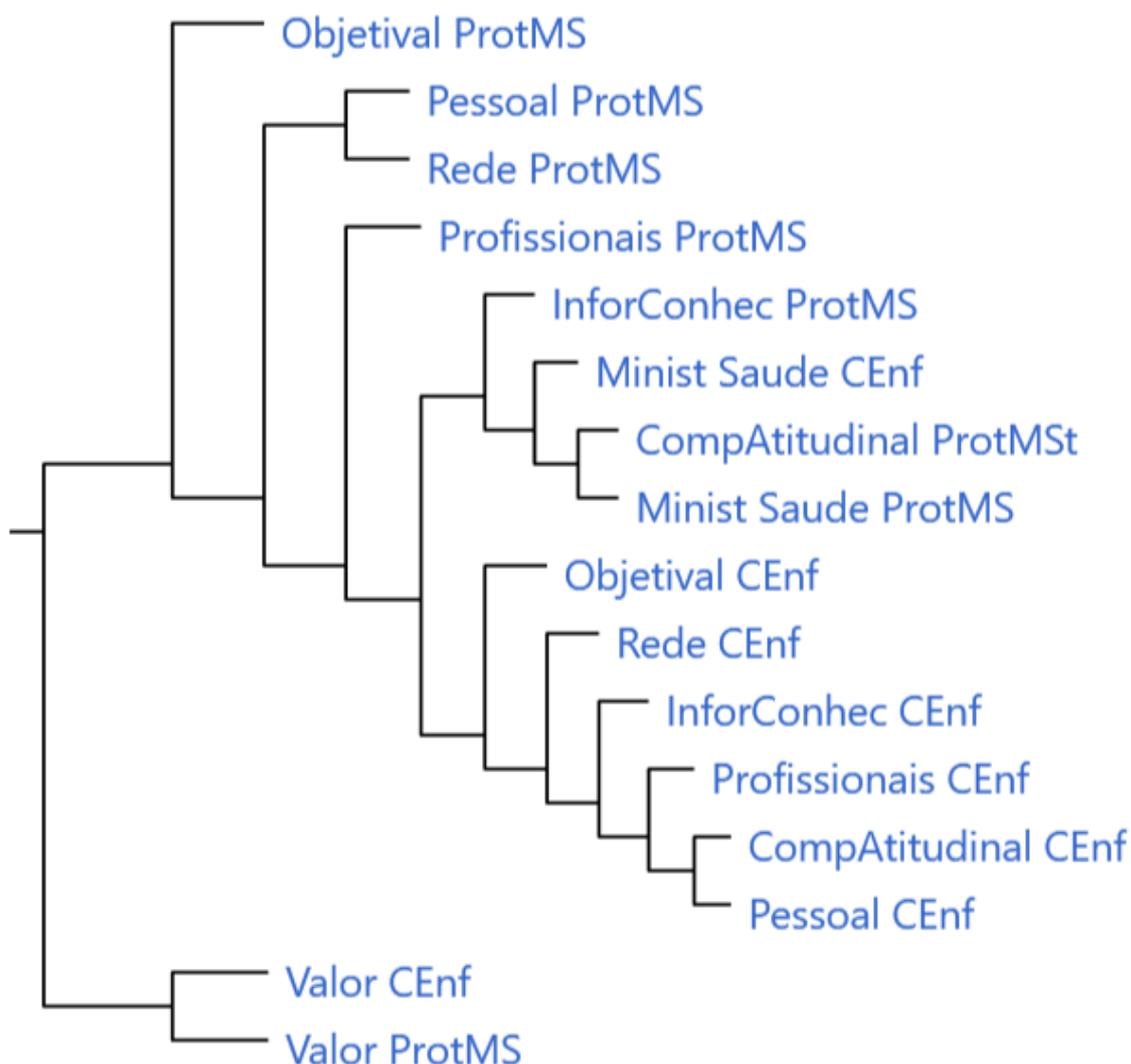
Em uma revisão integrativa realizada nas bases de dados LILACS, MEDLINE, BDNF, SciELO, PubMed e Redalyc, cuja pergunta de investigação foi “Qual a percepção das gestantes quanto à assistência pré-natal prestada pelo enfermeiro?”, identificaram-se como pontos positivos: o acolhimento, o esclarecimento de dúvidas e o estabelecimento de vínculo com os enfermeiros e como pontos negativos: a demora nas consultas e a presença de salas de espera inadequadas para a acomodação das gestantes⁹⁵.

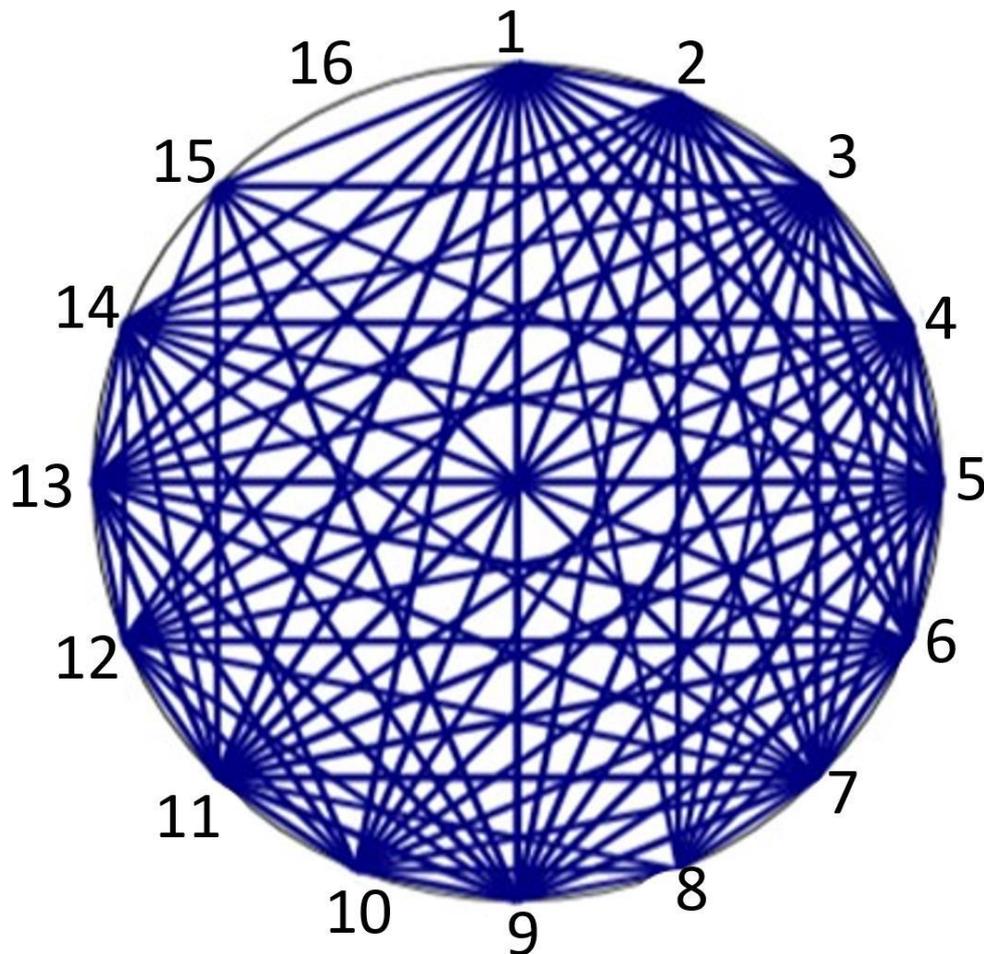
6.2.3 Atendimento de enfermagem no pré-natal de risco habitual na perspectiva do enfermeiro: consulta e protocolo assistencial do Ministério da Saúde

Os conteúdos obtidos a partir de 81 entrevistas individuais realizadas com os profissionais da atenção primária à saúde, reunindo a concepção sobre a consulta de enfermagem e o protocolo assistencial proposto pelo MS para direcionar a atenção ao pré-natal de risco habitual, com a utilização da abordagem processual, permitiram identificar uma categoria que se encontra expressa no dendograma e gráfico de círculo na **Figura 17**.

Figura 17: Representação por dendograma e gráfico de círculo dos fragmentos de discurso dos participantes a respeito da Consulta de Enfermagem e do Protocolo Assistencial do Ministério da Saúde.

Nós em cluster por similaridade de palavra





Legenda

- 1: Dimensão comportamental e atitudinal Consulta de enfermagem
- 2: Dimensão comportamental e atitudinal Protocolo do MS
- 3: Dimensão informativa e cognitiva Consulta de enfermagem
- 4: Dimensão informativa e cognitiva Protocolo do MS
- 5: Origem do Ministério da Saúde Consulta de enfermagem
- 6: Origem do Ministério da Saúde Protocolo do MS
- 7: Dimensão objetival Consulta de enfermagem
- 8: Dimensão objetival Protocolo do MS
- 9: Origem Pessoal Consulta de enfermagem
- 10: Origem Pessoal Protocolo do MS
- 11: Origem Profissional Consulta de enfermagem
- 12: Origem Profissional Protocolo do MS
- 13: Origem da rede Consulta de enfermagem
- 14: Origem da rede Protocolo do MS
- 15: Dimensão valorativa Consulta de enfermagem
- 16: Dimensão valorativa Protocolo do MS

Fonte: Programa NVivoPro 11® (Jun/2019).

Com base na percepção dos enfermeiros sobre a consulta de enfermagem e o protocolo assistencial de pré-natal de baixo risco a partir dos conteúdos discursivos, foi possível identificar duas categorias, a saber: 1) Protocolo assistencial de pré-natal de risco habitual: ferramenta de

padronização de conduta multidisciplinar e 2) Consulta de pré-natal como espaço de atuação do enfermeiro e subjetivação do cuidado à mulher no ciclo gravídico puerperal (**Figura18**).

Figura 18 : Categorias emergentes a partir da percepção de enfermeiros a respeito da consulta de enfermagem e do uso de protocolo assistencial para pré-natal de risco habitual.



Fonte: Dendograma extraído do programa NVivo Pro 11 adaptado pelas autoras para a identificação dos conteúdos emergentes (Jun/2019).

Na categoria intitulada “**Protocolo assistencial de pré-natal de risco habitual: ferramenta de conduta e padronização multidisciplinar**”, discute-se a proposta do MS enquanto diretriz capaz de ordenar a atuação das categorias profissionais em torno de ações programáticas para o atendimento à mulher gestante, sem priorizar nenhuma categoria profissional, mas alicerçada numa abordagem biomédica. Para exemplificar tais conteúdos, constam a seguir fragmentos de discursos:

*É muito bom a questão da gente ter esse protocolo da enfermeira pegar a primeira consulta porque ali ela vai olhar vacina. **E44***

*O acesso da usuária: chegou, positivou, está grávida mesmo, a gente já faz uma consulta de enfermagem e nessa consulta é fornecido o cartão, a primeira rotina e o Sispre natal. **E53***

*Na nossa equipe, trabalha-se assim: é uma consulta comigo e, na próxima, com a médica. **E60***

*[...] quando eu disse no início que eu vou estar classificando, eu inclusive vou saber se ela vai ter o suporte dos pais, se vai ter suporte do parceiro, como que é essa gestante, como que essa gestação caiu para essa gestante. Então, vai ser onde eu vou tá identificando qual abordagem diferenciada eu vou estar usando com ela. [...] Esse diagnóstico até social e vou estar tendo uma visão de como abordar durante a gestação essa paciente.[...] Então a gente tenta fazer essa abordagem multidisciplinar o máximo que a gente consegue, sempre baseado na escuta e pegar os dados que ela traz para mim, esses dados físicos até de documentação, para fazer uma leitura panorama dessa paciente. **E20***

[...] Encaminhei ela pra fazer um acompanhamento psicológico. Também caminhei ela para fazer a caminhada [...] duas vezes por semana, que uma das agentes acompanha com educador físico. [...] Encaminhamos também para o CRAS daqui de cima [...] porque ela

perdeu o trabalho dela. Então, a gente arrumou uma cesta básica pra ela e nós contamos não somente com a rede de apoio, mas aí eu chamei também a irmã dela mais velha e falei "Oh, ela está passando por dificuldades não só financeira, mas também de apoio do familiares envolvidos". E46

Diante do exposto e tendo por base os resultados do quadro de quatro casas (n=81) e os fragmentos de discursos dos participantes (n= 78), foi possível compreender que a representação social sobre "**Protocolo do Ministério da Saúde na Atenção pré-natal de baixo risco**" foi objetivada por dois eixos complementares. Em um desses eixos, estão as ações normativas das práticas sociais exercidas por enfermeiros, cujo processo de ancoragem ocorre por meio das diretrizes ministeriais, de um fluxograma de informações que ordena as atividades das várias categorias profissionais num contexto multiprofissional e que é estruturante para a realização da consulta de enfermagem. Nesse sentido, os cognemas "consulta" e "informação-fluxograma" alocados no QIE reforçam essa concepção.

No outro eixo estruturante da representação, estão o julgamento valorativo do protocolo como sendo (des)atualizado e o "respaldo-segurança-amparo" que ele propicia à prática laboral. A percepção "(des)atualização" atribuída ao protocolo remete a dois perfis de profissionais inseridos na APS. No primeiro grupo, estão aqueles que veem no protocolo uma diretriz completa, inquestionável e perfeita, a ponto de ser intocável – retratam profissionais novíços – iniciantes segundo Benner⁹⁶, que executam suas atividades por regras e modelos. Por isso eles se mostram tarefairos na medida em que sua atuação laboral se faz por meio de regras, tarefas a serem cumpridas e atividades e metas a serem atingidas. Por possuírem esse perfil podem ser considerados indivíduos resistentes à mudança e que executam suas atividades de forma rotineira, avaliando-as como repetitivas, extenuantes, uma vez que não identificam o cerne de sua finalidade profissional.

Cabe mencionar que o julgamento de (des)atualização do protocolo em algumas unidades se deveu a: ele não estar disponível no setor; o profissional estar mais atualizado quando comparado com as condutas e tendências de abordagens terapêuticas e/ou ser conhecedor das evidências recomendadas não as identificando no protocolo, além de encobrir a não adesão para a aplicação do protocolo.

No segundo grupo, estão os profissionais que apresentam críticas ao protocolo do MS ou o analisam na perspectiva de identificar o quanto ele retrata sua prática executada/idealizada. Por isso, eles fazem um julgamento do protocolo como algo que está desatualizado porque veem nele algo que não contempla a extensão de sua atuação, nem identificam respaldo necessário estruturante para sua prática laboral. São capazes de atuar de forma a responder a demandas acessando conhecimento e adaptando-os aos princípios e evidências científicas.

Nesses casos, é possível identificar profissionais cujo perfil é o de pessoas críticas, reflexivas e que buscam os alicerces teóricos, conceituais e filosóficos como formas para explicitar e embasar sua prática com a gestante/o conceito/o companheiro dela.

Entre as críticas apresentadas ao protocolo estão o fato de ele: estar estruturado no modelo biologicista, hospitalocêntrico e a articulação das ações profissionais não se alicerça em uma perspectiva interdisciplinar, reservando exclusivamente à equipe de enfermagem o compromisso de construção e estabelecimento de vínculo e não comprometendo de forma explícita que outras categorias participem dessa construção.

O protocolo do MS, na percepção de algumas participantes, é ancorado no respaldo e na segurança que fornece no que tange à possibilidade de execução de algumas atividades técnicas a exemplo da solicitação de exames e prescrição de determinados medicamentos.

O reconhecimento da importância do protocolo é retratado pelos sentidos atribuídos ao mesmo: facilitar sua atuação profissional; ser aplicável e operacional à prática; conter detalhamento e ser completo. Porém cabe mencionar que há uma crítica velada a ele retratada pela expressão “ser longo”, o que pode ser utilizado para justificar o fato de ele ser incompatível com sua aplicação na prática, segundo a perspectiva de subgrupo entre os participantes. A divergência desses dois posicionamentos revela a possibilidade de zona muda, requerendo aprofundamento a partir de abordagem metodológica específica^{97; 98; 99}.

Na categoria intitulada “**Consulta de pré-natal como espaço de atuação do enfermeiro e subjetivação do cuidado à mulher no ciclo pré-natal**”, são abordados conteúdos referentes a uma prática profissional que, podendo utilizar o uso de roteiro norteador para a realização da consulta de enfermagem, é capaz de empregar estratégias que favoreçam o acesso das usuárias ao serviço, identificar necessidades humanas e estabelecer uma relação interpessoal que permite ao enfermeiro acessar a subjetivação das usuárias a ponto de possibilitar a construção de vínculo com as mesmas. Para exemplificar tais conteúdos, constam a seguir fragmentos de discursos:

Olha eu pensei bem e eu falei para ela "Vamos caminhar, liberar serotonina, vamos ver o que a gente dá conta. Quando a gente não dá conta, tudo bem, antes a gente tenta todas as possibilidades naturais que a gente tem, por exemplo, vir aqui conversar. Eu vou te ouvir e tudo mais. Você vai caminhar, você vai ocupar sua mente, fazer alguma coisa que você gosta". Aí, depois ela chegou aqui para mim e me disse "Eu resolvi que eu não vou tomar psicotrópico. Eu vou dar conta de mim. Eu não quero tomar. Eu nunca precisei". Então, isso vai superando, sabe? E elas falam isso "Eu não tenho toda essa liberdade para falar com a doutora, mas com você a gente senta aqui e fala (...)". **E48**

Então são situações que a gente vê e, quando você está aqui na consulta, você não tem essa noção; então a gente tem muito essa preocupação também, às vezes, de fazer visita domiciliar à gestante. Marcar de fazer uma visita para a gente ver muitas vezes o porquê que

essa demanda tem vindo; essas queixas... principalmente aquelas gestantes que trazem queixas muito inespecíficas, a gente tem o hábito. E20

Se você ficar muito presa no tempo, você não dá um atendimento de qualidade. [...] a enfermagem, na minha opinião, ela ficou mais próxima do usuário. E41

E eu acho que a enfermagem abraça com muito carinho isso, até por essa questão das orientações. E55

São crianças que, às vezes, eu acompanhei na puericultura, né, e hoje são mães. [...] o pré-natal traz isso: essa proximidade das famílias. E58

Na época que eu formei, a gente não fazia pré-natal, né? Na medida que o tempo foi passando, que a gente teve essa possibilidade. Então, eu acho uma conquista profissional. Eu tenho muito prazer de fazer o pré-natal, principalmente quando eu faço até o final e, quando o neném nasce e a mãe vem e correu tudo bem, é uma satisfação muito grande! E37

Diante do exposto e tendo por base os resultados do quadro de quatro casas (n=81) e os fragmentos de discursos dos participantes (n= 78), foi possível compreender que a representação social sobre **consulta de enfermagem** foi objetivada pelo cuidado/assistência e pelo processo de obtenção de informações e ancorada no cotidiano, nas relações interprofissionais, na convivência com usuárias/ companheiros e no protocolo do MS. A consulta de enfermagem foi caracterizada como uma prática complexa, de caráter técnico preventivo, na qual é atribuída valorização, na medida em que o exercício laboral agrega autonomia a partir de um processo dicotômico expresso pela possibilidade de: 1) exercer intervenções terapêuticas com gestantes/conceito/companheiro (QSE) – por meio do uso de técnicas semióticas, técnicas relacionais e solicitação de exames, esta última desde que atrelada ao protocolo institucional e 2) criar um espaço de atuação para acolhimento e de formação de vínculos pessoais e institucionais (QSD) – resgatando a dimensão humanística e singular do cuidado. Tais concepções, quando aproximadas e analisadas, permitem inferir sobre o processo de fragmentação do ser enfermeiro a partir da ação-intervenção e do ideário filosófico de sua essência relacional representada pelo fazer e pelo pensar o cuidado e a enfermagem.

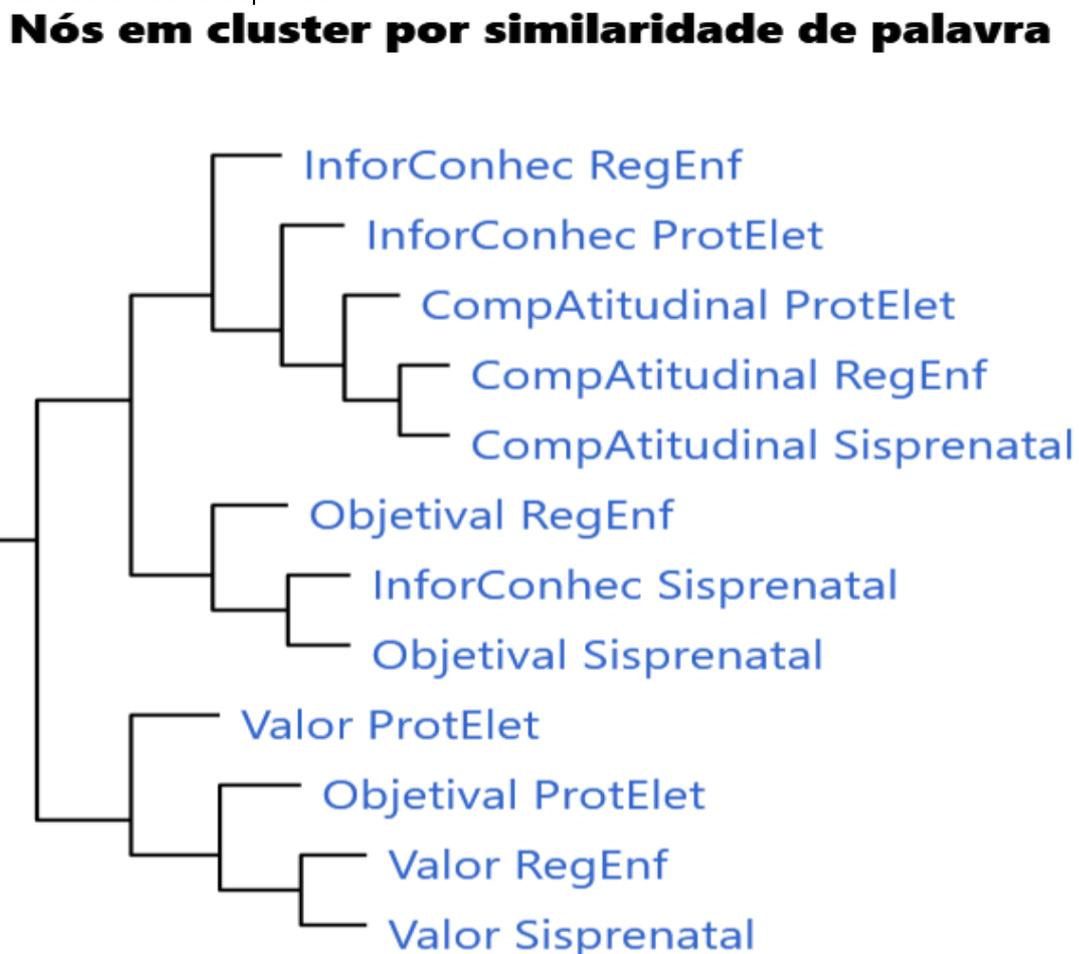
A primeira consulta foi atrelada a uma atividade delegada à enfermagem por requerer tempo e detalhamento no processo de obtenção de informação, sendo sua realização reconhecida como uma conduta de profissionalismo. O perfil perfeccionista peculiar à formação de enfermeiros, quando analisado à luz das condições de trabalho e adjetivação da consulta como complexas-completas, remete de forma implícita à tentativa de justificar a não adesão para o atendimento, na íntegra, do protocolo do MS.

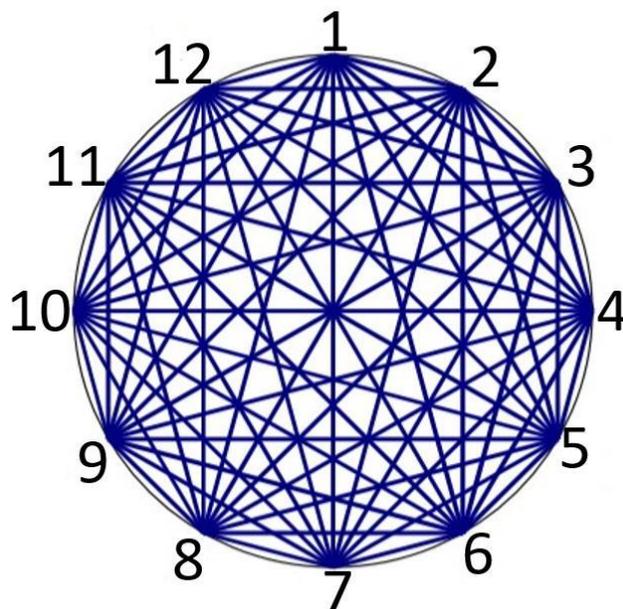
O fato de no QSE estarem alocadas expressões normativas do exercício profissional, quando analisado comparativamente com o conteúdo da primeira periferia (QSE), remete às duas dimensões do exercício profissional destacadas, ou seja, o desenvolvimento técnico e as relações interpessoais.

6.3 ABORDAGENS ESTRUTURAL E PROCESSUAL DA TEORIA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL: REGISTRO DE ENFERMAGEM, PRONTUÁRIO ELETRÔNICO E SISPRENATAL

A seguir, estão apresentados os conteúdos representacionais sobre registros de enfermagem, prontuário eletrônico e Sisprenatal na perspectiva de enfermeiros que atuam na APS, cujas dimensões representacionais estão retratadas pelo dendograma e gráfico de círculo conforme consta na **Figura 19**.

Figura 19: Dendograma e gráfico de círculo sobre as dimensões representacionais do registro de enfermagem, do prontuário eletrônico e do Sisprenatal.





LEGENDA DAS DIMENSÕES REPRESENTACIONAIS A RESPEITO DO REGISTRO DE ENFERMAGEM, DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO E DO SISPRENATAL

- 1: Comportamental- atitudinal Prontuário Eletrônico
- 2: Comportamental- atitudinal Registro de Enfermagem
- 3: Comportamental- atitudinal Sisprenatal
- 4: Informativa- cognitiva Registro de Enfermagem
- 5: Informativa- cognitiva Prontuário Eletrônico
- 6: Informativa- cognitivo Sisprenatal
- 7: Objetival Prontuário Eletrônico
- 8: Objetival Registro de Enfermagem
- 9: Objetival Sisprenatal
- 10: Valorativa Prontuário Eletrônico
- 11: Valorativa Registro de Enfermagem
- 12: Valorativa Sisprenatal

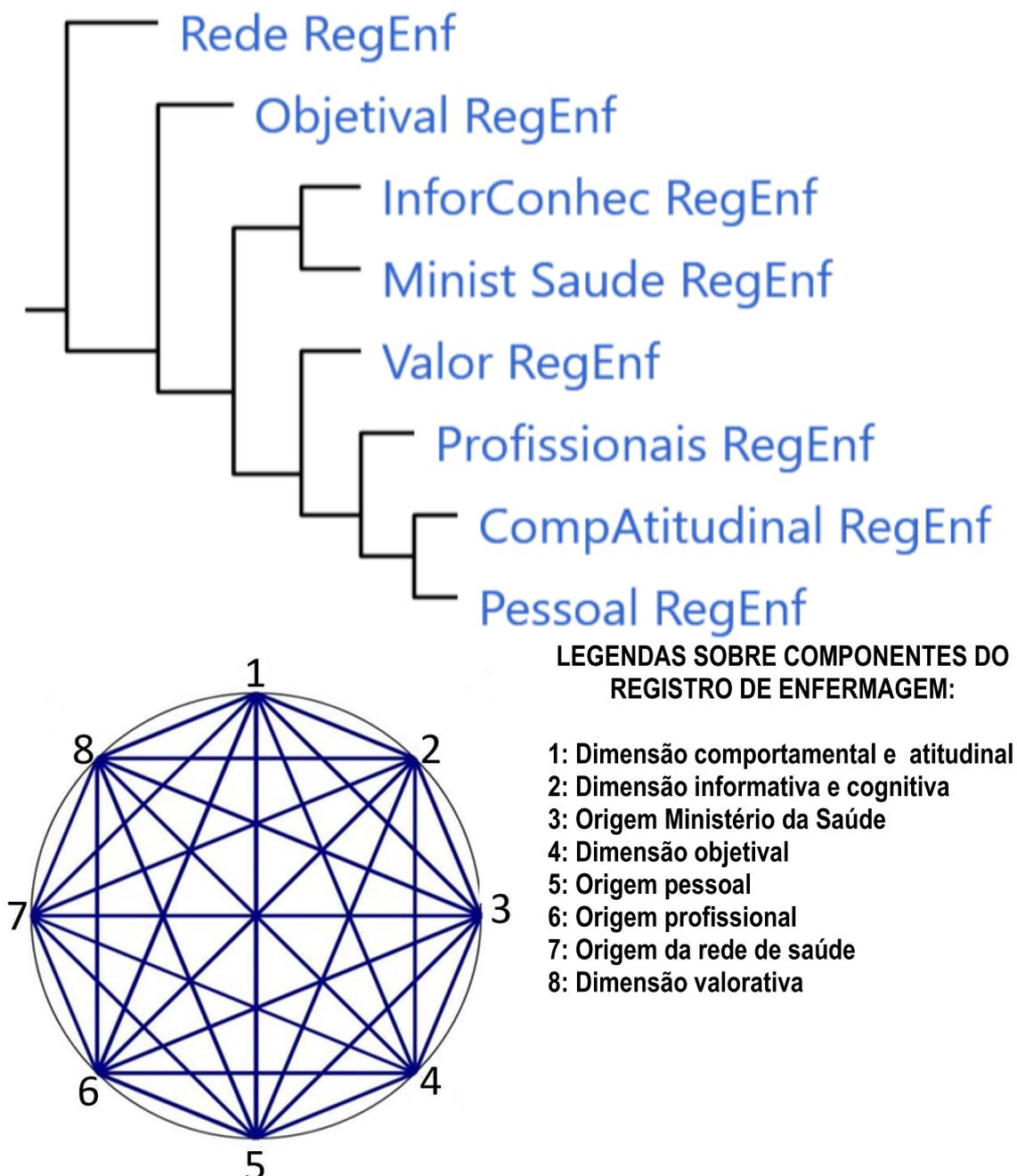
Fonte: Programa NVivo Pro 11 (Jun/2019).

6.3.1 Abordagens estrutural e processual da TRS sobre registros de enfermagem

Os conteúdos obtidos a partir de 81 entrevistas individuais realizadas com os profissionais da atenção primária à saúde, utilizando a abordagem processual a respeito do **protocolo do Ministério da Saúde na atenção ao pré-natal de risco habitual**, estão retratados por meio de dendograma e gráfico de círculo na **Figura 20**.

Figura 20: Representação por dendograma e gráfico de círculo dos fragmentos de discurso dos participantes a respeito dos registros de enfermagem.

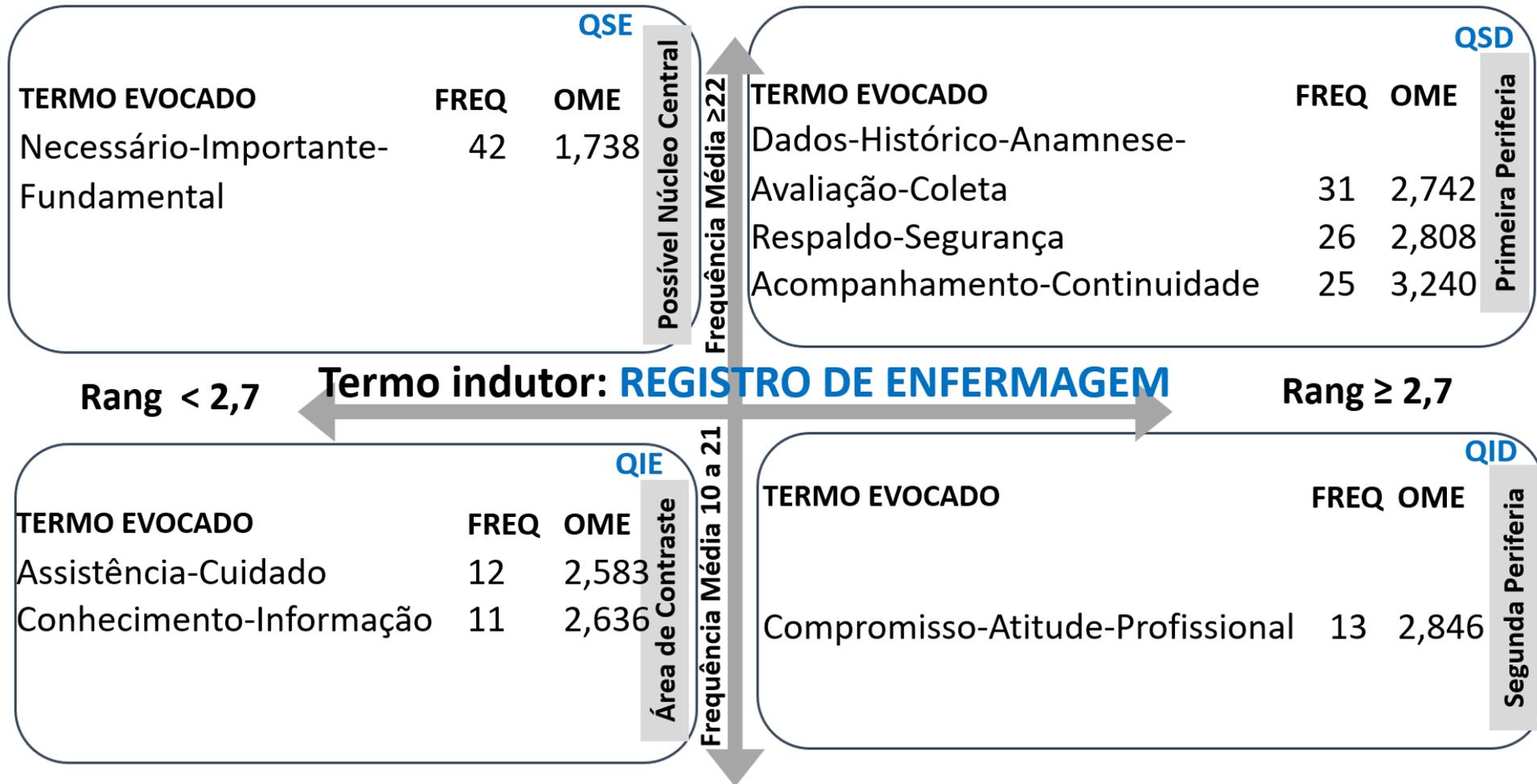
Nós em cluster por similaridade de palavra



Fonte: Programa NVivoPro 11® (Jun/2019).

Os conteúdos obtidos com as abordagens estrutural e processual a respeito da consulta de enfermagem constam a seguir (**Figura 21 e Quadro 4**).

Figura 21: Quadro de quatro casas referente ao termo indutor "Registro de Enfermagem".



Fonte: Programa Evoc (Jun/2019).

Quadro 4: Dimensões e origens representacionais, fontes, número de fragmentos utilizados e fragmentos exemplificativos abordando o registro no pré-natal.

Eixos	Fontes	*	Fragmentos de discursos exemplificativos das dimensões representacionais sobre registro de enfermagem no pré-natal
Dimensão Comportamental e atitudinal	60	192	<p>Quando você veio falar da pesquisa que me acendeu uma luzinha da importância de uma coisa que eu não estou fazendo porque a gente preocupa muito com a parte ética, com a parte do cuidado, com o paciente, né? Ah, se deu algum problema e acontecer um natimorto, um aborto, a gente tem tanta preocupação de vim no prontuário e aí, será que eu fiz tudo certinho, né? Então, assim, a preocupação maior é com o registro do prontuário, mas de Sis prenatal, nunca foi minha preocupação. E12. Eu registrando, identificando todos os dados da paciente, eu consigo facilitar o processo dela em todo o tratamento: na consulta médica, na hora do parto, eles veem a ficha que tem todos os registros da paciente. Eu acho que ajuda bastante. E23. Quanto mais informação melhor porque de repente dá para fazer um link de algo que está acontecendo no final da gestação (...) E36. [...] a cada consulta de pré-natal eu registro no cartão dela, registro no prontuário eletrônico e quando não, eu refaço a redação com a mão e coloco os exames, o ultrassom, o tamanho do feto, peso, as coisas que eu acho mais relevantes. E57. A gente pega as anotações de enfermagem, vê como o enfermeiro fez o pré-natal como é diferente o preenchimento do cartão do que quando um médico preencheu (...) E68. Eu sempre deixo o registro para depois que eu faço o exame físico, que eu faço o atendimento, que eu converso. Isso é meu, é o meu (...), a última coisa que eu faço realmente é o registro. O que, às vezes, eu faço durante o exame físico é alguma coisa que eu posso esquecer, então eu anoto e depois eu passo para a fichinha. Mas normalmente eu dou preferência para o exame físico, para conversar, para a orientação, depois que eu faço o registro. E69</p>
Dimensão cognitiva e informativa	18	37	<p>Não é o caso da minha médica aqui; a minha médica é boa, mas já peguei vários cartões preenchidos por médicos que você não entende nada. E já tive também vários elogios de outros profissionais falando que os cartões da enfermagem são muito melhores preenchidos do que dos profissionais médicos. E15. Ele dá uma sequência cronológica na assistência. E21. Existe um livro de controle de gestantes de cada área e ali constam todos os dados básicos: data da última menstruação, data provável do parto, peso, altura. E53. No dia a dia, o que acontece é o excesso de registro. E70. Quanto mais informação melhor até porque a consulta de pré-natal é compartilhada entre o enfermeiro e o médico. Então, como a cada mês ela está com um profissional; você precisa desses dados registrados. E71. Primeiro que é uma atribuição [...]. E81</p>
**Dimensão Objetiva	30	68	<p>Continuamos na era do <u>papel</u>. O pior tipo de registro é em <u>papel</u>. E10. [...] <u>assistência</u> só se concretiza se ela for registrada. E21. [...] o registro manual nos toma muito <u>tempo</u>. E34. É uma <u>responsabilidade</u> (...) E37. A gente teve <u>respaldo</u> legal que a gente fez a nossa parte. E41. [...] ele pode perder <u>cartão</u>, perder exames e aí, se você tem uma <u>qualidade</u> de registro, vai poder oferecer tudo isso pra ele de novo. E53. Não é nada (...) o registro dos <u>exames</u> prontos, o <u>exame físico</u>, a <u>anamnese</u>, <u>queixa do paciente</u>, se tem necessidade de algum <u>encaminhamento</u> fora da consulta mais o Sis prenatal. E55. [...] no <u>prontuário</u> do paciente, eu faço absoluta questão. E60</p>
Dimensão valorativa	27	63	<p>[...] é importante para o município ter um repasse financeiro e é respeitoso (...) E21. Eu vejo mais facilidade do que dificuldade. Eu acho tranquilo. E39. É antiético você não fazer isso [...] E57. Então, assim, eu acho importante sim, mesmo estar utilizando o sistema, mas a gente ter também um registro físico também. Ajuda muito, tá. E58. O que a pessoa registra, o outro que vem depois vai precisar do registro. Se tiver alguma alteração, não tem como fazer essa avaliação se a pessoa já estava assim. Se ela é hipertensa ou não, se ela tem diabetes ou não, se ela tem anemia ou não. Então, eu acho que é importante. E74. O Programa Saúde da Família começou com uma proposta e hoje começaram a colocar um monte de coisas burocráticas e não aumentaram a equipe, não diminuíram população. Então, a gente foi só levando cargas, cargas, cargas, cargas, cargas, que hoje qualquer folha que a gente tem que preencher é um processo muito ruim para a gente. Seja notificação, seja folha de Sis prenatal, seja folha de atendimento de puericultura, fica muito ruim. São coisas importantes, eu não desmereço a importância da ficha, mas, pela quantidade de demanda que a gente tem, hoje é uma burocracia que passou a meio que ser desnecessária. E79</p>

Continua

Continuação.

Eixos	Fontes	*	Fragmentos de discursos exemplificativos da origem das construções simbólicas sobre o registro de enfermagem no pré-natal
Origem Pessoal	55	152	<p><i>Então eu acho que é importante o registro em todo o ciclo, né, durante a gestação. E04. Como eu estou em uma unidade de formação profissional, eu não faço diariamente o registro. A gente ensina a fazer o registro. Quando o residente vai ser introduzido no cuidado continuado, que ele vai vir para o ciclo do atendimento em si, no consultório, aí a gente passa para ele toda a rotina do pré-natal, da consulta de pré-natal. Então a gente ensina: como preencher; a importância de ser preenchido; os dados que são fundamentais. E09. Fica mais fácil o acesso dessa paciente para ela ser consultada, para ela ser assistida porque os dados são muito importantes. Todos os dados que a paciente te informa é importante a gente anotar, a gente ter em mãos para levar o tratamento dessa paciente, o pré-natal dessa paciente adiante. E23. Todas as informações que eu tenho, eu falo que isso é (...) uma história. Não é o prontuário frio. E48. Agora mesmo, tive uma paciente queixando dor de cabeça (...) falei "Então, vamos correr aqui e olhar os registros, o que a gente registrou (...)" e estava lá, tudo direitinho, atualizadinho. E52. A gente, às vezes, deixa os registros (...) acha que não é importante, mas os registros são de suma importância em todo o trabalho. E62</i></p>
Origem em convivência com/profissionais de saúde	32	65	<p><i>E, assim... não só no Sis prenatal, mas, nas consultas todas do pré-natal, os registros da enfermagem ela é bem mais detalhada que a do médico. E07. Fica mais fechado por área mesmo. Então é até uma dificuldade, que, às vezes, chega enfermeiro novato e fica perdido por essa falta de registro. Até as meninas que chegaram agora, para fazer essa planilha mensal que a gente está tendo que enviar, tem dificuldade. Quem são as minhas gestantes, onde elas estão, quantas são, entendeu? E12. Então, assim, eu visualizo como o enfermeiro tendo um cuidado maior do que o médico nessa parte. Eu acho que fica melhor, mas qualitativo o do enfermeiro. E24. A gente sabe que abortamento infinitas causas existem, mas as pessoas tendem a levar pro lado do profissional, a família "O profissional não olhou". Então, eu acho que, quando o profissional não faz o registro, eu acho uma pena para o usuário, principalmente porque ele pode perder cartão, perder exames e aí, se você tem uma qualidade de registro, vai poder oferecer tudo isso pra ele de novo. Mas eu acho uma perda maior, e eu penso isso muito em mim, a questão da judicialização disso aí. E53. A gente tem que registrar para respaldar toda a equipe. E62. Então, assim, eu percebi aqui que, como a gente tem uma sobrecarga grande, os acolhimentos são diários, todo dia e toda hora, a gente, às vezes, não consegue ter tempo para estar relatando aquilo ali no determinado momento da consulta. E77</i></p>
Origem a partir da Rede de Atenção à Saúde	8	16	<p><i>Eu registrando, identificando todos os dados da paciente, eu consigo facilitar o processo dela em todo o tratamento: na consulta médica, na hora do parto, eles veem a ficha que tem todos os registros da paciente. Eu acho que ajuda bastante E23. [...] aquilo (o registro) é interessante não só para nós futuramente quanto para o pessoal da maternidade. E52. [...] foi um elogio para todos nós, a gente que trabalha com o pré-natal. A qualidade dos registros dos cartões. E58. Essas informações vão facilitar a sua assistência, facilita para a gestante, facilita para o outro profissional que vai também acompanhar essa gestante e não só nós não. Não só o registro no prontuário, mas também no cartão porque pode acontecer dessa gestante precisar ir num serviço de urgência ou se por acaso; se ela muda e vai de um bairro para o outro ou se ela vai de um departamento para o outro. E71</i></p>

Continua

Continuação.

Ministério da Saúde	28	49	<p><i>[...] Se ela recebe (Bolsa Família), aqui a gente já encaminha para o serviço social, porque ela tem direito de receber cadastro também do repelente pela questão do Zika, prevenção do Zika vírus. E04. [...] Especificamente da gestante e do bebê, então isso aí que é o mais importante, seria isso: a qualidade da assistência da gestante e do bebê. E17. [...] o registro é bom porque a gente consegue ter esse feedback. Ah, no início. Qual foi o seu primeiro exame, né? Ou se teve proteinúria, alguma alteração da pressão, então a gente consegue voltar e isso ajuda a gente a tomar decisão. Qual vai ser a conduta a ser tomada. O encaminhamento, o desfecho daquela gestação, então eu acho importantíssimo. E25. A referência é a unidade, então, se você não tem nenhum registro, o que é que você vai falar? Do que ela morreu? Por que que ela morreu? O que aconteceu com ela? E a gente tinha tudo registrado porque ela é hipertensa, ela fez eclampsia, né? E29. Prontuário eletrônico, prontuário físico, livro de gestantes e os impressos do Sis prenatal que vai para a Secretaria de Saúde para ser digitado no site do MS para vir o número do Sis prenatal. E53. Eu anoto tudo o que tem que anotar: os exames, as queixas, qual foi a minha conduta, se eu solicitei exame, alguma orientação. Aí eu registro ali tudo, inclusive que foi agendado o retorno com a médica no outro mês. E60</i></p>
---------------------	----	----	--

Nota das autoras: Quadro elaborado pelas autoras (Jun/2019) a partir de dados extraídos do tratamento de dados do programa NVivo Pro 11.

* Número de Fragmentos de discursos alocados segundo eixo.

**Grifo das autoras.

No QSE, área de alocação do possível núcleo central, para o termo indutor “registro de enfermagem”, foi identificada a expressão “necessário-importante-fundamental”, contextualizada na dimensão valorativa sobre a documentação da prática em prontuário.

No QIE, área de contraste, foram identificados dois grupos de cognemas. No primeiro, há menção a “assistência-cuidado” em relação a conteúdo a ser registrado pela enfermagem, ou seja, aquilo que o profissional realizou como intervenção terapêutica no atendimento de enfermagem e, no segundo grupo, houve a menção ao “conhecimento-informação”, ou seja, as condições prévias para se redigir um registro, uma vez que, sem informações a divulgar, ou sem o conteúdo a ser documentado, não é possível fazer um registro.

Na primeira periferia, QSD, constam três grupos de cognemas, sendo todos eles retratando a dimensão objetiva, a saber: 1) “dados-histórico-anamnese-avaliação-coleta” - esse conjunto de cognemas traduz o processo de obtenção de dados e de avaliação comparativa entre dados coletados antes e depois de intervenções terapêuticas que permitem inferir o quanto a(s) conduta(s) terapêutica(s) foi(ram) ou não alcançada(s); 2) “respaldo-segurança” - trata-se do sentimento de amparo que o profissional fica embuído por documentar sua prática por meio do registro de enfermagem; e “acompanhamento-continuidade” - remete à condição de se assegurar que o cuidado iniciado possa ter prosseguimento, uma vez que os parâmetros que sintetizam o processo saúde-doença foram documentados por meio do registro e podem ser consultados assegurando ao mesmo profissional rememorar o caso ou a outro profissional acessá-los pela leitura dos registros.

Na segunda periferia, QID, ficou alocada a expressão “compromisso-atitude-profissional”, que retrata a dimensão objetiva e remete o reconhecimento profissional que o registro de enfermagem constitui uma recomendação inerente à atuação profissional.

A expressão prontuário, etimologicamente de origem latina (*promptuarium*), é concebida como uma despensa ou um armazém, no qual se deve manter ao alcance das mãos o que é relevante. Em nossa cultura, o prontuário constitui o local destinado a receber os registros das ações profissionais ou os conteúdos que compõem um processo jurídico. No caso do prontuário utilizado na área de saúde, esses registros devem retratar os cuidados prestados por todos os profissionais envolvidos no atendimento e na assistência. Isso equivale a dizer que os registros devem conter uma síntese do estado de saúde-doença da pessoas atendidas, os diagnósticos, intervenções terapêuticas e avaliação do impacto dessas condutas no que se refere a intensidade e extensão dos benefícios, ocorrência de iatrogenia quando em curso ou manutenção das condições de saúde, devendo conter a indicação da data, horário, categoria profissional, nome e assinatura do profissional que documentar sua ação profissional^{100; 101}.

O perfil laboral da atuação de enfermeiros nas instituições de saúde que apresentam internação envolve atendimento continuado nas 24 horas, que é viabilizado pela permuta de informações entre profissionais que se sucedem e se revezam de acordo com escala de serviço e folga para assegurar a continuidade do cuidado. No caso específico da atuação da equipe de enfermagem na APS, o atendimento ocorre em período estabelecido e por meio de encontros que se operacionalizam em consultas realizadas na unidade, visitas domiciliares ou reuniões de grupos, cujos membros apresentam situações afins ou similares que permitem a realização do processo de acompanhamento do estado de saúde de um grupo de pessoas adstritas à unidade.

No caso do atendimento da mulher no período grávido-puerperal, a meta é promover o acompanhamento da gestante e de seu conceito para assegurar que esse período transcorra com normalidade, permitindo que, em caso de alterações, elas sejam identificadas precocemente e sejam acompanhadas pela conduta de encaminhamento da gestante para um nível de complexidade que seja resolutivo para as demandas emergentes. Na rotina de uma UBS, as gestantes são agendadas para atendimento a fim de que, nesses encontros ou quando sentirem necessidade de atendimento, possam receber acolhimento, orientações, intervenções terapêuticas e encaminhamentos de que necessitem para se sentirem e ficarem seguras e confiantes, vivenciando essa fase com tranquilidade.

Nesse sentido, o acompanhamento de uma gestante deve ser monitorado com periodicidade prevista em protocolos, e todas as informações que possam sumarizar seu estado de saúde e de seu conceito necessitam ser compartilhadas com a equipe de saúde para que qualquer um dos profissionais disponha das informações necessárias para dar continuidade ao seu atendimento. Essas informações ficam documentadas por meio do registro realizado em prontuário, sendo sua precisão condição indispensável para a garantia do processo de cuidar.

Em um estudo realizado na região Norte, que avaliou os indicadores de atenção preconizados pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), a Rede Cegonha e a adequação destes nos atendimentos de pré-natal realizados na ESF em Gurupitô, foi identificada a necessidade de que os registros profissionais sobre a assistência de pré-natal sejam mais acurados, bem como de se criar estratégias que possam captar precocemente gestantes para os cuidados de pré-natal⁹¹.

Na avaliação da assistência a pré-natal no Estado de São Paulo, foi identificado que, embora o sub-registro seja uma realidade, os registros realizados em prontuários são considerados fontes relevantes de informações para investigações, estão de acordo com as recomendações dos órgãos de classe e os códigos de deontologia. Além disso, possibilitam a documentação da assistência prestada, o que constitui uma estratégia comunicacional

interdisciplinar e legal, que alicerça a realização de auditorias, tornando-se base de informações legais em processos na medida em que documentam o cuidado prestado e possibilitam aos usuários dos serviços de saúde uma síntese de sua história de saúde-doença e atendimento¹⁰².

Para facilitar o entendimento e consulta rápida na área de saúde, o Cofen emitiu a Resolução nº 514/2016 com vistas a direcionar o registro da prática de enfermagem no prontuário do paciente que é compartilhado com a equipe de saúde, padronizar e assegurar que conteúdos concisos mais significativos para retratar a situação da pessoa cuidada sejam contemplados, uma vez que se trata de “acervo documental padronizado, organizado e conciso referente ao registro dos cuidados prestados ao paciente por todos os profissionais envolvidos na assistência”.^{101:p.9}

Tal padronização pelo Cofen do registro de enfermagem é razão que justifica a expressão de cognemas contidos no possível núcleo central (QSE) que retrata um julgamento de valor com teor positivo ao mencioná-lo e, devido a sua obrigatoriedade, pode ser compreendido como uma possível zona muda a ser investigada^{82; 83; 97}.

A zona muda consiste em “espaços de representações que, embora sejam comuns a um determinado grupo e nele partilhadas, não se revelam facilmente [...], pois são consideradas como não adequadas em relação às normas sociais vigentes” por conterem estereótipos negativos e preconceitos reconhecidos e compartilhados que tendem a ser ocultados, mascarados ou que se mostram de forma indireta segundo o contexto normativo, sendo recomendado por Abri o uso da “técnica de substituição, na qual os sujeitos podem responder como outros o fariam”.^{44;46}

O registro em prontuário, além de constituir conteúdo relevante para a estruturação do cuidado de enfermagem, tem o seguinte fim:

[...] 1 Partilha de informações: estabelece uma efetiva comunicação entre a equipe de enfermagem e demais profissionais envolvidos na assistência ao paciente; [...] 2 Garantia de qualidade: serve como fonte de subsídios para a avaliação da assistência prestada (comitê interno hospitalar); [...] 3 Relatório permanente: registro escrito em ordem cronológica da enfermidade de um paciente e dos cuidados oferecidos, desde o surgimento do problema até a alta/óbito/transferência hospitalar; [...] 4 Evidência legal: documento legal tanto para o paciente quanto para a equipe médica e de enfermagem (e outros), referente à assistência prestada. Cada pessoa que escreve no prontuário de um paciente é responsável pela informação ali anotada; [...] 5 Ensino e pesquisa: os registros do paciente contêm um grande número de informações e podem constituir uma fonte alternativa de dados; [...] 6 Auditoria: refere-se à análise das atividades realizadas pela equipe de enfermagem por meio do prontuário do paciente.^{103:8-9p}

A análise dos registros que constam do prontuário da mulher que se encontra no período gravídico-puerperal perpassa por critérios como as recomendações contidas na Resolução nº 514/2016; nos conteúdos mencionados e na forma utilizada para operacionalizar os registros.

Para realizar o registro de uma prática profissional, há necessidade de se ter conteúdo informativo para proceder ao registro em prontuário, ter apropriação, diretividade e foco para definir o que buscar de informação, sabendo-se que essa atividade requer habilidades e competências comunicacionais, cognitivas e relacionais cuja influência advém da experiência profissional e da formação básica e continuada^{104; 105; 106; 107}. Assim, justifica-se a menção à expressão contendo os cognemas “conhecimento-informação” no QIE.

Cabe considerar que tanto o conteúdo a ser registrado quanto as especificidades de um dado contexto são reunidos no QSD na expressão “histórico-anamnese-avaliação”, por meio da utilização de estratégias de recolha de informações. Foram cognemas agrupados nessa expressão, além dos mencionados, “dados” e “coleta”.

A forma de orientar o cuidado profissional, documentar a prática e sistematizar o processo de trabalho é operacionalizada por meio do processo de enfermagem, atividade privativa do enfermeiro, que deve liderar sua execução e avaliação quando realizada no contexto das instituições hospitalares⁸³. Entretanto, nas ocasiões em que esse processo é executado “em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias”, ele passa a ser denominado de Consulta de enfermagem. O processo de enfermagem deve constituir estratégia intencional e sistematizada de todo cuidado que é prestado independentemente do cenário em que ele ocorrer, sendo operacionalizado por meio de cinco etapas conectadas, interdependentes e que se repetem: 1) coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem; 2) diagnóstico de enfermagem; 3) planejamento de enfermagem, 4) implementação e 5) avaliação de enfermagem.^{83:2-3p}

O fato de os conteúdos das evocações desencadeadas a partir do termo indutor “registro de enfermagem” alocadas na primeira periferia fazerem menção à primeira e última etapas do processo de enfermagem, ou seja, retratarem o cuidado profissional, foi concebido a partir da busca de informações sobre as respostas humanas em “um dado momento do processo saúde e doença” e como uma “verificação de mudanças nas respostas [...] para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado e verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de enfermagem”^{83:2-3p}. As duas etapas do processo de enfermagem mencionadas no QSD, no idioma inglês, possuem o mesmo termo para retratá-las, *assessment*, o que pode ser interpretado como a obtenção de informações para iniciar a estruturação do cuidado de enfermagem e para avaliar e reajustar as condutas terapêuticas respectivamente.

A presença do cognema “respaldo-segurança” está em conformidade com o conteúdo do Art. 6º da Resolução nº 358/2009, que menciona que a “execução do processo de

enfermagem deve ser registrada formalmente”, havendo quatro considerações documentadas, a respeito dos conteúdos a serem registrados:

- 1) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; 2) os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; 3) as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados; e 4) os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.^{83:3-4p}

Cabe acrescentar que, ao analisar os respaldos técnicos, legais e operacionais que subsidiam as ações profissionais e seus respectivos registros, faz-se necessário recorrer às seguintes legislações: 1) Código de Processo Civil¹⁰⁸, Código Civil brasileiro¹⁰⁹ e Código Penal¹¹⁰, que considera qualquer declaração registrada como parte de prova processual e cujo teor poderá ser questionado quando contiver rasuras, borrões ou cancelamentos; ou identifica qualquer malefício intencional, decorrente de omissão, negligência ou imprudência que fira o direito alheio ou que retrate qualquer ato ilícito ou do qual decorra um ato indenizatório ou ainda cuja ação laboral tenha caráter culposo ou doloso respectivamente; 2) Código de defesa do consumidor, que se refere ao direito inalienável de qualquer consumidor de serviços prestados em seu artigo sexto; 3) Lei nº 7.498/1986, que dispõe sobre o exercício profissional remetendo aos direitos, responsabilidades, deveres e proibições⁸²; 4) Decreto nº 94.406/87¹¹¹, que dispõe sobre o exercício profissional, tornando algumas etapas do processo de enfermagem como privativas do enfermeiro; 5) Resolução COFEn nº 564/2017, que aprova o Código de Ética dos profissionais de enfermagem, que detalha a necessidade de identificação profissional completa em caso de atividade decorrente do exercício laboral, assim como os conteúdos que devem constar dos registros de enfermagem (a exemplo do nome completo, registro no conselho de classe, explicitação da categoria profissional, assinatura reconhecida quando rubricada e carimbo) e aborda a certificação digital em caso de uso de prontuário eletrônico⁸⁴.

O cognemas “acompanhamento-continuidade” retratam a avaliação de quanto os resultados esperados foram ou não alcançados e se há ou não necessidade de reajustamento ou adaptação em alguma etapa do processo de enfermagem e se tais resultados decorrem das ações ou intervenções terapêuticas implementadas⁸³.

Cabe mencionar que fragmentos de discursos dos participantes corroboram com as dificuldades identificadas para operacionalizar os registros do cuidado no período gravídico-puerperal pela equipe de saúde. Entre os motivos mencionados, estão: ausência ou incompletude dos registros a ponto de comprometer a qualidade dos mesmos; o ato da categoria médica de delegar a primeira consulta para que ela seja executada pela enfermagem, tendo em

vista requerer documentação inicial extensa e detalhada sobre o caso; a sobrecarga de atividades, a dificuldade de se ter foco para sumarizar as informações consideradas mais relevantes; a incompatibilização do tempo para detalhar os registros, a falta de tecnologia para agilizar sua realização.

Na prática clínica dos participantes foi identificada divergência entre a apreciação valorativa a respeito dos registros de enfermagem e sua execução ou completude nos prontuários de gestantes. Tal fato é corroborado com um estudo realizado em 15 municípios do Paraná, sendo possível identificar os procedimentos realizados durante a consulta pré-natal em maior frequência (aferição da Pressão arterial) e os de menor frequência (ausculta do BCF; mensuração da AU; avaliação de edema em MMII e verificação da posição). Ao serem avaliados comparativamente com os registros realizados pela equipe de saúde, evidenciou-se que, para todos os procedimentos, houve sub-registro por parte dos profissionais de saúde das UBSs¹¹².

Tais situações foram corroboradas com alguns estudos que abordaram o registro do cuidado no pré-natal e/ou puerpério, a saber: 1) Estudo com a participação de 95 gestantes, que buscou identificar os elementos constituintes da consulta de enfermagem no pré-natal, mostrou que a consulta priorizou procedimentos técnicos com solicitação de exames; prescrição de ácido fólico e sulfato ferroso; esteve presente o diálogo com o profissional para abordagem de orientações e aconselhamento de como conduzir melhor a gestação com ênfase no autocuidado de forma a contribuir para autonomia e responsabilidade em parceria com o profissional de saúde¹¹³; 2) Em um estudo realizado com 13 gestantes em uma cidade de Minas Gerais, foi possível identificar que as gestantes perceberam a necessidade de os enfermeiros melhorarem a assistência às gestantes no sentido de reforçar as ações educativas e favorecer a criação de vínculo delas com o serviço de saúde¹¹⁴ e 3) Estudo descritivo em que participaram 113 gestantes em pré-natal oriundas de três unidades de saúde de distritos de São Luís avaliadas por 12 meses (2017-2018) evidenciou que o registro dos procedimentos básicos realizados pela gestante durante o pré-natal apresentou inadequação no que tange a ausência ou incompletude de informações de procedimentos/conduas clínico-obstétricos (36,3%)¹¹⁵.

No caso dos registros de pré-natal e puerpério, eles devem contemplar as peculiaridades de uma abordagem ao binômio materno-fetal. Por isso, ao mencionar os registros, está implícito informar o tempo de atuação laboral, o tipo de experiência vivida e a formação básica ou adicional acessada, fato que justifica o surgimento dos conteúdos sobre a assistência e sobre o cuidado conforme mencionado no QIE.

Considerando todos os participantes fizeram formação continuada na modalidade de pelo menos uma pós-graduação *lato sensu* do tipo especialização ou residência na área de ESF

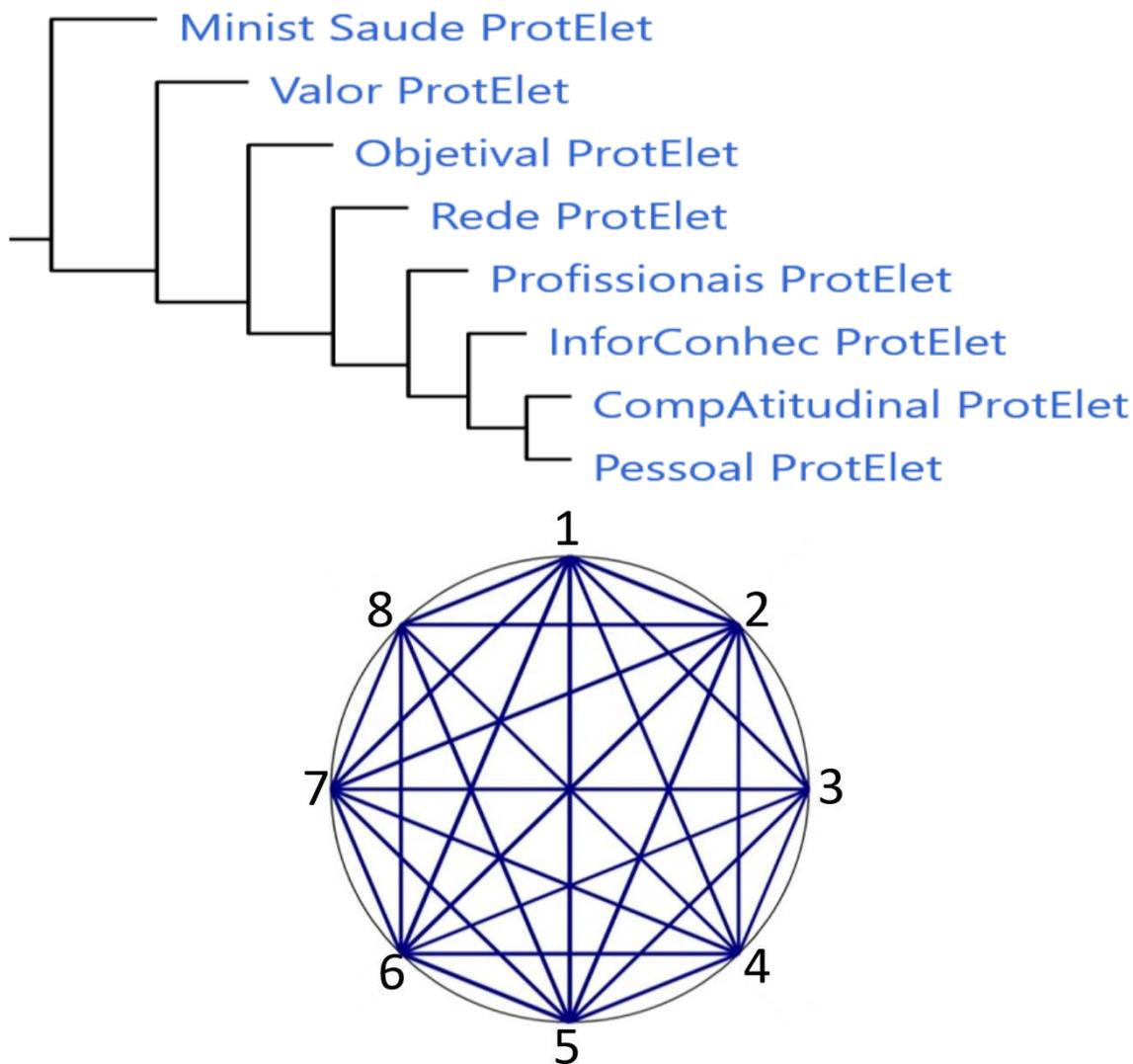
e que, nessa formação, são discutidos formalmente os conteúdos que favoreçam a compreensão sobre quais são as informações que estruturam a realização de uma consulta de enfermagem, foi identificado um modelo utilizado na UMA-SUS como proposta de instrumento de coleta de dados que norteia o atendimento de mulheres a partir de quatro blocos de conteúdos, a saber: 1) identificação da UBS; 2) organização do atendimento à demanda das ações programáticas de saúde da mulher no pré-natal; 3) aferição sobre o preenchimento de 11 ações programáticas contidas no Caderno de Ações programáticas, a saber: total de gestantes, adequação do dia da consulta de acordo com o calendário do MS, momento de início do pré-natal, exames laboratoriais solicitados na primeira consulta, estado de vacinação para antitetânica, hepatite B, prescrição de suplementação de sulfato ferroso; quantitativo de exames ginecológicos segundo o trimestre; avaliação da saúde bucal e orientação para aleitamento exclusivo¹¹⁶ e 4) fonte (prontuário do paciente; prontuário odontológico, formulário especial do pré-natal, registros de vacinas ou outras fontes) de onde foram extraídas tais informações.

6.3.2 Abordagens estrutural e processual da TRS sobre prontuário eletrônico na APS

Os conteúdos obtidos a partir de 78 entrevistas individuais realizadas com os profissionais da atenção primária à saúde, utilizando a abordagem processual a respeito do prontuário eletrônico na APS, estão retratados por meio de dendograma e gráfico de círculo na **Figura 22**.

Figura 22: Representação por dendograma e gráfico de círculo dos fragmentos de discurso dos participantes a respeito dos **prontuário eletrônico**.

Nós em cluster por similaridade de palavra



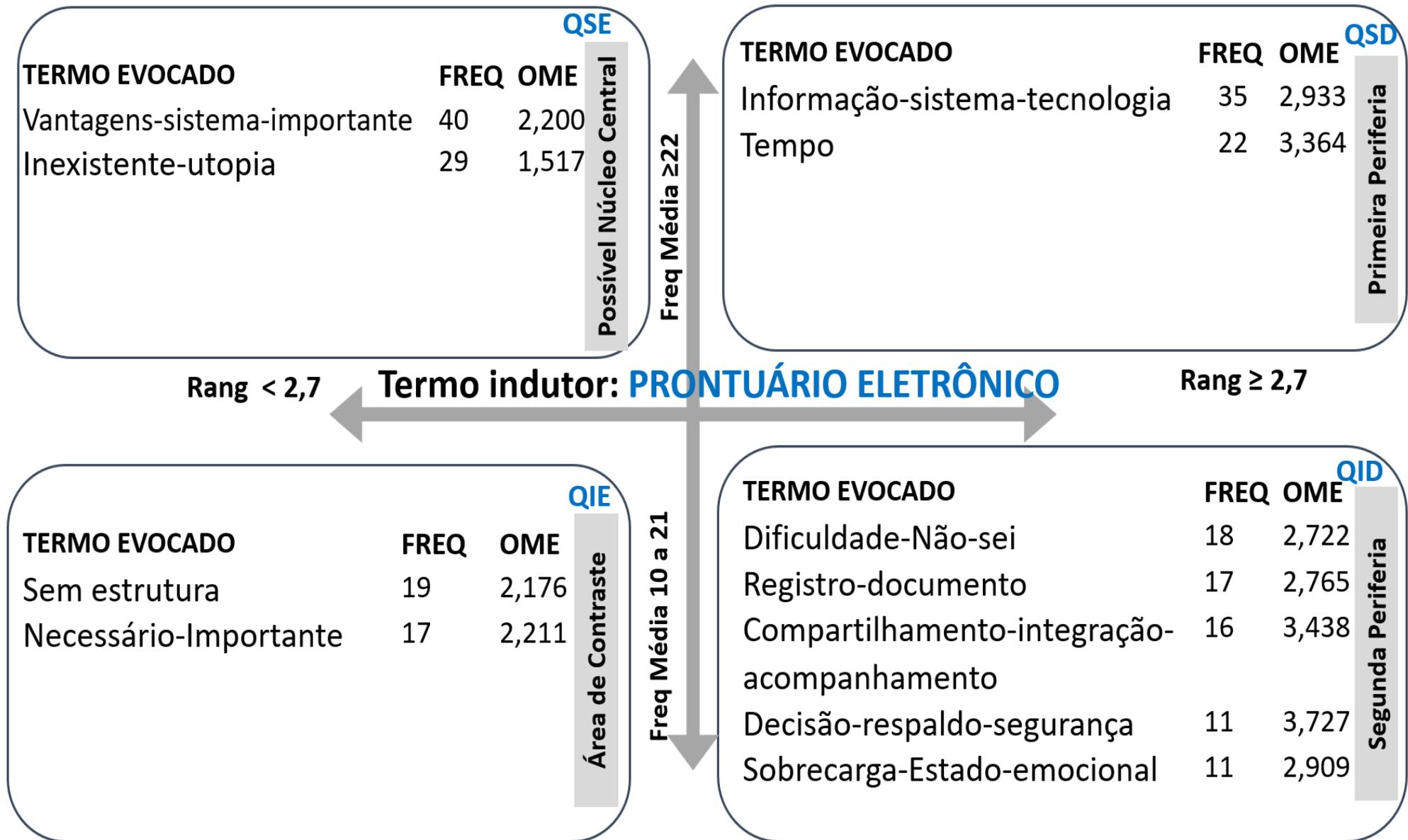
LEGENDAS SOBRE COMPONENTES DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

- 1: Dimensão comportamental e atitudinal
- 2: Dimensão informativa e cognitiva
- 3: Origem Ministério da Saúde
- 4: Dimensão objetival
- 5: Origem pessoal
- 6: Origem profissional
- 7: Origem da rede de saúde
- 8: Dimensão valorativa

Fonte: Programa NVivoPro 11® (Jun/2019)

Os conteúdos obtidos com as abordagens estrutural e processual a respeito do prontuário eletrônico constam a seguir (**Figura 23 e Quadro 5**).

Figura 23: Quadro de quatro casas referente ao termo indutor "Prontuário Eletrônico".



Quadro 5: Dimensões e origens representacionais, fontes, número de fragmentos utilizados e fragmentos exemplificativos abordando o “prontuário eletrônico”.

Eixos	Fontes	*	Fragmentos de discursos exemplificativos das dimensões representacionais sobre prontuário eletrônico
Dimensão comportamental e atitudinal	33	78	<p>[...] Às vezes, você não tem acesso àquele malote no momento em que você precisa e, se fosse tudo computadorizado no sistema, eu acho que seria tudo mais fácil. O que não acontece na nossa unidade ainda e que eu não sei quando, né, que eu achei que com a nova reforma a gente teria acesso ao sistema e não tivemos ainda. E10. [...] então a gente realmente ainda está muito apegada com a questão de papéis. Infelizmente o prontuário eletrônico ele não gera para mim o cadastro do Sis prenatal. Vai caminhar para isso. Isso é uma proposta do Ministério e a gente tem escutado isso da Secretaria, que nós vamos conseguir. E20. [...] no geral, a gente consegue estar fazendo esse registro anotando direitinho no prontuário eletrônico na maioria das vezes. Com exceção de um dia ou outro, que a internet está ruim, às vezes, atrapalha um pouco o trabalho. E27. Nós registramos o atendimento da gestante no E-SUS, mas a ficha de Sis prenatal ainda é por meio físico. Isso acaba gerando uma repetição de trabalho, né? E32. Eu acho que isso, se a gente tivesse um prontuário eletrônico, a gente não precisaria ficar mandando para lá e para cá, entendeu? E48. Eu acho que isso trouxe também uma certa (...) passando um pouco a responsabilidade também, né. Se tem uma gestante; se tem um sistema que funciona, está aqui que é o E-SUS. Às vezes, a pessoa vem aqui para fazer um trabalho e não consegue os registros, eu me sinto mal. E58. Então, assim, eu faço a questão do E-SUS, mas se toda consulta eu for imprimir uma folha do E-SUS, o prontuário está ficando monstruoso. E60</p>
Dimensão cognitiva e informativa	17	28	<p>Parece que tem versões do E-SUS que já contemplam essa informação direto do Sis prenatal. E32. Como existe prontuário eletrônico e ele é ligado ao MS, eu penso que o número poderia ser gerado ali na hora, mas eu acredito que deve ter motivos pra que esse número não seja gerado na hora. Os funcionários da Secretaria de Saúde que trabalham com isso falam que futuramente Bolsa Família, Sis prenatal, SISVAN (...) o SISVAN já foi integrado. E53. [...] as gestantes nossas que vão lá para o alto risco; as informações que a gente consegue ter é a gestante que traz. E60. O que facilita é o E-SUS, o prontuário eletrônico, porque a gente também não precisa (...) por ter diminuído a ficha do Sis prenatal, já facilitou pra gente porque é menos papelada que a gente tem que preencher [...] E69. O prontuário eletrônico eu não sei se facilita ou não. Sinceramente porque eu não sei o que tem no prontuário eletrônico. E75. Então, o prontuário eletrônico é muito mais fácil, prático de você manusear, mas nem todo profissional tem essa abertura para isso. Isso não só com o prontuário eletrônico (...), com a vacina no SIPNI [...]. E81</p>
**Dimensão Objetiva	14	24	<p>[...] o nosso <u>sonho</u> de consumo é que o Sis prenatal seja vinculado ao E-SUS e é um projeto que está em trâmite [...] E04. Eu acho que potencializar isso mesmo é a disponibilidade da <u>informação</u>. E31. [...] <u>tempo</u> [...] <u>computador</u> [...] <u>dados</u> [...] <u>história</u> [...] falta <u>estrutura física</u> dos postos de saúde [...] a <u>internet</u> é ruim [...] E63. Eu gosto da <u>tecnologia</u> [...]. E80</p>
Dimensão valorativa	14	22	<p>Talvez se fosse pelo prontuário, seria mais fácil. Abria uma página, que a gente pudesse ir ali e já enviar...e não é! Você tem que preencher papel! E08. Acho que, quando for uma coisa mais informatizada, talvez vá ficar melhor. E11. Eu acho muito bacana! Eu acho que os bancos de dados, principalmente on-line, eles fazem com que todo mundo se comprometa com a assistência. E21. Então, assim, eu acho que seria melhor se a gente realmente tivesse o prontuário eletrônico e a gente já cadastrasse essa gestante porque o formulário vai, depois ele volta. E54.</p>

Continua

Continuação

Eixos	Fontes	*	Fragmentos de discursos exemplificativos da origem dos conteúdos representacionais sobre prontuário eletrônico
Pessoal	37	81	<i>[...] Aí entra o prontuário eletrônico porque, com a sequência do prontuário eletrônico, você consegue fazer o passo a passo dessa gestante. Você consegue olhar e ler do médico, desde a primeira consulta até a última. Ele consolidou todos os dados do profissional. Qualquer profissional, você consegue visualizar: o médico, o enfermeiro, está ali digitado. E13. [...] É um instrumento muito bom, muito legal, mas que demanda tempo. Seria muito bom se fosse informatizado. Você iria só acrescentando dados do registro manual. Mas até para a gente fazer um relatório; puxar dados aqui; quem é nossa gestante. E19. Então eu acho que inova; é algo que a gente sempre sonhou de ter acesso a esse prontuário do paciente. E20. [...] Eu gostei muito da adesão do prontuário eletrônico, apesar de eu ter sido muito resistente, mais por conta do espaço físico. E21 Então, assim, eu acho que seria melhor se a gente realmente tivesse o prontuário eletrônico [...] E54. [...] poderia ser muito melhor se ele fosse on-line. E57. [...] a queixa do paciente, tem esse CIAP que a gente acompanha aí. Tem umas coisas que não encaixa. Eu sinto falta (...). Eu acho que não encaixa não. Falta mais situações [...] E60</i>
Profissionais de saúde	20	32	<i>Então o sonho de consumo da gente é integrar, fazer essa integração entre as redes. Eu acho que é de qualquer profissional que atue na saúde. E04. [...] O prontuário eletrônico facilitou muito a vida da gente.[...] Então, a gente utiliza impressos ainda aqui [...] Ele ainda é meio que feito todo no papel, ainda está um pouco misturado, mas assim, eu acho que se fosse (...) eu acho que o que poderia aumentar esse registro seria uma vinculação, entendeu? E12. No geral, a gente consegue estar fazendo esse registro anotado direitinho no prontuário eletrônico na maioria das vezes. Com exceção de um dia ou outro, que a internet está ruim, às vezes, atrapalha um pouco o trabalho. E27. O pessoal não gosta muito não. Aqui eles não gostam muito não. E59. Eu tenho o meu jeito de trabalhar e o médico tem o jeito dele. A minha médica ela joga tudo, tudo no E-SUS. Tudo! Eu, eu não sei. Eu gosto muito de escrever. Eu preciso escrever. Eu tenho essa, sei lá, formação, necessidade (...). Eu gosto de anotar à caneta. E60. Então, alguns médicos, por exemplo, não estão registrando por causa disso. Esse computador, por exemplo, se você demorar um minuto sem digitar, ele apaga tudo. E74. Eu sei que existe, nunca vi, mas eu ouvi falar. E80</i>
Rede de Atenção à Saúde	11	17	<i>E a gente viveu um processo de transição que é on-line. Só que infelizmente os bancos de dados ainda não cruzam. E21. Eu acho que, se eles liberassem o programa no computador, ia ser (...) igual eu faço o registro de gestante que ganha bolsa família. Eu termino de atender o pré-natal, faço os meus pré-natais todos e, se tem alguma gestante que recebe bolsa família, eu vou para o computador e envio por e-mail os dados daquela consulta para ela receber uma bolsa gestante, entendeu? E44. [...] a gente faz as consultas de pré-natal e muitas unidades não têm prontuário eletrônico que mostra produtividade, né. E55. Acho que maximizar o uso dos registros do Sis prenatal só se ele for amplo, aberto, igual no prontuário. Ter como eu ver, por exemplo, a minha paciente é daqui, mas se ela está lá no Rio de Janeiro, se passou mal (...) Eu acho que poderia maximizar nesse sentido: prontuário nacional. E57</i>
Origem de conteúdos/informações divulgadas pelo Ministério da Saúde	6	7	<i>O prontuário é um instrumento de comunicação importante entre profissionais de saúde. E32. Igual eu te falei, pena que ele não é ainda compartilhado. Não tem acesso ainda na rede. Ele não trabalha ainda, né. Falta eu acho que é isso. E58. A partir do momento em que você está com o seu login, com o seu cartão SUS, com o seu CPF, você também tem que ter um pouco de cuidado com o que você vai colocar ali. Então, eu acho que realmente é uma garantia para o paciente de maior qualidade porque ele te dá os passos do que você tem que registrar no pré-natal: dados objetivos, dados subjetivos, dados antropométricos. E81</i>

Nota das autoras: Quadro elaborado pelas autoras (Jun/2019) a partir de dados extraídos do tratamento de dados do programa NVivo Pro 11.

* Número de Fragmentos de discursos alocados segundo eixo.

**Grifo das autoras.

O quadro de quatro casas desencadeado pela evocação livre de palavras a partir do termo indutor “prontuário eletrônico” permitiu verificar que, no QSE, área em que se alocam os possíveis conteúdos que integram o núcleo central, foram identificados dois grupos de cognemas: 1) “vantagens-sistema-importante” - que retrata a dimensão valorativa para o uso de um sistema eletrônico e 2) “inexistente-utopia” - refere-se à dimensão valorativa que menciona a inexistência ou a incapacidade da realidade de a UBS ter disponível tal tecnologia.

A inserção de tecnologia informatizada na realização dos registros em saúde produz indicadores de qualidade para mensuração do cuidado prestado, que atribuem um valor agregado à assistência que pode ser aferido pelos registros¹¹⁷.

Na área de contraste, constam os cognemas “sem estrutura” e “necessário-importante”. No primeiro caso, o cognema representa uma fotografia da realidade, uma vez que se refere à ausência de infraestrutura para comportar tal tecnologia e, no segundo caso, o cognema indica que os participantes consideram importante e necessária a utilização do prontuário eletrônico na realidade da UBS.

Na primeira periferia, consta a expressão “informação-sistema-tecnologia”, que contempla a dimensão objetivada sobre o prontuário eletrônico, e o cognema “tempo”, que remete à dimensão objetivada pela contribuição que o uso do prontuário eletrônico poderia trazer ao agregar agilidade na tarefa de realizar os registros do cuidado na UBS.

Uma revisão de escopo realizada em 2018 concluiu que o uso do sistema eletrônico para registros em saúde confere melhor qualidade ao atendimento, reduz custos e aumenta os resultados em saúde.¹¹⁸

Na segunda periferia, constam seis cognemas cujas dimensões representacionais contempladas foram: 1) objetivo: tecnologia; decisão-respaldo-segurança e registro-documento; 2) valorativa: dificuldade-não-sei; 3) informativa ou cognitiva: compartilhamento-integração-acompanhamento respectivamente.

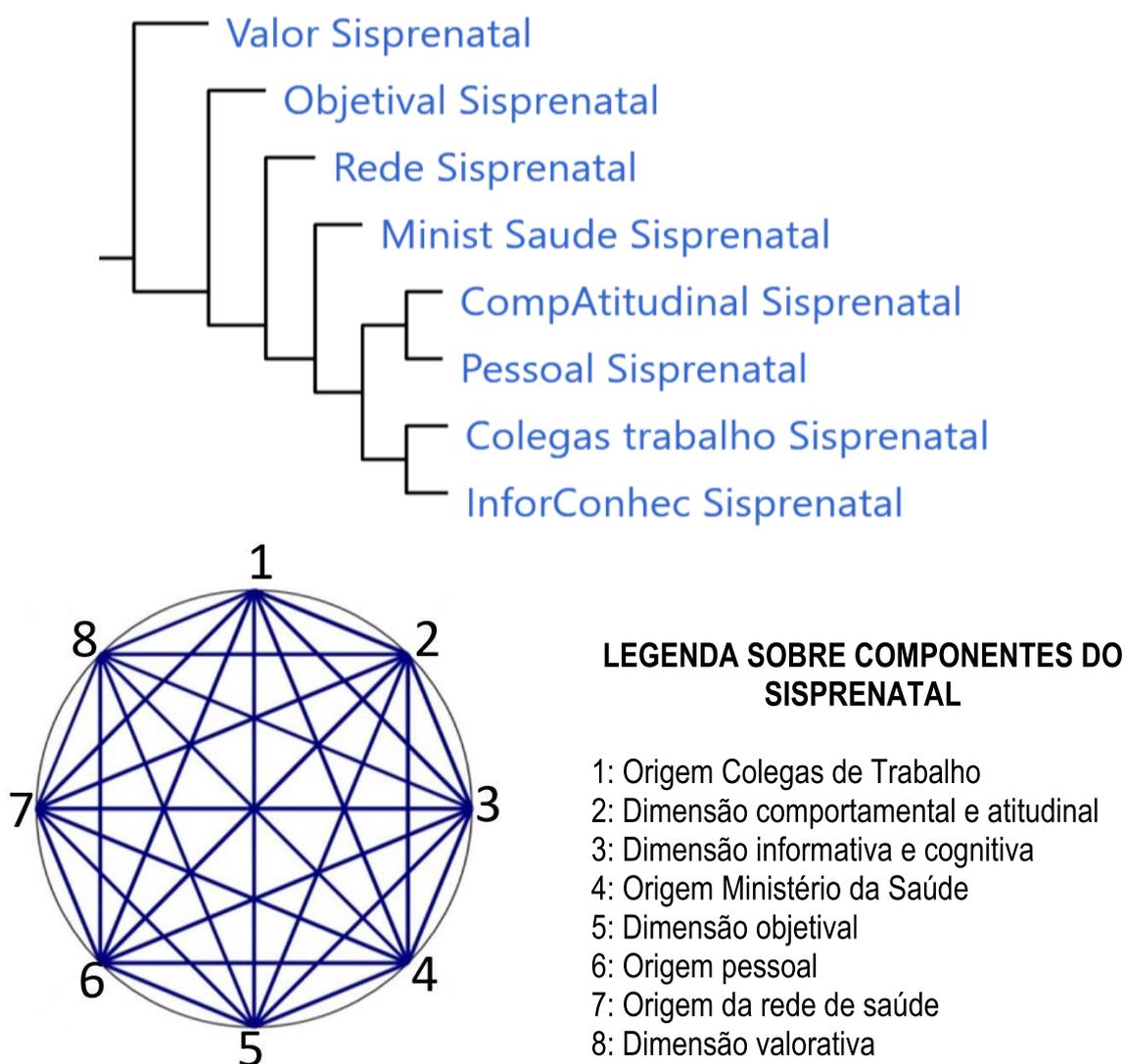
Entre as dificuldades encontradas para o uso de um sistema de informação eletrônico estão: a permuta de informações quando não se dispõe de uma rede de internet que dê sustentabilidade ao fluxo de conexão, a descontinuidade de sinal pelos provedores, a falta de familiaridade em realizar e acessar registros eletrônicos e de infraestrutura necessária a sua implementação¹¹⁹.

6.3.3 Representação social nas abordagens estrutural e processual sobre SISPRENATAL

Os conteúdos obtidos a partir de 81 entrevistas individuais realizadas com os profissionais da atenção primária à saúde, utilizando a abordagem processual a respeito do Sisprenatal, estão retratados por meio de dendograma e gráfico de círculo na **Figura 24**.

Figura 24: Representação por dendograma e gráfico de círculo dos fragmentos de discurso dos participantes a respeito do prontuário eletrônico.

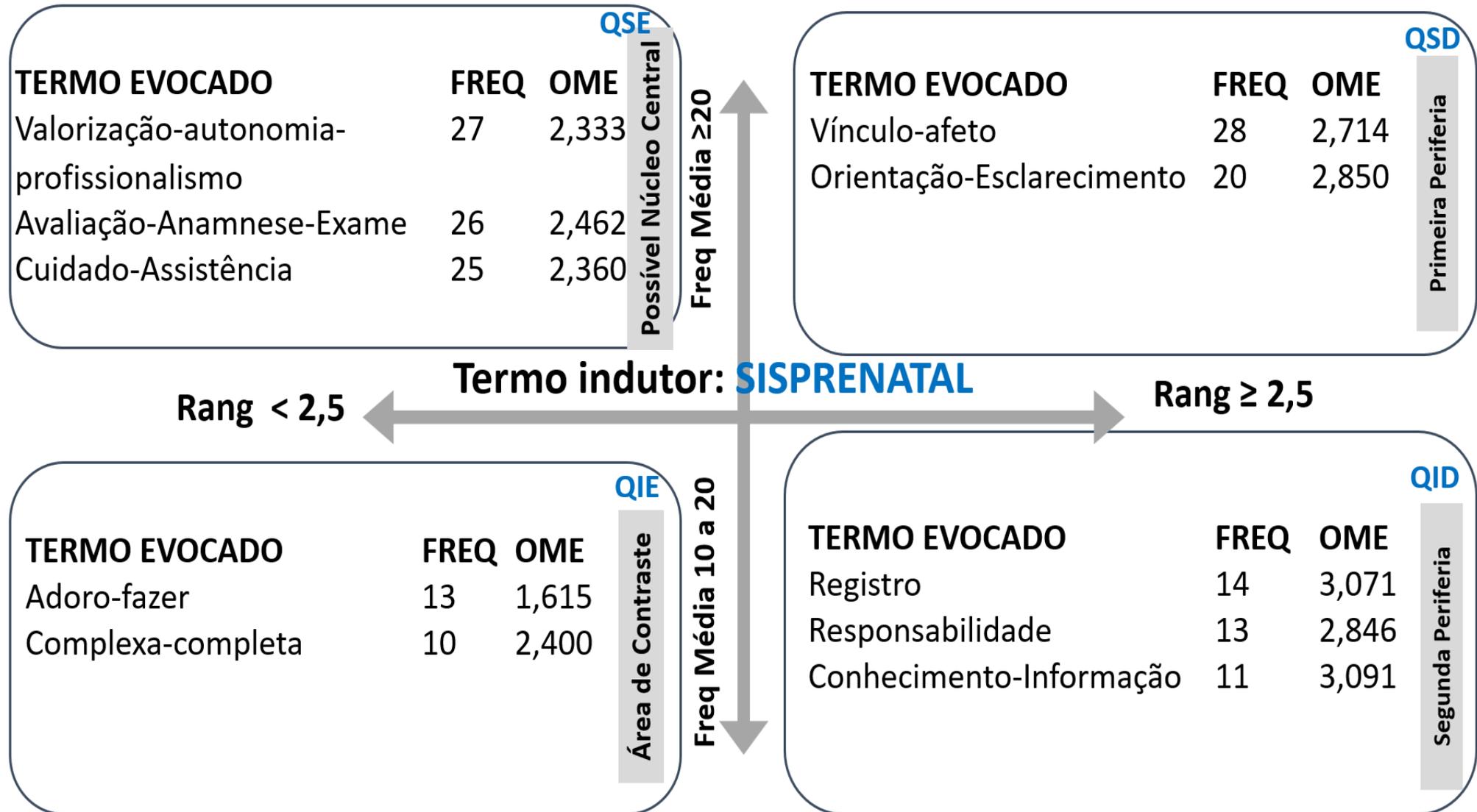
Nós em cluster por similaridade de palavra



Fonte: Programa NVivoPro 11® (Jun/2019).

Os conteúdos obtidos com as abordagens estrutural e processual a respeito do Sisprenatal constam a seguir (**Figura 25 e Quadro 6**).

Figura 25: Quadro de quatro casas referente ao termo indutor "Sisprenatal".



A seguir, constam fragmentos de discurso dos participantes que corroboram os elementos que constam do quadro de quatro casas.

VALORIZAÇÃO-AUTONOMIA-PROFISSIONALISMO:

o ideal é todo mundo, os profissionais de saúde que, no caso, trabalham com Sis prenatal saber que é importante o registro. E11

Isso é muito importante: a dificuldade é estrutural, né? (riso). E14

AValiaÇÃO-ANAMNESE-EXAME:

Nesse todo movimento do Sis prenatal, desse preenchimento... como ele já é vinculado à consulta, a gente já faz a anamnese e exame físico [...] E04

Então a gente tem esse cuidado, mas a avaliação se a ficha está sendo feita corretamente é feita pelo enfermeiro. E10

Os dados apresentados e colhidos deverão ser demonstrados para a equipe, apresentando a importância desse. Com isso, podemos reduzir o número de morbimortalidade, conduzir pré-natal com segurança, avaliação e planejamento, humanização da assistência, permitindo o registro das primeiras consultas, vacinas, exames, avaliação do pré-natal de alto risco. E26

CUIDADO-ASSISTÊNCIA

E, a partir do momento em que você assume o registro, assume o cuidado desse paciente: responsabilização sobre o cuidado. E10

ADORO-FAZER

Porque eu gosto de deixar registrado. E02

COMPLEXA-COMPLETA

Eu acho que ele é bem completo em si. E05

VÍNCULO-AFETO

O Sis prenatal é importante, mas eu acho que o primeiro contato é muito mais importante por uma série de outras coisas. Sobretudo por causa do vínculo que se cria. E53

ORIENTAÇÃO-ESCLARECIMENTO

Ele (ficha do Sis prenatal) está fechado. Então, ele não te dá margem para você envolver ou lhe dar algum tipo de orientação ou para você descobrir algo mais.

É tranquilo porque a gente geralmente marca um horário. Então você se disponibiliza naquele momento a dar atenção à gestante. Fazer todas as orientações e o registro simples. Não tem muito segredo... E14

REGISTRO

Uma coisa que eu acho que quando tínhamos o Sis prenatal sob a nossa gestão era importante porque era um registro sólido que se tinha. E76

RESPONSABILIDADE

Então, na verdade, o registro tem que ser muito bem feito, com muita responsabilidade e com dados fidedignos. Ter nome completo, nosso número do cartão SUS, número do cartão SUS da gestante, se ela recebe ou não bolsa família ... E04

CONHECIMENTO

O Sis prenatal é realizado a cada consulta, né? A gente vai atualizando os dados para eles atualizarem o sistema. Basicamente é isso que eu tenho conhecimento. E30

Quadro 6: Dimensões e origens representacionais, fontes, número de fragmentos utilizados e fragmentos exemplificativos do termo indutor Sisprenatal.

Eixos	Fontes	*	Fragmentos de discursos exemplificativos
Comportamentos, atitudinal e sensações	74	477	<p><i>Na minha vivência hoje, eu não estou fazendo o registro, por enquanto... dentro hoje do meu serviço. E01. A gente já até brincou, assim, de ouvir falar de colegas, né, até a gente mesmo que acha que a primeira consulta é do enfermeiro só porque tem muito registro pra fazer, por isso que o médico não faz. E02. Aí eu mandei o papel, a data da última menstruação foi dia tal, então a pessoa só digita, ela não analisa os papéis não. Não tem essa análise não. Aí vê que tá faltando, circula e manda de volta, né, então tem hora que isso deixa a gente meio estressado. E06. Sinceramente não vejo pontos positivos porque, como eu não tenho conhecimento do sistema, eu só tive acesso a esse relatório quando foi, visita dos avaliadores do PMAQ. E09. Na minha rotina, o Sisprenatal é muito presente, eu faço toda semana tanto o cadastro do Sisprenatal como as consultas de pré-natal, né? E18. [...] a gente fazendo tudo certinho, a gente consegue sempre tá consultando como é que tá indo aquela gestante, né? Acompanhando como é que tá o peso, quanto que tá a pressão, então a gente consegue ter esse acompanhamento certinho da gestante. E27. A dificuldade são essas fichas posteriores: essas fichas de acompanhamento, puerpério, essas fichas a gente realmente não preenche. É uma ficha que toma mais o nosso tempo porque a gente tem também uma ficha de acompanhamento diário que a gente já envia essas informações todas e a gente ainda vai fazer ficha de acompanhamento pré-natal, entendeu? Então você tem uma duplicidade de informação. Não tem necessidade disso. E71</i></p>
Conhecimentos e informações acessadas	47	111	<p><i>[...] através do Sisprenatal conseguimos realizar um acompanhamento da gestante, melhorar o acesso e a cobertura da qualidade do pré-natal. E26. Quando eu trabalhei com o prontuário eletrônico, o Sisprenatal ainda não estava interligado ao prontuário eletrônico. Eu acredito que já veio uma nota técnica/notícia dizendo que já está em processo de interface dos dois. Eu acho que, quando ligar os dois, vai melhorar muito os dados do município de pré-natal, mas quando ele se complementarem. Até então, não tenho acesso a nada do Sisprenatal, nada de resultado. E43. Então, o Sisprenatal se torna um número que a gente coloca no cartão da gestante e, até então, a informação que nos foi passada é que isso seria importante na hora de ganhar neném para gerar recursos para o município. E49. A pessoa acabou ganhando sem o Sisprenatal porque no hospital que a pessoa estava também não abriu o SISPRENATAL, embora o hospital fosse capacitado e habilitado para fazer isso. E53. [...] é momento de ver se aquela pessoa quer; se é uma gravidez desejada; se foi ao acaso ou se planejou e informações. E61.</i></p>
**Objetiva	61	231	<p><i>Bem, eu acho que o registro do Sisprenatal é principalmente para nós da enfermagem, é uma questão da primeira consulta. E04. A gente tem aquele número e eu até oriento mesmo: “Olha, esse número aqui é para quando você for ganhar neném é que você vai usar na maternidade. E08. [...] quando veio a implantação, eu já trabalhava na saúde da família já, como sempre tudo o que envolve burocracia, papelada, trabalhadeira fica para o enfermeiro né? E acabou que, na unidade que eu trabalhava, não foi diferente. E09. Pra gente, o Sisprenatal é mais um papel que a gente tem que preencher e encaminhar para lá, para o município receber verba. E24. No início, eu achava muito complicado, muito difícil porque era muitos dados que você tinha que copiar. E33. A falta do documento também prejudica. E34. [...] Tempo, a gente gasta bastante tempo. E44</i></p>
valorativa	42	87	<p><i>[...] É a visão que eu tenho, é chata essa folha. E13. Hoje é tranquilo para mim fazer o registro porque eu já domino, mas eu tive muitas dúvidas e tive desânimo de fazer por ser muito burocrático, muito trabalhoso. E21. Então, para mim, eu não vejo dificuldade para preencher essa ficha. É um atendimento que já incorporou na consulta essas informações. E31. Eu preencho do jeito que eu acho que tem que preencher porque eu acho importante ter aquele registro. E43. É uma ficha importante, se não fosse a demanda que a gente tem na nossa rotina. E79.</i></p>

Continua

Continuação

Eixos	Fontes	*	Fragmentos de discursos exemplificativos
Pessoal	74	494	<p>É raro eu precisar daquelas fichas, raríssimo. Elas ficam arquivadas no arquivo morto. (risos) E10. Minha experiência que eu posso contar é da falta de informação para colocar nessa folha aqui de cadastro da gestante do <i>Sisprenatal</i>. Eu não tive nenhuma capacitação, meu vínculo é contrato. E46. Eu estava na recepção, isso já tem uns dois anos mais ou menos. E chegou um marido muito agressivo porque a esposa estava internada na maternidade. Eles estavam se recusando a dar alta nessa usuária porque ela não tinha no cartão de gestante dela o registro do SISPRENATAL. Ela estava fazendo o acompanhamento em um outro nível de atenção e eles não tinham feito, simplesmente, o registro dela. E54</p> <p>É um profissional que não entende a importância da gente estar mostrando para o MS o que a gente faz, né. Eu acho que ele não é responsável [...] E55. [...] Para mim fazer esse trabalho eu não tenho dificuldade.[...] O <i>Sisprenatal</i>, na verdade, o que a gente faz mais é essa primeira ficha de cadastramento e aquela ficha de acompanhamento. E64. O que sempre me incomodou nessa questão do SISPRENATAL, primeiro de ter sido colocado para a enfermagem fazer o <i>Sisprenatal</i>. Eu acho que quem faz o <i>Sisprenatal</i> é a pessoa que atende a gestante pela primeira vez. [...]A segunda coisa que me incomodava com relação ao <i>Sisprenatal</i> é que jogavam para as unidades de saúde fazer, então se essa gestante fosse atendida no pré-natal na maternidade, eles encaminhavam a gestante para a unidade de saúde pra que a gente gerasse o número do SISPRENATAL. E76</p>
Profissionais de saúde	56	123	<p>A maioria dos médicos. 90% deles aqui na unidade não preenchem. Não preenchem nada e ainda desconhecem essa folha, acham ela muito chata. E13. Então, eles eu acho que poderiam se tivesse que fazer isso em toda consulta, provavelmente a gente teria mais reclamação porque é muito dado; mas, na nossa unidade, a primeira consulta é do enfermeiro. E19. O <i>Sisprenatal</i> gera uma demanda muito grande de papéis, eles já ficam com o retorno da segunda consulta e, quando preenchem, não têm a preocupação que o enfermeiro tem dos detalhes. Que são os detalhes, igual eu te falei antes, que, às vezes, voltam por não ter sido preenchido. Entendeu? E24. Eu acho que os nossos registros têm mais dados do que os dos médicos. Que eles são bem (...) que eles colocam mais ou menos, igual assim a de continuidade porque a abertura é sempre a gente que faz, mas a continuidade geralmente eles colocam só mesmo nome do paciente, a data da última ultrassom e as semanas, o peso, entendeu? E30. A gente observa que essa gestante captada lá desde o primeiro trimestre, com <i>Sisprenatal</i> bonitinho, ela não tem ansiedade nenhuma. Diferente de quando você pega ela lá no final e aí, às vezes, a gente tem um pouco de ruído de comunicação porque eu já falei várias vezes "Não precisa dizer para ela, que se ela não tiver o <i>Sisprenatal</i>, ela não vai parir a criança". Mas acaba vasando este tipo de informação dentro da equipe mesmo entre os agentes comunitários de saúde. E53.</p>
Rede de Atenção à Saúde	37	74	<p>[...] às vezes chegava em certos lugares e falava com a gestante "Eu não vou te atender se você não tiver o seu número do SISPRENATAL". Isso não existe! E04. Eu faço esse cadastro, encaminho para a secretaria, tem uma pessoa na secretaria responsável pela digitação e depois (a ficha) volta com o número da pessoa. Então eu acho isso um dificultador, porque demora um tempo. E15. [...] a gente fica sabendo que ela tá grávida porque ela vem à procura para fazer a primeira consulta, o <i>Sisprenatal</i>, porque, às vezes, os hospitais estão exigindo: "Não. Tem que fazer o SISPRENATAL". E24. Eu vi como um facilitador esse digitador da secretaria porque ele consegue estar nos encaminhando esse registro rapidamente, principalmente se tratando de bolsa família. Já aconteceu muito de a pessoa solicitar o NIS do bolsa família "Ah, eu estou precisando do NIS urgente!" e, para a abertura do NIS, a gente precisa do <i>Sisprenatal</i> e por telefone eu já consegui esse número, então eu vejo uma facilidade de acesso à Secretaria de Saúde. E34. [...] a importância do <i>Sisprenatal</i> pelos profissionais da rede em geral, principalmente do secundário não dá relevância, então a história que acontece se repete: a pessoa que é acompanhada no pré-natal quer seja no particular ou na maternidade, às vezes é alto risco e ela vem buscar o SISPRENATAL no final. É muito comum acontecer isso. E42. [...] Quando ela vem até a gente, a gente faz o SISPRENATAL, mas, se ela vai fazer particular ou por convênio, a gente não fica sabendo. E62. Então, eu acho que essa questão de não ter sido colocado que todas as portas que têm pré-natal fizessem o <i>Sisprenatal</i> foi uma coisa que eu acho que não funcionava muito bem. E76</p>

Nota das autoras: Quadro elaborado pelas autoras (Jun/2019) a partir de dados extraídos do tratamento de dados do programa NVivo Pro 11.

* Número de Fragmentos de discursos alocados segundo eixo.

A partir da análise prototípica, o quadro de quatro casas desencadeado a partir o termo indutor Sis prenatal ficou com o possível núcleo central assim estruturado: 1) “valorização-autonomia-profissionalismo”- dimensão valorativa que atribui caráter de destaque e faz menção à autodeterminação em gerenciar a própria atuação profissional; 2) “avaliação-anamnese-exame - dimensão objetival que remete à estratégia profissional de obtenção de informações pela interação interpessoal, utilizando-se de técnicas semiológicas ou pela solicitação de exames e 3) cuidado-assistência - dimensão objetival que remete a responsabilidade, incumbência e atuação profissional por meio de desvelo e dedicação ao outro¹⁰⁰.

No QIE, ou possível núcleo central, ficaram dois blocos de cognemas: 1) “adoro-fazer” – remete à dimensão valorativa e expressa a satisfação profissional em executar o registro no Sis prenatal, podendo remeter a questões éticas na medida em que o não fazer uma tarefa considerada obrigatória e regulamentada pelo conselho de classe pode mostrar-se como manifestação normativa de autoproteção e 2) “complexa-completa” - dimensão valorativa que retrata a extensão e o nível de dificuldade a que está vinculada.

No quadrante superior direito, ou seja, na primeira periferia, estão alocados os cognemas “vínculo-afeto” e “orientação-esclarecimentos” - eles retratam a dimensão objetival e remetem ao estabelecimento de interação social entre o profissional e os usuários a ponto de os ligar por meio de um relacionamento de ajuda e a ligação a partir da convivência que se estabelece para o cuidado¹⁰⁰

Em um estudo que incluiu 104 mulheres abordadas no período do pós-parto, foi analisada a prática das enfermeiras obstétricas e o estar materno decorrente do atendimento por enfermeiras que atuam em uma unidade de pré-natal, parto e pós-parto em um hospital universitário do Mato Grosso. Identificou-se que, nas ocasiões em que as práticas estão baseadas na humanização do trabalho de parto, as mulheres se sentiram valorizadas, mesmo quando acompanhadas de procedimentos invasivos desnecessários, tornando-as menos críticas na avaliação do cuidado prestado quando não dispõe de informações sobre o atendimento¹²⁰.

Cabe mencionar que o processo de medicalização do parto e a humanização constituem posições ideológicas alicerçadas em valores capitalistas e humanitários divergentes, sendo capaz de impactar a percepção do usuário a respeito do cuidado recebido. Tal fato foi corroborado pelo conteúdo de uma investigação em que foram realizados 17 grupos focais e ouvidos 47 profissionais de saúde que integravam 17 equipes de ESF em 16 municípios do sul do Brasil. O que se objetivou nesta investigação foi analisar como os discursos de medicalização e humanização se vinculam com a atenção básica de saúde e como tais discursos modelam o pré-natal para gestantes. Como resultado foi identificado que a ênfase dada ao atendimento

humanizado para gestantes pressupõe a renegociação de competências e coloca em questão os limites de territorialização, havendo conflito entre equipes que atuam na ESF com os obstetras¹²¹.

Em um estudo de delineamento seccional envolvendo 238 mulheres atendidas em 44 serviços da cidade de João Pessoa, o uso de um instrumento de coleta de dados possibilitou categorizar o pré-natal como muito bom, bom, intermediário e inadequado a partir de 23 questões que abordavam a estrutura, o processo e os resultados do cuidado pré-natal, tendo sido identificado que a percepção do cuidado recebido favoreceu a detecção de prematuridade, peso insuficiente ao nascimento e ausência de aleitamento materno exclusivo¹²².

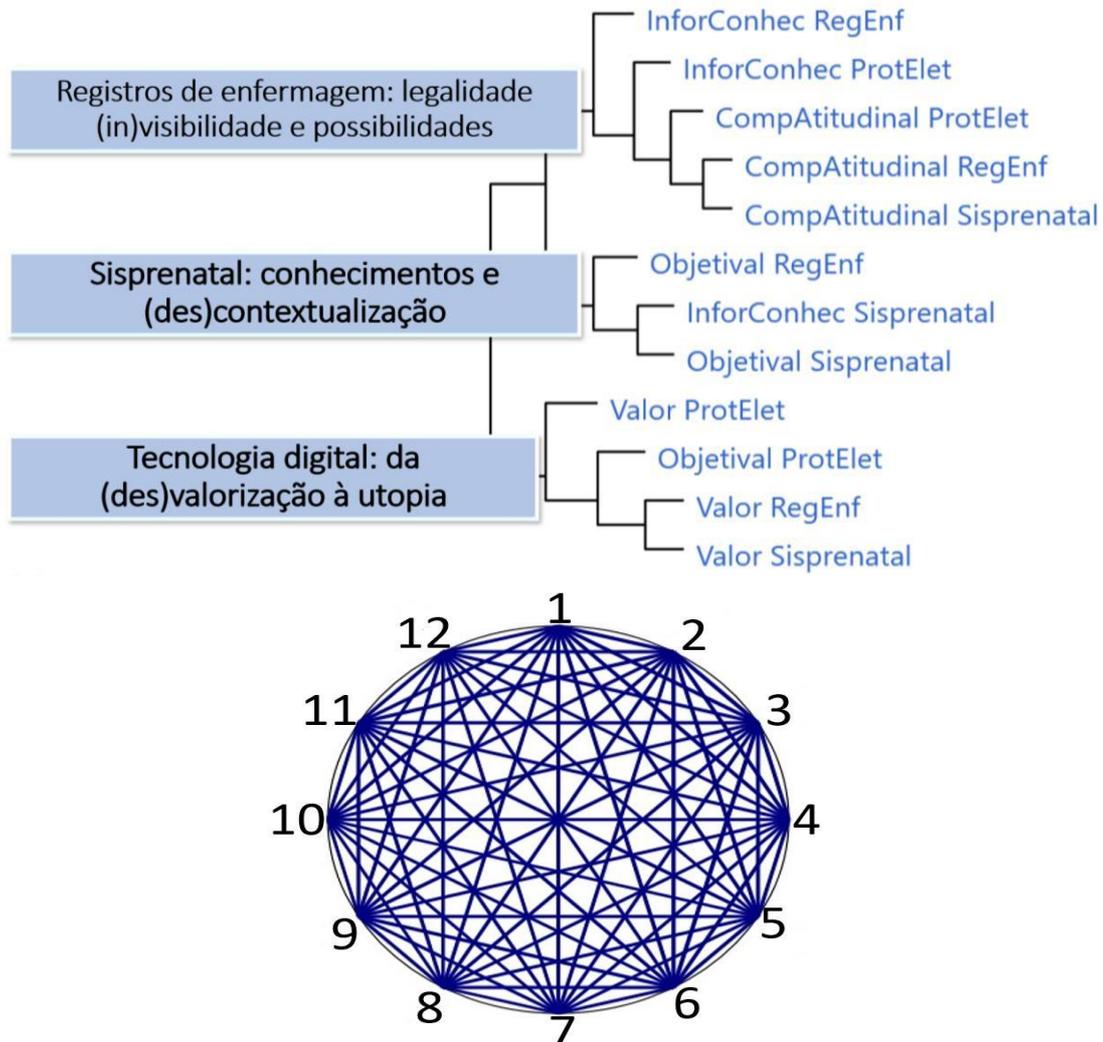
6.3.4 Registros de enfermagem no pré-natal de risco habitual na perspectiva do enfermeiro: registros de enfermagem, prontuário eletrônico e SISPRENATAL

Os conteúdos obtidos a partir de 81 entrevistas individuais realizadas com os profissionais da atenção primária à saúde, reunindo a concepção sobre a registro de enfermagem, prontuário eletrônico e Sisprenatal, por meio da abordagem processual permitiu identificar três categorias, a saber: 1) Registro de enfermagem: legalidade, (in)visibilidade e possibilidades; 2) tecnologia digital: da (des)valorização à utopia e 3) Sisprenatal: conhecimentos e (des)contextualização.

As referidas categorias encontram-se esquematizadas na **Figura 26** a partir da representação do dendograma e gráfico de círculo correspondente.

Figura 26: Dendograma e gráfico de círculo da conexão entre registro de enfermagem, prontuário eletrônico e Sisprenatal.

Nós em cluster por similaridade de palavra



LEGENDA DAS DIMENSÕES REPRESENTACIONAIS DO REGISTRO DE ENFERMAGEM, PRONTUÁRIO ELETRÔNICO e SISPRENATAL

- 1: Comportamental - atitudinal Prontuário Eletrônico
- 2: Comportamental - atitudinal Registro de Enfermagem
- 3: Comportamental - atitudinal Sisprenatal
- 4: Informativa - cognitiva Registro de Enfermagem
- 5: Informativa - cognitiva Prontuário Eletrônico
- 6: Informativa - cognitiva Sisprenatal
- 7: Objetival Prontuário Eletrônico
- 8: Objetival Registro de Enfermagem
- 9: Objetival Sisprenatal
- 10: Valorativa Prontuário Eletrônico
- 11: Valorativa Registro de Enfermagem
- 12: Valorativa Sisprenatal

Fonte: Programa NVivo Pro 11 (Jun/2019).

A categoria “Registro de enfermagem: legalidade, (in)visibilidade e possibilidades” retrata que há compartilhamento de vivências e que as experiências profissionais propiciaram apreciação valorativa para o registro de enfermagem à semelhança do que foi identificado para a consulta de enfermagem. Foi possível verificar que o registro de enfermagem foi objetivado por julgamento em seu caráter normativo regulamentado pela Lei do Exercício profissional e pela Resolução nº 358/2009, que aborda a sistematização da assistência de Enfermagem e que consta no Código de Ética de Enfermagem^{82; 83; 84; 103}.

Cabe ressaltar que, embora essas normatizações e/ou órgãos responsáveis pela regulação não tenham sido mencionados diretamente, as expressões “compromisso-atitude-profissional” e “respaldo-segurança” dão indícios de sua presença, o que remete ao fato de o julgamento valorativo do registro de enfermagem encobrir manifestações de crítica velada,⁹⁸ tendo em vista a impossibilidade de se negar a realização, uma vez que há indicativo legal e ético que normatiza esse registro. Isso permite interferir que o caráter prescritivo que envolve o registro de enfermagem não é suficiente para assegurar sua realização na prática clínica, podendo ocorrer menção a justificativas para o seu não cumprimento a exemplo da alegação de sobrecarga de atividades laborais. A dificuldade no manejo do fluxo de atendimentos foi apontada como um fator dificultador para a SAE no contexto da APS, visto que o acesso a esse nível de atenção se deu por meio de demanda programada e acolhimento à demanda espontânea¹²³.

No que tange a isso, destaca-se o seguinte relato: “[...] se, por um lado, a gente tem que correr contra o tempo para fazer o preenchimento tudo direitinho, por outro lado, a gente tem a facilidade de, se acontecer alguma coisa, ter tudo registrado” **E52**. Observa-se a mistura entre pontos positivos e negativos na fala (ter que correr contra o tempo x ter respaldo legal caso alguma coisa aconteça).

Por isso é possível dizer que a ancoragem do registro de enfermagem se dá pelos órgãos regulamentadores da obrigatoriedade de se realizar a consulta de enfermagem e pelas etapas que geram as informações a serem registradas “histórico-anamnese” e “avaliação”, ou seja, por meio do processo de coleta de informações com usuários na avaliação clínico-obstétrica, pelos resultados de exames e informações com acompanhantes. Isso permite que a triangulação de fontes de informações intensifique as evidências a ponto de subsidiar a realização do julgamento clínico e diagnóstico¹⁰³.

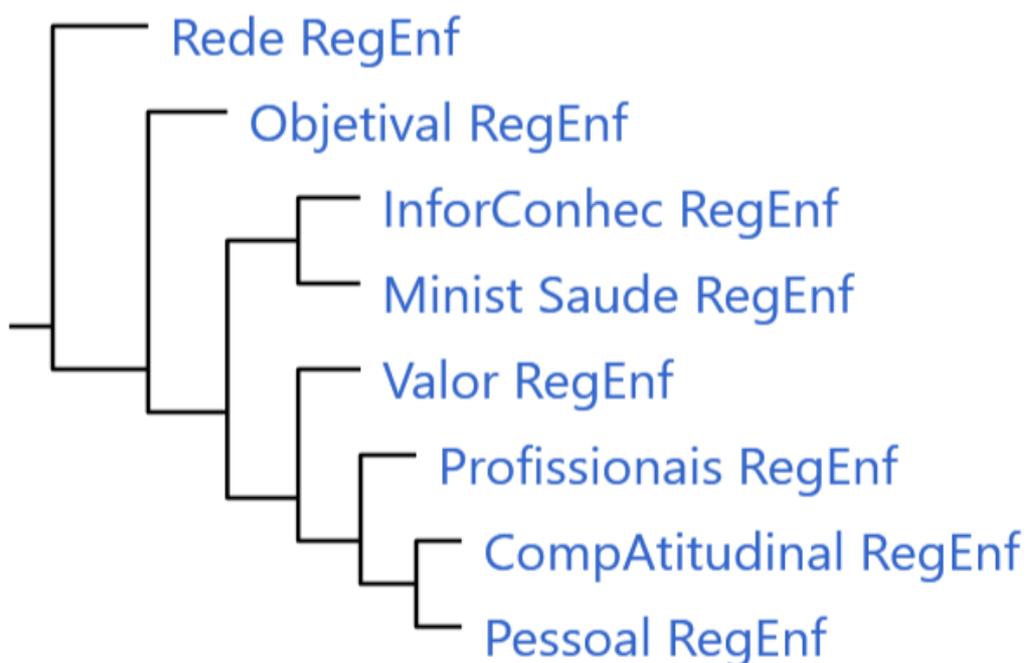
Em um estudo realizado com 26 usuárias de serviço público, foi-lhes indagado se elas já haviam solicitado acesso às informações que constavam em seu prontuário, ao que 92,3% responderam que tinham ciência de que seu atendimento havia gerado um registro em

prontuário. Responderam que sabiam que poderiam acessar essas informações caso desejassem 88,5% delas e que já solicitaram acesso a tais informações, 34,6%. Isso retrata a concepção de acompanhamento de sua história de saúde na percepção de usuários do sistema de saúde¹²⁴.

A análise dessa categoria permite identificar duas dimensões apresentadas pelas participantes para registro de enfermagem: uma ligada à “assistência e ao cuidado” e outra, ao “conhecimento e à informação”. Isso remete à dicotomia entre pensar e fazer historicamente contextualizada originada de experiências pessoais e profissionais (prática) e de fontes legais (acesso à informação). Tal fato foi corroborado com informações do dendograma (**Figura 27**).

Figura 27: Dendograma da dimensões e origem dos conteúdos representacionais para Consulta de Enfermagem.

Nós em cluster por similaridade de palavra



Fonte: Programa NVivo Pro 11 (Jun/2019).

A categoria intitulada “Tecnologia digital: da (des)valorização à utopia” foi objetivada pelo “registro-documento”, “informação-sistema-tecnologia” e tempo gasto para operacionalizar o registro (reduzido para quem tem domínio ou aumentado para quem possui dificuldade para lidar com registro em meio eletrônico), demonstrando a influência de se ter habilidades como captar informações e transformá-las em registro como uma capacidade que apresenta nível de desenvolvimento diferenciado entre as participantes. A presença de profissionais que

apresentam essa dificuldade foi corroborado pela expressão “dificuldade-não-sei” e “sobrecarga-estado emocional”. Outro objetivo de realização do prontuário eletrônico foi o fato de ele atribuir segurança e respaldo para a decisão terapêutica adotada.

Assim como o registro de enfermagem foi considerado como relevante quando realizado em plataforma digital, teve sua importância mencionada no possível núcleo central (“vantagens-sistema-importante”), a área de contraste (necessário-importante) encobrendo uma contradição que retrata as dificuldades inerentes a sua realização entre profissionais com habilidades distintas do ponto de vista digital e se mostra parcialmente pela escassez de infraestrutura para sua viabilização retratada pelas expressões “inexistente-utopia” (externando consensualização sobre o fato e prontidão com que foi mencionada) e “sem estrutura” (cognemas alocados na área de contraste).

Os profissionais, ao mencionarem o prontuário eletrônico, mostram-se satisfeitos com o uso desta tecnologia. Embora relatem as dificuldades que encontraram para viabilizar a sua implantação (falta de estrutura física/material e dificuldade de acesso à internet), reconhecem que o “tempo” gasto para realizar os registros nessa modalidade de tecnologia favorece a execução de sua prática profissional, na medida que lhes permite documentar o cuidado prestado mais rapidamente. Tal fato é constatado pelo aumento do número de registros realizados nos serviços de saúde quando se insere a informatização dos registros¹²⁵.

A ancoragem do prontuário eletrônico remete ao condicionamento de usar ou não o prontuário eletrônico, por dificuldade em manuseá-lo ou facilidade e a falta de infraestrutura, a ponto de assegurar sua existência na rotina das unidades de saúde, sendo que essa dicotomia pode ocultar a resistência para usá-lo ou para lidar com mudança de paradigma na qual o registro de enfermagem se estrutura.

Na categoria intitulada “Sis prenatal: conhecimentos e (des)contextualização”, a objetivação está alocada no próprio QSE e é expressa pela reunião entre o uso de técnicas de obtenção de informação (anamnese, exame e avaliação), que são apresentadas como etapas do processo de sistematização da assistência de enfermagem - primeira e quintas etapas respectivamente⁸³ e o “cuidado-assistência” de enfermagem, atribuindo autonomia e valorização ao desempenho dessas atividades e retratando apropriação de habilidades profissionais. O fato de a expressão “vínculo-afeto” estar alocada em outro quadrante permite inferir que ela é acessada por estratégia distinta, vinculando-se nesse caso mais diretamente ao cuidado-assistência que às técnicas de obtenção de informação (avaliação-anamnese-exame).

Considerando que os registros em saúde devem retratar a condição clínica do usuário e questões intrínsecas ao atendimento prestado, os termos evocados na presente investigação

desempenham uma conotação de preocupação do enfermeiro com o gerenciamento do cuidado¹²⁶.

A inexistência de sistema informatizado em todas as unidades pode ser compreendida pela aproximação dos conteúdos mencionados a respeito de prontuário eletrônico com o termo indutor Sis prenatal e explica o fato de, em algumas unidades de saúde, o registro necessitar ser redigitado e de não ser passível de realização em tempo real de atendimento. Nesse contexto, a expressão responsabilidade adquire a conotação de (in)certeza da manutenção do registro e a expressão “registro” retrata uma proposta nacional de documentação do atendimento do período pré-natal.

As expressões “completa” e “complexo” identificadas entre os cognemas evocados retratam a extensão e a dificuldade de apreensão pelo ego (estrutura que organiza a consciência), a ponto de gerar comportamentos reprimidos por forte componente valorativo e emocional que está conectado a outras ações e que, por conexão entre essas, pode ser acessado quando há reminiscências que as conectam e que favorecem o uso de persona à semelhança de uma máscara utilizada por atores para justificar comportamentos e atitudes diante de um dado grupo social⁵⁵. Isso equivale a dizer que, embora a consulta de enfermagem seja reconhecida como importante, relevante e necessária, a dificuldade do profissional para inseri-la em seu cotidiano ou executá-la com detalhamento faz com que ele utilize expressões que encubram sua apreciação real diante do fato. Isso remete à indagação: sendo a consulta e o registro de enfermagem considerados pelos participantes como importantes e capazes de empoderar a categoria, por que não são realizados e operacionalizados de forma consensualizada ou não possuem adesão em todos os serviços de enfermagem, embora sejam regulamentados como parte integrante do exercício profissional segundo o Conselho da categoria? A discrepância entre os cognemas remete ao uso de máscara e pode retratar o uso da persona.

Na análise comparativa do conteúdo do quadro de quatro casas desencadeado pelos termos indutores “registro de enfermagem”, “prontuário eletrônico” e “Sis prenatal”, foi possível identificar que, embora, na prática clínica, os participantes não abordem a documentação profissional do cuidado por meios distintos e/ou específicos, as três expressões possuem representações sociais distintas para o grupo investigado ainda que com algumas características comuns/aproximadas.

Foram situações aproximadas na análise comparativa: 1) No núcleo central do termo indutor “registro de enfermagem”, “Sis prenatal” e “prontuário eletrônico”, há em comum a apreciação valorativa de caráter positivo aproximado às expressões “necessário-importante-

fundamental”, “vantagens-sistema-importante” e valorização-autonomia-profissionalismo” respectivamente; 2) o cognema “registro” surgiu na segunda periferia do prontuário eletrônico e do Sis prenatal respectivamente; 3) a expressão “avaliação-anamnese-exame”, que consta do QSE de Sis prenatal, está alocada na primeira periferia (QSD) do registro de enfermagem; 4) os cognemas “assistência-cuidado”, que constam no possível núcleo central de Sis prenatal, estão alocados na área de contraste do registro de enfermagem; 5) o termo indutor “conhecimento-informação” alocado na segunda periferia no Sis prenatal se encontra também na área de contraste do “registro de enfermagem”; e 6) respaldo-segurança são cognemas alocados na segunda periferia do termo indutor prontuário eletrônico e na primeira periferia do termo indutor registro de enfermagem.

Foram situações peculiares: 1) o termo indutor “prontuário eletrônico”, que está vinculado a algo inexistente e utópico e ligado ao tempo, remete a “dificuldade-não-sei”, uma vez que envolve o uso de tecnologia informatizada e que nem todos os participantes, por não serem nativos digitais, conseguem dominar o manuseio dessa tecnologia. Tal fato é corroborado pelos cognemas sobrecarga-estado-emocional alocados na segunda periferia; 2) o “vínculo-afeto” emergiu somente na primeira periferia do Sis prenatal, conforme mencionado anteriormente.

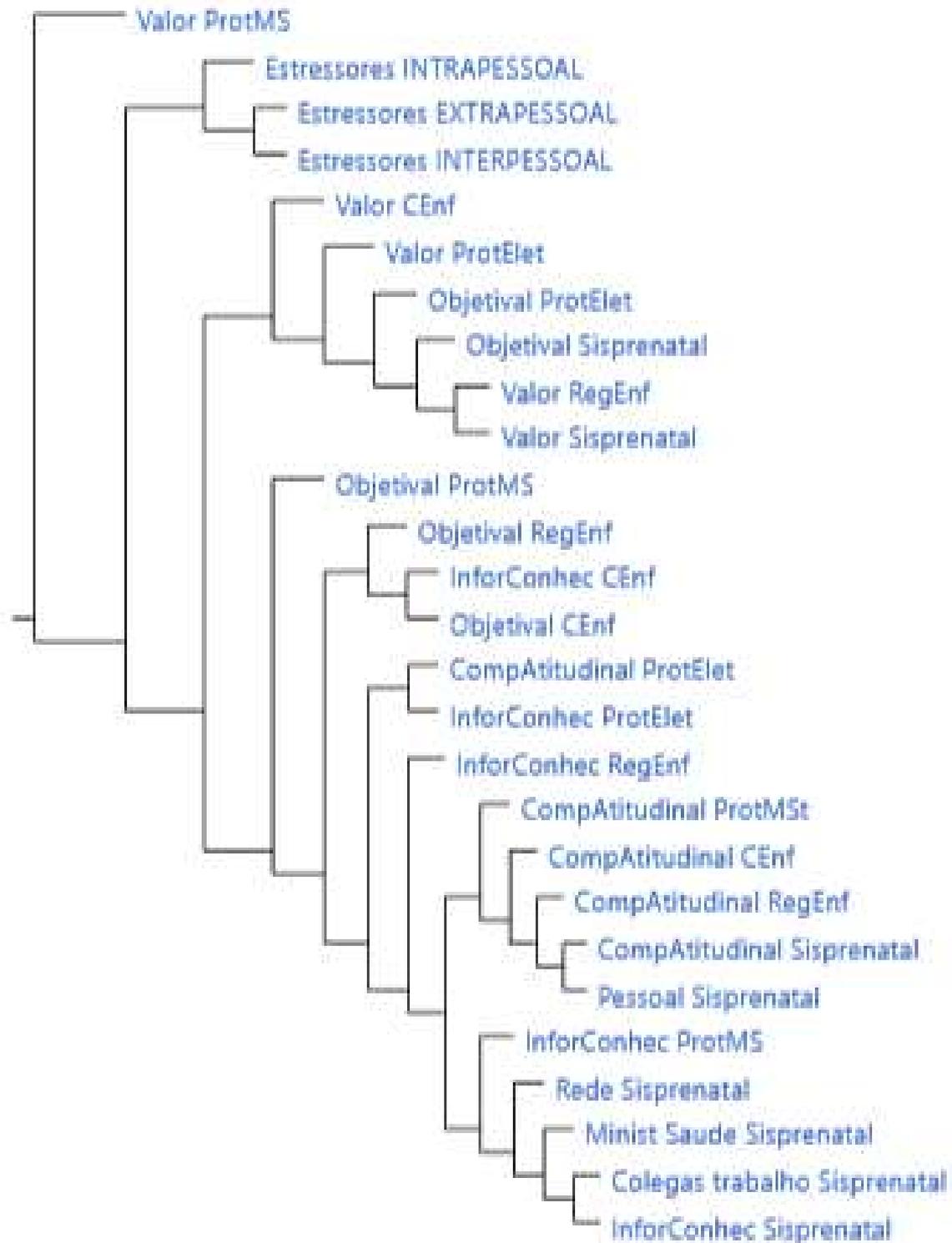
6.4 IMPLICAÇÕES DOS CONTEÚDOS DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS GESTANTES E PUÉRPERAS NA APS À LUZ DA TEORIA DE BETTY NEUMAN

Ao convergir os resultados da presente investigação e analisá-los à luz da proposta teórica de Neuman, foi possível fazer uma reflexão sobre as implicações dos conteúdos representacionais sobre a consulta de enfermagem e o protocolo assistencial do MS e do registro de enfermagem, prontuário eletrônico e Sis prenatal para a prática de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros que atuam no nível de atenção básica à saúde.

Nesse sentido, buscou-se inicialmente compreender quais foram os estressores e como eles se articulam com os conteúdos investigados. Para subsidiar essa discussão, consta, na **Figura 28**, um esquema ilustrativo contendo dendograma e gráfico de círculo que permite visualizar essa ligação.

Figura 28: Dendograma e gráfico de círculo sobre os estressores relacionados a consulta de enfermagem, protocolo do Ministério da Saúde, registro de enfermagem, prontuário eletrônico e Sisprenatal.

Nós em cluster por similaridade de palavra



abordagem, retratando um quadro complexo de ser abordado terapeuticamente de forma isolada por um profissional ou mesmo por uma equipe multiprofissional. Tal fato exige dos enfermeiros um esforço e empenho que mobiliza a parte cognitiva e emocional dos participantes da presente investigação.

Para exemplificar essa situação, constam a seguir alguns fragmentos de discursos que corroboram como esse problemas pessoais das gestantes que podem ser interpretados como estressores intrapessoais na perspectiva das mesmas e como esse mesmo conteúdo, ao ser analisado na perspectiva profissional, pode remeter à presença de estressores interpessoais quando considerado na perspectiva da saúde do trabalhador-enfermeiro (relação profissional enfermeiro-gestante).

*[...] a gente trabalha muito também com adolescentes, gestante pela primeira vez.[...] Estou com uma de 14 anos [...] Então a gente vê elas deprimidas, choram. A labilidade emocional fica, né? ... pelas alterações emocionais, à flor da pele e elas falam. [...] Então ela está extremamente depressiva. Já era um paciente com um componente psiquiátrico.[...] Sífilis é uma realidade grande na minha unidade [...] A mãe teve Zika durante a gestação.[...] muitas crianças filhas de gestantes que fizeram o acompanhamento com a gente chegaram já no final, em drogação... [...] uma usuária nossa aqui, ela faleceu com quarenta semanas...39 anos. Duro, né? **E20***

Conforme relato da participante E20, seu contato profissional com a realidade pessoal das gestantes mostra-se complexo e de difícil resolução em curto prazo quando se pensa em intervenções profissionais isoladas. Essa situação retrata a pouca adesão das mulheres ao planejamento reprodutivo e/ou pode ser compreendida como decorrente de uma gravidez não planejada, que evidencia a intensidade dos estressores pessoais (na perspectiva da usuária) e a intensidade da carga emocional sobre a vivência profissional (na perspectiva da atuação profissional).

Quadro 7: Fontes, número de fragmentos utilizados e fragmentos exemplificativos sobre os estressores intrapessoais, interpessoais e transpessoais segundo referencial de Neuman.

Eixos Fontes/*	Fragmentos de discursos exemplificativos: ESTRESSORES INTRAPESSOAIS
ESTRESSORES INTRAPESSOAIS 78/82	<p>[...] gestante com obesidade, diabética, mais velha, ela é hipertensa...[...] Acho que teve eclâmpsia. E06</p> <p>É usuária de droga, bebe e tal...E07</p> <p>[...] uma gestante com uma gravidez psicológica e ela chegou com uma certeza de que estava grávida, com aumento do volume abdominal e veio com todos os sintomas característicos de uma gravidez. Ai eu tentei ouvir o batimento cardíaco fetal e eu não consegui e aí eu reencaminhei ela para fazer um beta HCG E15.</p> <p>E aí realmente deu um problemão com ela porque, de fato, ela não aceitava de jeito nenhum.E15</p> <p>[...] na minha área de abrangência, eu tenho muitos casos de adolescentes [...] eu tenho histórico de eclâmpsia [...] ou a gente vê um exame de sangue e já deu, por exemplo, positivo para sífilis. [...] eu tinha uma gestante com 45 anos. [...] Acho que ela é até hipertensa. E18</p> <p>[...] a gente trabalha com mães que estão gestante pela quinta/sétima vez [...]. E20</p> <p>Ela tinha a pressão muito alta, então ela estava...uns dias antes, ela tinha tido uma crise de hipertensão e ela foi para a Santa Casa [...] teve um aborto anterior [...] às vezes a própria gestante não dá muita... não assim, não é que dá muita importância... acho que desconhece um pouco a importância, apesar da gente falar na primeira consulta, fazer a abordagem, às vezes não valorizam muito não. E é uma gestante que, da primeira vez, assim, tinha problemas com droga. Ela teve recaída E29.</p> <p>Esse parto se antecipou sem que ela fizesse os exames e, quando o bebê nasceu, no atendimento na maternidade, ela era HIV positiva, etc.E32</p> <p>Ela teve aqui semana passada, com neném de oito meses no colo, achando que ainda não tinha menstruado, dizendo que estava em aleitamento materno exclusivo e que estava tomando remédio. Fui fazer um atendimento, assim: "Vamos dar uma olhadinha?" [...] Olhei, está com infecção urinária [...] começou a ficar com hipertensão no finalzinho [...] durante a gestação, vem a insegurança, o medo do desconhecido, mais um compromisso, então a gente precisa de estar centrado para motivar esta pessoa que está um pouco perdida. E42</p> <p>Eu trabalho com usuários com muita falta de informação.[...] Não sabem quando foi a data da última menstruação. E46</p> <p>Eu tenho uma gestante aqui que, durante a gestação, ela ficou diabética. E48</p> <p>Eu tenho uma menina que começou o pré-natal com a gente. Ela tinha um mioma grande [...] veio uma gestante aqui comigo e ela está com uma hiperglicemia. E51</p> <p>A gente tem muitas gestantes que usam drogas. E54</p> <p>Ela estava com descolamento prévio de placenta; que ela tinha que fazer um ultrassom e, nesse ultrassom, realmente deu um descolamento prévio de placenta. E57</p> <p>Questão de anemia falciforme. [...] uma moça adolescente, nova. E60</p> <p>Adolescente grávida, como a gente já teve casos de menina de 13 anos grávida. Então, está começando a vida dela já com criança [...] tratamento para engravidar. E62</p> <p>Eu fiz um atendimento em que a gestante tinha 38 anos, tinha história de um aborto e ela me relatou um iníciozinho de sangramento. [...] São gestantes com bastante incidência para HIV [...] muita gestante hipertensa. E73</p> <p>As mulheres pensam em ter filhos mais velhas (...) depois de estudar, ter uma renda. E74</p> <p>Menores de idade têm aparecido muitas de 16,15 anos. E79</p> <p>Outro dia a gente teve que mandar uma com hiperêmise para a urgência bem debilitada (...). E79</p>

Continuação

Eixos Fontes/*	Fragmentos de discursos exemplificativos: ESTRESSORES INTERPESSOAIS
ESTRESSORES INTERPESSOAIS 78/72	<p><i>Ela tem cinco filhos, só um que vive com ela, os outros ela deu.</i> E07</p> <p><i>Muitas chegam para a gente no dia da consulta, que ainda não contaram para o parceiro, não sabem se querem e isso sendo adolescente ou não. [...] A gente tem, né, estou com um caso de gestante que fiz a primeira consulta com 26 anos, ela namorava o pai da criança, terminaram porque ele arrumou outra pessoa, aí bateu uma saudade e, nessa volta, ela ficou grávida, mas ele está com outra pessoa.</i> E20</p> <p><i>Crianças com lesões motoras e neurológicas. [...] a pessoa realmente não queria aquela criança, sabe? Rejeição mesmo àquela gravidez.</i> E28</p> <p><i>E ela omitiu o tempo todo ser portadora de HIV, já tendo uma filha de um aninho na época. A menininha na época tinha 11 meses, não fazendo nenhum tratamento.</i> E32</p> <p><i>Tenho observado que as meninas estão iniciando vida sexual muito cedo e, mesmo com orientação, estão engravidando. [...] Não é comum, uma mulher aqui na área procurar a gente querendo engravidar.</i> E37</p> <p><i>Às vezes, elas ficam escondendo a gestação [...] Quando eu assustei, era mais ou menos umas 20 semanas, porque ela era gordinha. A hora que eu pus o sonar, eu até arregalei o olho e ela disse "Nossa, você nem procurou e já achou o neném!" [...] As mulheres, de forma geral, passam por um risco muito grande social: drogas, gestação precoce, muito nova. Essa menina mora num ponto de droga e tem muita criança e muita gestante.</i> E42</p> <p><i>Era o peso dela que eu havia esquecido de anotar no cartão da gestante e aí eu fui atrás do peso dela e ela tinha perdido bebê.</i> E43</p> <p><i>Não têm muita noção da importância do pré-natal, então ela vem no mês e falta no outro. Já chega no final da gravidez para fazer o pré-natal.</i> E46</p> <p><i>Aí tinha achado que ela tinha ganhado, eu mandei ir atrás dela e eu ouvi falar que o bebê dela tinha morrido. Foi no finalzinho da gravidez, eu acho que nove meses, sei lá.</i> E51</p> <p><i>Uma gestante perdeu o neném essa madrugada. Ela perdeu o neném essa madrugada. Ela já estava pra parir a qualquer momento, estava com a barriga grande.</i> E53</p> <p><i>Muitas gestantes em situação de risco.</i> E54</p> <p><i>São pessoas com duas, três gestações</i> E56 <i>Às vezes, foi uma gravidez não planejada. [...] às vezes, não há conversa. [...] o quinto, oitavo, décimo filho.</i> E57</p> <p><i>Chegou aqui do Rio de Janeiro, relatando que ela tinha sido estuprada, mas, assim, eu achei tudo muito confuso na fala dela. Ela tinha vindo com o namorado do Rio, que ele tinha dado alguma coisa para ela beber e ele abusou dela. [...] detectei uma gestante com gemelar [...] "Ah, são gêmeos! (...)". Ela estava literalmente desesperada [...] Então, a gente está observando a questão de depressão.</i> E60</p> <p><i>Ela engravidou, como dizem, no resguardo ainda, né. [...] Aí você vê uma menina nova, vai para o quarto filho, né (...).</i> E61</p> <p><i>É uma gravidez indesejada e já vão assumir uma responsabilidade antes da época, né. [...] muitas vezes vêm de uma gestação não planejada.</i> E62</p> <p><i>O marido é dependente químico e o marido não faz nada.</i> E70 <i>Muitas vezes também, nesse caso de gravidez na adolescência, a gente percebe uma falta de estrutura familiar [...] estrutura familiar que não tem [...] às vezes, a gestante tem um relacionamento abusivo com o companheiro.</i> E71</p> <p><i>E com história de contaminação por HPV [...] Já teve até dois casos de contaminação por sífilis.</i> E73</p> <p><i>das gestantes com uma faixa etária aí de 17 a 25, 26 anos. Geralmente já chega na terceira gravidez, então é muito nova [...] tem chegado aqui muita gente grávida e gravidez não desejada. [...] são mulheres novas e que têm duas, três gravidez. [...] E as mais novinhas, de 16, 17 anos, primeira gravidez e nem sempre com o mesmo parceiro.</i> E74</p> <p><i>Disse que ela iria deixar a criança na maternidade, que ela não queria ver a cara dela. Já sabia que era uma menininha, tinha feito o ultrassom. [...] Ela não veio logo que viu. Eu acho que ela tentou abortar primeiro.</i> E75</p> <p><i>É uma autonomia muito diminuída. Eu acho muito diferente. Eu trabalhei, antes de vir para a rural, 26 anos na urbana e eu vejo como as mulheres urbanas deslocam com mais facilidade, elas têm amigas. Aqui não, aqui as mulheres são mais vulneráveis ainda no regime do campo.</i> E76</p> <p><i>A mulher havia acabado de ter uma relação desprotegida [...] Risco social muito grande [...] Usuárias de drogas, esposas de traficantes. As que não são, a gente acaba descobrindo que têm um parente que é envolvido.</i> E79</p>

Continua

Continuação

Eixos	Fragmentos de discursos exemplificativos: ESTRESSORES EXTRAPESSOAIS
ESTRESSORES EXTRAPESSOAL (Fonte: 78 e *82)	<p><i>A gente falava com ela que ela era gestante, mas ela teimava que não era. [...] E a gente tentou fazer o pré-natal dela, fez a primeira consulta e tudo, mas uma dificuldade para voltar e tal...e realmente ela ganhou o neném sem o acompanhamento. E07</i></p> <p><i>Já aproveita para fazer uma consulta, pra não perder. Se eu sei que é já uma gestante complicada, sei que não vai aparecer. E aproveio o momento. E08</i></p> <p><i>As consultas com os especialistas são mais alongadas. Eles não conseguem atender ela mensalmente, corretamente ali. Então você entra completando esse vácuo, né, e estando perto e vendo que realmente elas adoram esse vínculo. E10</i></p> <p><i>E ela percorria a rede, ela ia em especialista e assim, o tempo inteiro ela falando que tinha um neném ali dentro. [...] também pego gestante com 38 semanas que não teve nenhuma consulta de pré-natal. E15</i></p> <p><i>Uma paciente com sete meses. Ela, assim, aparentemente descobriu a gravidez, mas não tinha exames, não tinha nada que confirmava as semanas que a paciente estava gesta. E23</i></p> <p><i>Então, assim, a primeira gestação chegou a concluir e esse ano ela voltou de novo. Sumiu, assim, ficou ausente do posto porque ela foi para outra cidade, e chegou aqui já no quinto mês já de gestação. [...] Ai marcou de novo e ela não veio. Ai marcamos de novo e ela também não veio. E até hoje ela não veio (risos). Ela já deve estar no sexto mês. E31</i></p> <p><i>A mulher já estava com aproximadamente 34 semanas e não trazia nenhum documento..E32</i></p> <p><i>Ela mudou várias vezes nesse período de trinta e tantas semanas, ela mudou várias vezes, passou por várias unidades. [...] Eu não vou falar que ela tem que alimentar tantas vezes de fruta por dia porque, na nossa realidade aqui, nem todas têm essa condição de comprar uma fruta diferente, fazer um suco, não têm. E36</i></p> <p><i>A gente tem um perfil de usuário com muito baixa escolaridade, difícil de conversar e problema de entendimento mesmo porque a gente pergunta a pessoa no cadastro mesmo; pede ultrassom e a pessoa não faz ultrassom e, às vezes, volta para consulta sem resultado nenhum. E46</i></p> <p><i>Então, às vezes, até ocorreu caso da gente ter que chamar o pai e a mãe, conversar direitinho porque elas falavam que não ia de jeito nenhum porque elas não queriam ir porque a experiência não foi boa. [...] E50</i></p> <p><i>Tem caso de gestantes que não fazem pré-natal. Só ingressam no hospital quando já está realmente em trabalho de parto. [...] muitas gestantes que estão desnutridas. E54</i></p> <p><i>População com características de população rural, devido ao distanciamento da região central da cidade. E56</i></p> <p><i>É uma mulher que já teve um filho e ela tem uma história de que não procura a unidade para fazer o pré-natal [...] A gente pega muita gente que tem uma condição socioeconômica bem baixa. E57</i></p> <p><i>Às vezes, a paciente vai ser atendida em outro serviço e os dados não constam. E59</i></p> <p><i>Ela deveria ter sido encaminhada porque questão de abuso, seria encaminhada; mas eles não têm condição econômica para poder consultar em outros serviços da rede. E60 [...]</i></p> <p><i>Quando é mais novinha, não é de frequentar; engravida e começa a frequentar (o serviço de saúde) Pessoas que perderam o plano, que não têm mais condição de pagar, aí estão procurando o serviço público. E61</i></p> <p><i>Quando falta alguma medicação, muitas vezes, a paciente em termos de situação financeira, às vezes, a paciente não tem condição de descer. E64</i></p> <p><i>A gente tem muitos pacientes nômades. E65.</i></p> <p><i>No outro dia, ela foi e voltou. Continuava com os quatro centímetros. Resultado, ele teve o bebê em casa. O parto dela foi em casa, aí o Samu veio depois que ela ganhou a neném, o Samu chegou na casa dela. [...] Mas eu tenho gestantes que são completamente assim, relapsas. Você pede exame, não faz. Orienta alimentação saudável; orienta o uso de medicamento, não faz o uso. E69</i></p> <p><i>Às vezes, eles não têm dinheiro nem para ônibus. E70</i></p> <p><i>Segundo elas ou tomou remédio errado ou não tomou a medicação ou tomou o remédio e não sabe o que aconteceu. E74</i></p> <p><i>Ela já estava com a gravidez mais avançada e não era a primeira gravidez dela. E75</i></p>

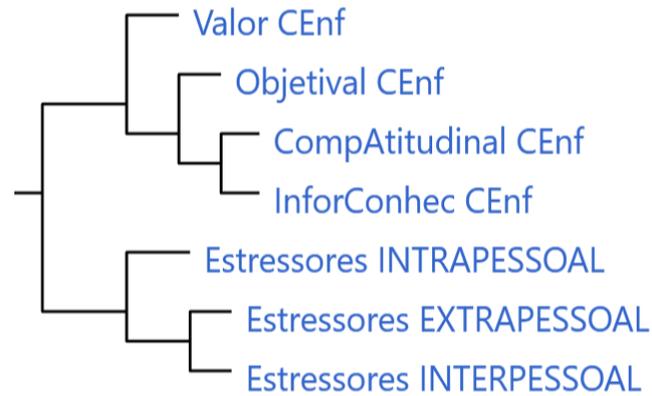
Nota das autoras: Quadro elaborado pelas autoras (Jun/2019) a partir de dados extraídos do tratamento de dados do programa NVivo Pro 11. * Número de Fragmentos de discursos alocados segundo eixo.

Foram situações peculiares: 1) o fato de o termo indutor “prontuário eletrônico” estar vinculado a algo inexistente e utópico e vinculado ao tempo remete a “dificuldade-não-sei”, uma vez que envolve o uso de tecnologia informatizada e nem todos os participantes, por não serem nativos digitais, conseguem dominar o manuseio dessa tecnologia. Tal fato é corroborado pelos cognemas sobrecarga-estado-emocional alocados na segunda periferia; 2) o “vínculo-afeto” emergiu somente na primeira periferia do Sis prenatal.

A forma como os estressores se articularam com as dimensões de cada conteúdo abordado (consulta de enfermagem e protocolo assistencial do MS na atenção pré-natal de risco habitual e registro de enfermagem, prontuário eletrônico e Sis prenatal) apresentou peculiaridades que motivaram a apresentação da **Figura 29**, na qual consta o dendograma da vinculação entre os conteúdos de interesse.

Figura 29: Esquema ilustrativo do tipo Dendograma vinculando os estressores com a consulta de enfermagem e o Protocolo do Ministério da Saúde.

Nós em cluster por similaridade de palavra



Nós em cluster por similaridade de palavra

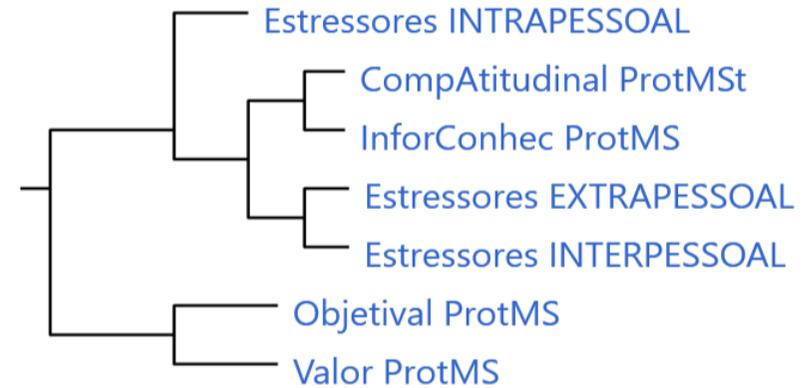
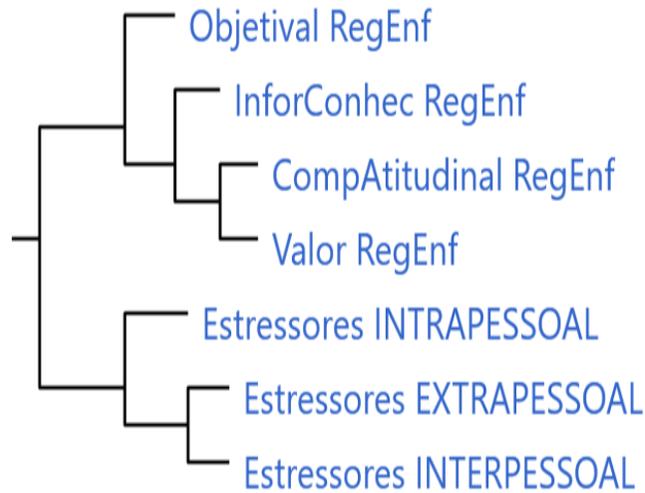
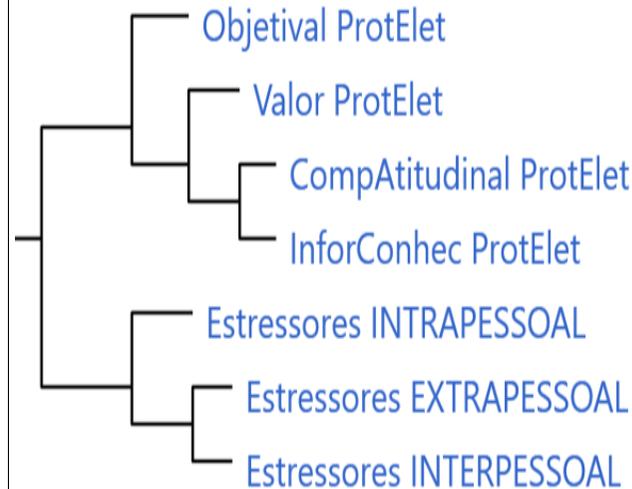


Figura 30: Esquema ilustrativo do tipo Dendograma vinculando os estressores com a registro de enfermagem, prontuário eletrônico e Sisprenatal.

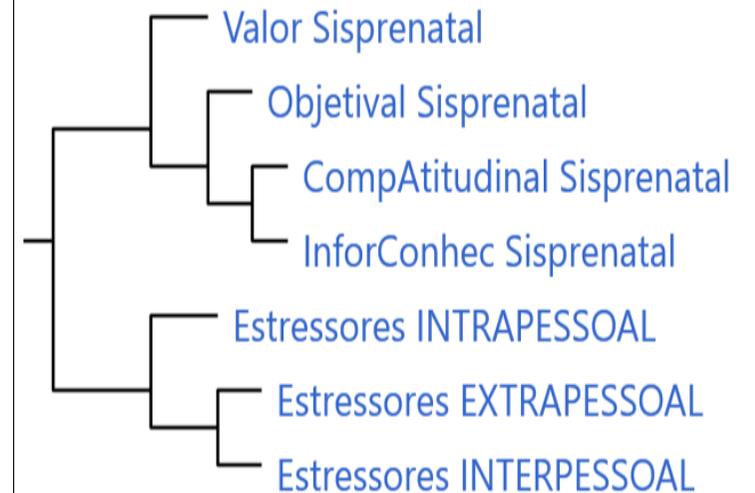
Nós em cluster por similaridade de palavra



Nós em cluster por similaridade de palavra



Nós em cluster por similaridade de palavra



Fonte: Programa NVivo Pro 11 (Jun/2019).

Ao aproximar os estressores identificados a partir dos conteúdos discursivos, evocados e captados por meio do diário de campo, da proposta teórica de Neuman, foi possível identificar situações estressoras descritas pelos enfermeiros que integraram a presente investigação que ocorriam com as gestantes e perceber alguns estressores a que eles estavam submetidos em decorrência do exercício profissional, o que caracteriza vulnerabilidade ou risco para o adoecimento do trabalhador.

Então, a gestante já fazia o pré-natal em outra instituição e, quando a gente foi fazer a abordagem do recém-nascido, a gente descobriu que ele tava natimorto. No Finalzinho agora da gestação, o neném nasceu e morreu. E06

Ela era assim...uma pessoa que ela queria muito o neném. Ela tinha casado de novo. Os dois já tinham tentado, teve um aborto anterior [...] e eles queriam muito o neném. Eles ficaram a gravidez inteira com medo de perder o neném, de ter um aborto, né? [...] Ela morreu, ela teve uma complicação. Ela e o neném. [...] No ano passado, um problema porque tínhamos uma médica que o pessoal não se dava muito bem com ela e muitas gestantes nossas foram fazer o pré-natal em outro lugar. [...] nós tivemos problema com a médica ano passado. Ela era cubana e elas não entendiam muito o que ela falava. Aí sim, foi uma debandada aqui de gestante para outros serviços. [...] Usuário de droga; às vezes, a pessoa vive uma situação de tráfico mesmo. E29

Ela mora com os pais, a mãe é acamada. Ela vive uma questão muito difícil de vida. Eu vou ter que colocar meu filho na escola antes do tempo que ele teria que ir. Eu queria poder cuidar dele em casa. E aí chorou! Chorou de cair lágrima. Aí ela falou "Você vê, vou ter que colocar ele na escola. Eu não queria separar dele agora e tudo mais. [...]". Uma outra, por exemplo, ela já estava em fase mais avançada na gestação. Estava com muito problema de depressão. Então, é uma situação muito complicada também. Vivendo uma relação bem difícil com companheiro, que descobriu e deixou ela. Ele era casado e ela descobriu isso tudo depois. E48

Ela voltou solicitando uma medicação para pressão, que não tava encontrando em lugar nenhum e a gente até tinha essa medicação aqui; foi liberada para ela. [...] às vezes, a própria família, o próprio pai da criança ou até tem outros filhos, né, que precisa também de cuidar...é uma série de situação. Falta dinheiro, falta comida. E29

Demora-se muito a se fazer e ter o resultado do exame. Coleta demora a ser agendada. Então, às vezes, ela inicia aqui com 20 semanas e está arriscado não conseguir todos os exames do pré-natal. [...] quando ela vai para o alto risco, principalmente, eu vejo a gestante voltando com pressão arterial e batimento cardio fetal, mais nada. Às vezes, um peso. Tem vários casos de gestantes que foram para o alto risco, retornaram querendo fazer o acompanhamento aqui porque é aquela frase clássica "O médico não bota nem a mão em mim." E58

Nesse sentido, buscou-se na reflexão sobre a aplicabilidade da proposta teórica, conceitual e filosófica de Neuman elencar os principais estressores para os dois segmentos (gestantes e enfermeiros).

ESTRESSOR AUTOPERCEBIDO PELO ENFERMEIRO QUE A IMPACTA: *a gente lida com pessoas muito complicadas, muito complicadas, de total falta de recurso econômico, de moradia [...] conta dessa questão socioeconômica porque a família não é bem estruturada. [...] muitas crianças estão nascendo e não estão fazendo a BCG na maternidade [...] eu passo os nove meses acompanhando e a gestante não aceita a gestação por conta dessas coisas porque não tem apoio [...], às vezes, até pela questão econômica. E71*

O que me preocupa mais é a desinformação. Impressionante como as mulheres da zona rural são desinformadas. [...] Às vezes, a gente tem que trabalhar coisas muito primárias com elas para você garantir o mínimo de confiança nas informações que elas estão trazendo porque elas trazem ainda, muita coisa de dificuldade de entendimento, baixa escolaridade. E77

Já identifiquei gestante de 12 anos [...] Tem muitas dependentes químicas. [...] ela foi com dor [...] tenho preocupação com adolescentes grávidas E70.

Às vezes, a gente fica preocupado quando a gente atende uma gestante adolescente. Já aconteceu. 13 anos, 14 anos [...] Tem gestantes usuárias de droga. [...] Vários pacientes nossos têm sífilis e não tratam [...] a gestação em si é uma fase de muita mudança na mente da mulher, de muita mudança, de medo, de incerteza. E71

SITUAÇÃO DE GESTANTE IDENTIFICADA COMO ESTRESSOR PELO ENFERMEIRO: *Aí eu falei “Mas só arroz e couve? Você não tem mais nada para comer não?” Aí ela falou para mim que não. Naquele dia, ela só tinha arroz e couve. [...] E eu vejo que metade das gestantes, ou quase metade, são encaminhadas para o alto risco. E73*

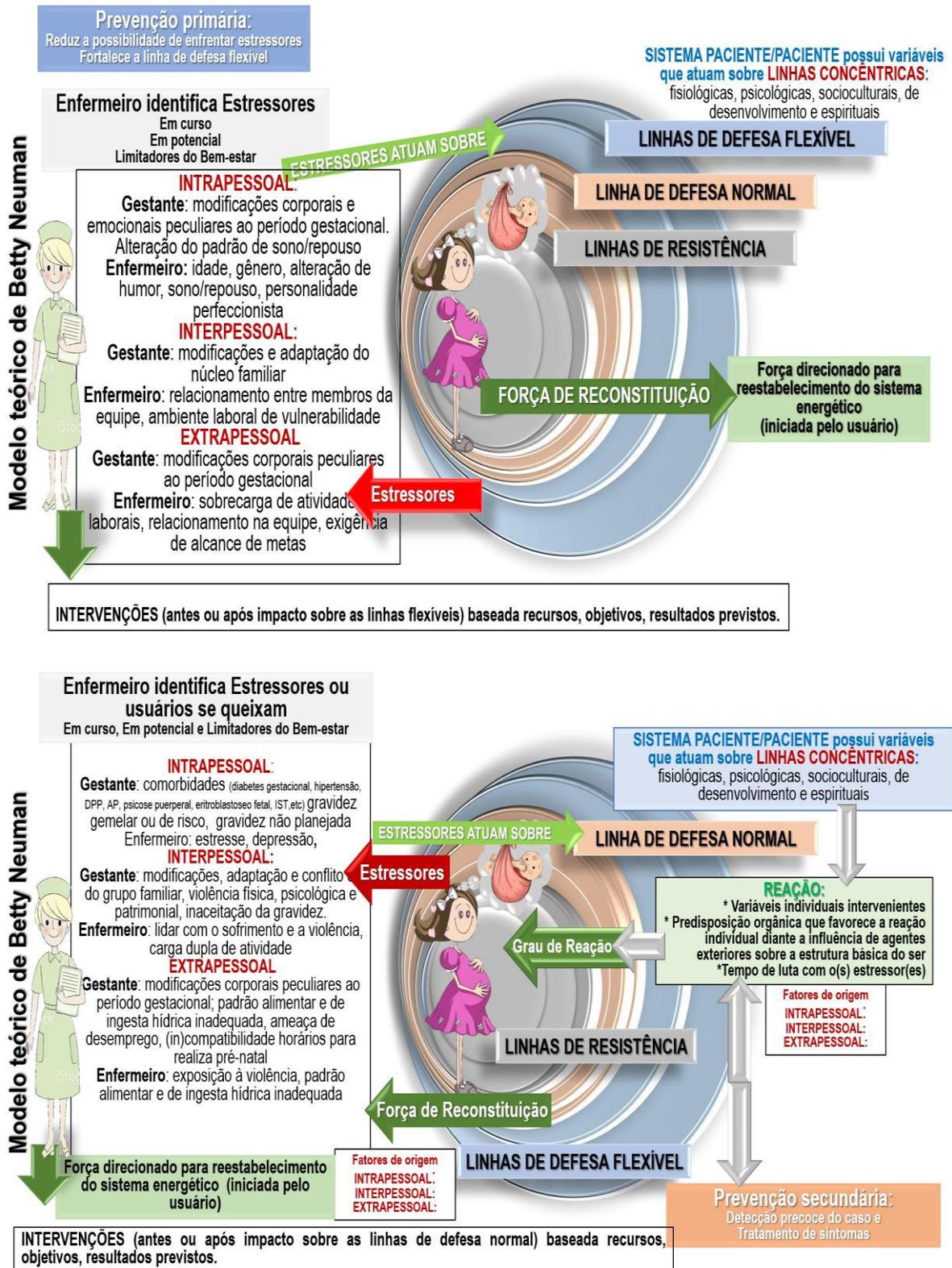
Já teve histórias aqui das meninas evoluir com determinada doença sexualmente transmissível e aí você tem que ter cautela para falar porque é uma usuária não entende bem, te questiona sobre isso. Não aceita, às vezes, é agressiva. [...] Ela tem um bebezinho pequeno de um ano, ela iria engravidar de novo com a situação social toda atrapalhada. O pai da criança está preso e ela tinha tido relação com o outro. Com o risco do que está preso, a hora que saísse matar ela (...). E77

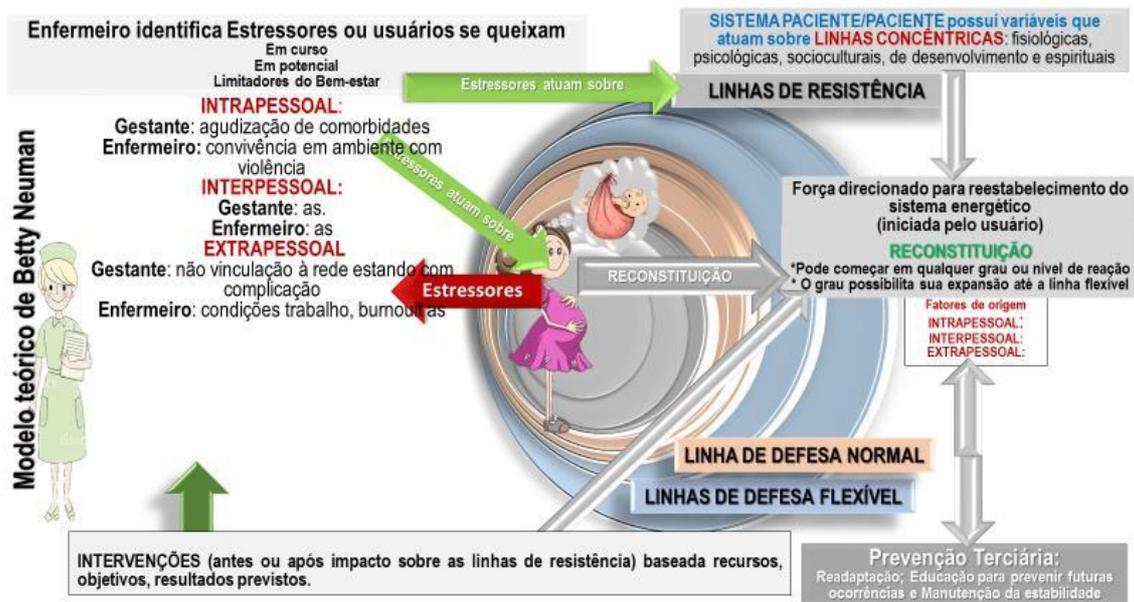
DIVERGÊNCIA DE VALORES DA USUÁRIA E DO PROFISSIONAL: *aí no finalzinho ela deu uma sumida porque ela trabalhava fora e a gente não conseguia vê-la porque ela trabalhava longe e chegava à noite. [...] Muitas vezes, a gente pede vários exames e não trazem no dia certo; não dão valor aos exames que a gente pede. A gente pede uma urocultura, a gente fica preocupada com infecção urinária e elas querem fazer ultrassom para saber o sexo, se está tudo bem, mas não se importam se tem alguma intercorrência nelas que pode prejudicar o neném. E51*

Os fragmentos de relatos anteriormente mencionados podem justificar o mecanismo pelo qual o estressor é capaz de atuar sobre uma ou mais das linhas de defesa flexível, normal ou de resistência, impactando a condição de saúde da gestante e puérpera, do feto/recém-nascido ou do profissional que, por motivos laborais, está exposto a um contexto no qual ele vivencia as circunstâncias como estressores para si de forma consciente ou inconsciente. A construção de vínculos com usuários pode justificar que uma situação por vezes externa ao profissional tenha impacto em seu equilíbrio interno.

Na **Figura 31**, estão explicitados alguns estressores segundo o nível de intervenção de enfermagem, ou seja, prevenção primária, secundária e terciária.

Figura 31: Esquema ilustrativo de como os estressores agem sobre as linhas concêntricas de energia de gestantes e/ou trabalhadores enfermeiros segundo o nível de prevenção primária, secundária e terciária na concepção de Neuman.





Fonte: Adaptado de Neuman para a temática pela autoras (jun/2019).

Diante do exposto, o uso do referencial de Neuman foi capaz de favorecer a identificação e compreensão de estressores de origem intrapessoal, interpessoal e extrapessoal pelo enfermeiro sobre o que ocorre com as pessoas das quais cuida na APS, bem como possibilitou fazer uma releitura de como ele está exposto a um ambiente, ao compartilhamento de informações que podem ser (in)conscientemente geradoras de estresse para ele, enquanto trabalhador da área de saúde. Isso merece o direcionamento do cuidado de enfermagem para a área de conhecimento da Saúde do Trabalhador quando se pensa na necessidade de quem cuida ser também cuidado.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os 81 enfermeiros que atuam em unidades com ESF de um município mineiro e que participaram da presente investigação são a maioria: mulheres (98,3%); brancas (69,1%); casadas (64,2%), idade compreendida entre 35 a 55 anos (65,5%); e com filhos (70,4%). Perfil profissional com um emprego (87,7%); tempo de formado de 10-20 anos (42%); todos com especialização e tempo de atuação na Atenção Primária de 10 a 20 anos (48,1%). Foi possível, a partir da triangulação de dados advindos da ambiência, dos registros de diário de campo e das abordagens estrutural e processual da TRS, retratar os conteúdos representacionais e suas origens sobre a consulta de enfermagem; o protocolo assistencial do MS na atenção ao pré-natal de risco habitual; os registros de enfermagem; o prontuário eletrônico e o Sis prenatal.

A consulta de enfermagem foi objetivada pelo cuidado/assistência e pela obtenção de informações, sendo ancorada no cotidiano, nas relações interprofissionais, na convivência com usuárias/companheiros e no protocolo do MS. Foi caracterizada como uma prática complexa, de caráter técnico preventivo e valorada pela autonomia do exercício laboral. O ser enfermeiro foi caracterizado por conciliar ação-intervenção e ideário filosófico. O exercício profissional foi retratado pela atuação técnica e pelas relações interpessoais.

O protocolo assistencial do Ministério da Saúde para o pré natal de risco habitual foi conhecido como estruturante de uma prática biologicista, hospitalocêntrica e multiprofissional. Esse protocolo prevê que a construção e o estabelecimento de vínculos estão centrados na enfermagem sem comprometer de forma explícita outras categorias profissionais. Ele é ancorado no respaldo e na segurança atribuídos à atuação laboral (solicitação de exames e prescrição de medicamentos) e valorado por alicerçar uma atuação profissional, completa e detalhada, embora extensa.

O registro de enfermagem foi objetivado por julgamento em seu caráter normativo regulamentado pela Lei do Exercício Profissional, pela Resolução sobre a sistematização da assistência de Enfermagem e pelo Código de Ética de Enfermagem, portando julgamento valorativo que encoberta crítica velada. O caráter prescritivo não é suficiente para assegurar sua execução na prática clínica, podendo ocorrer justificativas para o seu não cumprimento. A ancoragem do registro de enfermagem se dá pelos órgãos regulamentadores, pelo processo de coleta de informações e pelos resultados de exames, permitindo identificar as dimensões: assistência/cuidado e conhecimento-informação. Há dicotomia entre pensar e fazer o registro

que está contextualizado em sua historicidade, nas experiências pessoais e profissionais (prática) e nas fontes legais (acesso à informação).

O prontuário eletrônico foi objetivado pelo “registro-documento”, “informação-sistema-tecnologia”, tempo gasto para operacionalizá-lo e pela segurança e pelo respaldo atribuídos à conduta terapêutica. Sua ancoragem foi encoberta pela inabilidade/habilidade em manuseá-lo, pela escassez de infraestrutura para viabilizá-lo ou pela resistência para realizá-lo, embora seja considerado relevante.

O Sis prenatal foi objetivado pela habilidade profissional de coletar informação (anamnese, exame e avaliação), prestar “cuidado-assistência” de enfermagem, agregando autonomia e valorização ao desempenho profissional e pela criação e manutenção de vínculos com gestante/feto e destes com a unidade, sendo ancorada na sistematização da assistência de enfermagem e no uso de tecnologia.

A inexistência de sistema informatizado em todas as unidades foi deduzida a partir da aproximação dos cognemas evocados para os termos indutores prontuário eletrônico e Sis prenatal e justifica a falta de infraestrutura em algumas unidades. As expressões “completa” e “complexo” retratam o uso de mecanismo de defesa, ocultam algo que poderia expor o grupo social a ponto de reduzir seu prestígio e foram ocultadas por meio da dimensão valorativa e emocional. Embora a consulta e o registro de enfermagem sejam valorados positivamente, há dificuldade dos profissionais para inseri-los e/ou executá-los em seu cotidiano com detalhamento, o que favorece o uso de máscara (mascaramento da real situação) e retrata a presença da persona (uso de mecanismo de defesa) na medida em que constitui um incômodo para o profissional reconhecer essa limitação.

A partir de uma leitura dos resultados da presente pesquisa analisados à luz da perspectiva da Teoria de Neuman, foi possível compreender que, no cotidiano, os enfermeiros lidam com problemas de infraestrutura, de segurança, autonomia, variedade de atividades profissionais, reconhecimento profissional, relações interpessoais de poder e hierarquia, limitações econômicas, problemas socioculturais, de sobrecarga de atividade, de exigências para o cumprimento de metas que podem ser interpretadas como estressores capazes de comprometer sua saúde, quando analisados na perspectiva da saúde do trabalhador.

A partir do material textual gerado pelos discursos gravados e conteúdos evocados, foi possível identificar que os enfermeiros mencionam problemas, situações e circunstâncias que são consideradas estressoras intrapessoais, interpessoais e transpessoais cuja origem remete às dimensões fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e desenvolvimentais diversificadas. São componentes intervenientes sobre o *continuum* do processo saúde-doença

para o trinômio gestante/puérpera-feto/recém-nascido/companheiro/familiares e para sua atuação laboral.

Os conteúdos simbólicos sobre consulta de enfermagem e registro de enfermagem da assistência de pré-natal, Sisprenatal, protocolo assistencial do MS para pré-natal de risco e prontuário eletrônico permitiram compreender que, embora estes elementos estejam contextualizados na prática profissional de enfermeiros, nem sempre tais profissionais conseguem alicerçar sua atuação profissional utilizando-os.

Entre as razões para essa conduta estão os estressores representados pela influência da sobrecarga de trabalho, as inconformidades de infraestrutura das unidades, a descontinuidade de recursos materiais e a burocratização das atividades profissionais.

Os resultados sugerem que a falta da informatização é apontada como comprometedora do tempo laboral, impactando o tempo destinado ao atendimento das usuárias. Recomenda-se a estruturação da unidade e a informatização local, visando possibilitar o redimensionamento do tempo profissional e a qualificação dos registros realizados.

8 REFERÊNCIAS³

- 1 WHO. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2015**. . Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization, 2015. ISBN 9789241565141.
- 2 _____. **World Health Statistics 2018: monitoring health for the SDGs: sustainable development goals**. Geneva: World Health Organization, 2018. ISBN 9241565586 9789241565585.
- 3 ALKEMA, L. et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 462-474, 2016. ISSN 0140-6736.
- 4 LEVELS-&-TRENDS-CHILD-MORTALITY. **Report 2017. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation**. United Nations Children's Fund, World Health Organization, World Bank and United Nations. New York (NY): United Nations Children's Fund: 2017:
- 5 GBD-BRAZIL-COLLABORATORS. Burden of disease in Brazil, 1990-2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **Lancet: London, England**, v. 392, n. 10149, 2018. p. 760-775,. ISSN 0140-6736.
- 6 MIRANDA, F. J. S.; SHIMO, A. K. K. **Avaliação do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) no estado de Minas Gerais: 2000 a 2010**. [Dissertação] 2015. Faculdade de Enfermagem, UNICAMP, Campinas, SP.
- 7 PRESADO, M. H.; PALMA, S.; CARDOSO, M. **Vivências de um grupo de mulheres portuguesas em processo de interrupção voluntária da gravidez**. 7º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa-Investigação Qualitativa em Saúde. Vol.2, p.414-422; 2018.
- 8 KISHORE, M. T. et al. Life events and depressive symptoms among pregnant women in India: Moderating role of resilience and social support. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 64, n. 6, 2018. p. 570-577. ISSN 0020-7640.
- 9 CHAVES NETTO, H.; SÁ, R. A. M. **Obstetrícia Básica**. 2ed. São Paulo: Atheneu, 2007, 1120p. ISBN:9788573799545:
- 10 JUDICIBUS, M. A.; MCCABE, M. P. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *The Journal of Sex Research*. vol. 39; n.2., 2002. p.94-103.
- 11 MEIRELES, J. F. F. et al. **Satisfação corporal, idade gestacional e estado nutricional em gestantes**. ABCS HEALTH SCIENCES. vol 41, n. 1, 2016. p.23-28 DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v41i1.841>.

³ Referências estruturadas no Programa Endnote segundo critérios de ordem de citação.

- 12 RASELLA, D. et al. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. **PLoS medicine**, v. 15, n. 5, 2018. ISSN 1549-1277.
- 13 MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. In: (Ed.): Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea *In: MERHY, E.E. et al (Org.) Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*.1 ed. v.1. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 59-71 ISBN: 9788562987199
- 14 MARTÍNEZ, P.; VOHRINGER, P. A.; ROJAS, G. Barreiras de acesso a tratamento para mães com depressão pós-parto em centros de atenção primária: um modelo preditivo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2016;24:e2675. Acesso em: 05 jan 2018. Disponível em< www.revistas.usp.br/rlae/article/view/113359>.
- 15 CHORWE-SUNGANI, G.; CHIPPS, J. A systematic review of screening instruments for depression for use in antenatal services in low resource settings. **BMC Psychiatry BMC Psychiatry**, v. 17, n. 1, 2017.
- 16 Interpregnancy Care. Obstetric Care Consensus: **American College of Obstetricians and Gynecologists**. Vol. 133, nº1, 2019, p. e51-72.
- 17 BRASIL(MS). **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos- Cadernos de Atenção Básica nº 32. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012, 312p. ISBN 9788533419360.
- 18 CRISP, N.; IRO, E. Putting nursing and midwifery at the heart of the Alma-Ata vision. **The Lancet**, v. 392, n. 10156, p. 1377-1379, 2018. ISSN 0140-6736.
- 19 BRASIL. Lei 11.108, de 7 de Abril de 2005. Garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. Brasil. **Diário Oficial da União**, 2005.
- 20 BRASIL(MS). **Portaria Nº 353, de 14 de Fevereiro de 2017**. Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF. Brasil, 2017.
- 21 _____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série C: Projetos, Programas e Relatórios. Ministério da Saúde: Brasília (DF) 2004.
- 22 _____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série C- Projetos, programas e relatórios. 1ª ed. 2ª reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.
- 23 HERRMANN, A. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Angelita Herrmann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima. Rio de Janeiro: Editora do Ministério da Saúde, 2016, 55p.

- 24 WHO. Appropriate technology for birth. **Lancet**. vol. 2; n. 8452; 1985; p.436-7.
- 25 OLIVEIRA, R. R. et al. Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. vol. 50, n. 5, 2016; p.733-740. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342016000600004>.
- 26 HONE, T.; MACINKO, J.; MILLETT, C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? **The Lancet**, v. 392, p. 1461-1472, 2018. ISSN 0140-6736. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673618318294> >. Acesso em: 01 fev 2019.
- 27 BRASIL. CONSTITUIÇÃO 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf
- 28 PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública** [online]. vol (29) n.10 p.1927-1936, 2013. Acesso em: 02 jan 2019. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00099513>>. ISSN 0102-311X.
- 29 BRASIL. Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. Brasil. **Diário Oficial da União**, 1990.
- 30 _____. Lei 8.142, de 28 de Dezembro de 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF. Brasil. **Diário Oficial da União**, 1990.
- 31 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série C: Projetos, Programas e Relatórios. Ministério da Saúde: Brasília (DF), 2004. ISBN 8533407815.
- 32 BRASIL. **Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996**: Regula o inciso 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=1585CB40CB70F16A655332E4B7D84995.proposicoesWeb1?codteor=490199&filename=Legislacao_Citada+-PL+1686/2007 . Acessado em 20/05/2019.
- 33 ZAPATA, L. B. et al. Contraceptive counseling and postpartum contraceptive use. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 212, n. 2, p. 171.e1-171.e8, 2015. ISSN 0002-9378. Disponível em: < <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.07.059> >. Acesso em: 2019/02/02.

- 34 MENDES, E. V. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde.**: Brasília: CONASS,2015. 127p. ISBN 9788580710243.
- 35 _____. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família.** Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. p.91-92.
- 36 BRASIL. Portaria Nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. Brasil. **Diário Oficial da União**, 2010.
- 37 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da Secretaria de Atenção à Saúde.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde,2014. ISBN: 9788533421158.
- 38 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha.** Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde: Brasília (DF), 2011.
- 39 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília(DF), 2017. **Diário Oficial da União**. 2017.
- 40 SALVADOR, M.; SILVA, E. M. Programa saúde na escola: saberes e diálogos na promoção da educação sexual de adolescentes. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v.2,p.73-82, 2018. Disponível em:08 fev 2019. Acesso em <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/2522>>.
- 41 GOMES, D. T. **O pré-natal do Homem: expectativas, dificuldades e vulnerabilidades.** [Tese de Doutorado em Ciências da Saúde] São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Campinas, 2009. Recurso online p. 139. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/332834>
- 42 KOWLESSAR, O.; FOX, J.; WITTKOWSKI, A. The pregnant male: a metasynthesis of first-time fathers experiences of pregnancy. **Journal of Reproductive And Infant Psychology**. vol. 33; n. 2; 2015; p.106-127.
- 43 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Memórias da saúde da família no Brasil.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Série I História da Saúde no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010. 144p.
- 44 BRASIL. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Portaria n. 2436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017.

- 45 BRASIL. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde 2011.
- 46 TETEMANN, E. C.; TRUGILHO, S. M.; SOGAME, L. C. M. Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 15, n. 2, p. 356-369, 2016.
- 47 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestão de Alto Risco.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 5ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302p. ISBN 9788533417670.
- 48 LIMA, S. S. Enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia Saúde da Família. **Aquichán**, v. 13, n. 2, p. 261-269, 2013. ISSN 1657-5997.
- 49 FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Machado, R. (Org.). 7ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra 2018.
- 50 DOMINGUES, R. M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista panamericana de salud publica**, v. 37, n. 3, p. 140-7, 2015. ISSN 1020-4989.
- 51 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento:** Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará, v.4. Ministério da Saúde: Brasília (DF), 2014. ISBN 978-85-334-2136-3.
- 52 GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional.** Porto Alegre: Artmed, 2000. ISBN 8573075872 9788573075878.
- 53 MCEWEN, M.; WILL, E. M.; THORELL, A. M. **Bases Teóricas para Enfermagem.** São Paulo: Artmed, 2009. ISBN 9788536317885 8536317884.
- 54 NEUMAN, B.; FAWCETT, J. **The Neuman systems model.** 2011. ISBN 9780135142776 0135142776.
- 55 MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. ISBN 9788532628961 8532628966.
- 56 JODELET, D. Representações sociais: Um domínio em expansão. in: **As representações sociais**_17-44 p. 2001.
- 57 MORERA, J. A. C. E. A. Aspectos teóricos e metodológicos de Representações Sociais. **Texto e Contexto- Enfermagem.** vol.24: p.1157-1165 p. 2015.
- 58 ABRIC, J. C. **A zona muda das representações sociais.** Representações sociais: uma teoria sem fronteiras. IN: OLIVEIRA, D. C. e CAMPOS, P. H. F. O. Rio de Janeiro: Museu da República: p.23-34 p. 2005.

- 59 _____ **Prácticas sociales y representaciones**. México, D.F.: Ediciones Coyoacán, 2011. ISBN 9786079014414 6079014416.
- 60 _____ Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations. **Papers on Social Representations: Textes sur Les Représentations Sociales**. 2 (2): 75-78 p. 1993.
- 61 ABRIC, J.-C. Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations. In: **Papers on Social Representations: Textes sur Les Représentations Sociales**. 2 (2): 75-78 p. 1993.
- 62 SILVA, S. E. D.; CAMARGO, B. V.; PADILHA, M. I. A teoria das representações sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [online]. 2011, vol.64, n.5, p.947-951. Acesso em: 08 fev 2019. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a22v64n5.pdf>>ISSN: 0034-7167.
- 63 IBGE. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde do município de Juiz de Fora (MG)**. [Internet]. Disponível em:<<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/juiz-de-fora.html>>. Acesso em: 28 jan. 2019.
- 64 _____ **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde do município de Juiz de Fora(MG)**. [Internet] Disponível em:<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama>>. Acesso em: 28 jan.2019.
- 65 FARIA, D. R. et al. Mortalidade materna em cidade-polo de assistência na região Sudeste: tendência temporal e determinantes sociais. **Revista Médica de Minas Gerais** v.22(1): p.18-25, 2012. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/121>>. Acesso em 28 jan. 2019.
- 66 MADUKA, O.; AKPAN, G.; MALEGHEMI, S. Using Android and Open Data Kit Technology in Data Management for Research in Resource-Limited Settings in the Niger Delta Region of Nigeria: Cross-Sectional Household Survey. **JMIR Mhealth Uhealth JMIR mHealth and uHealth**, v. 5, n. 11, p. e171, 2017.
- 67 ABRIC, J. C. **A zona muda das representações sociais**.: In OLIVEIRA, D.C.; CAMPOS, P.H.F. (Org.).Representações sociais: uma teoria sem fronteiras. Rio de Janeiro: Ed. Museu da República, 2005. p.23-34.
- 68 FORNARI, M. K. **O tratamento lexicográfico das palavras gramaticais: discussão teórica e análise de verbetes**. v.3, n.3. Travessias:2009.
- 69 ALVES, M. D. S. et al. Social representation of elderly people on falls: structural analysis and in the light of Neuman. **REBEn**, v. 71, n. suppl 2, p. 851-859, 2018. ISSN 1984-0446.
- 70 MOSCOVICI, S. **Psychoanalysis: its image and its public**. Cambridge, UK: Polity, 2008. ISBN 9780745632681 0745632688 9780745632698 0745632696.

- 71 MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14^a ed. São Paulo: Hucitec, 2014. ISBN 9788527101813 8527101815.
- 72 BRASIL(MS). **Resolução nº 466/2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos - Conselho Nacional de Saúde. Brasília (DF) 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- 73 _____. **Resolução nº 510/2016**. Dispõe sobre normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais - Conselho Nacional de Saúde. Brasília (DF) 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- 74 MACHADO, M. H. *et al.* Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. **Enfermagem em Foco**, v. 7, n. (ESP), p. 15-27, 2016. ISSN 2177-4285.
- 75 ANJOS, J. C.; BOING, A. F. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 4, 2016. ISSN 1415-790X.
- 76 PRIMO, C. C. *et al.* Classificação internacional para a prática de enfermagem na assistência pré-natal. **Revista Enfermagem em Foco**, v. 6, n. 1/4, p. 17-23, 2016. ISSN 2177-4285.
- 77 OLIVEIRA, T. C. *et al.* A assistência de enfermagem obstétrica à luz da teoria dos cuidados de Kristen Swanson. **Revista Enfermagem em Foco**, v. 9, n. 2, 2018. ISSN 2177-4285.
- 78 DANTAS, S. L. C. *et al.* Representações sociais de enfermeiros da Atenção Primária à Saúde sobre cuidado de enfermagem no pós-parto. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 3, 2018.
- 79 GARCIA, E. S. G. F. *et al.* As ações de enfermagem no cuidado à gestante: um desafio à Atenção Primária de Saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 10, n. 3, p. 863-870, 2018. ISSN 1809-6107.
- 80 SIMÃO, A. M. S. *et al.* Management of prenatal nursing care at a Health Center in Angola. **REBEn**, v. 72, n. suppl 1, p. 129-136, 2019. ISSN 0034-7167.
- 81 ARAÚJO, R. B. *et al.* Cuidados de enfermagem no pré-natal de baixo risco na Estratégia Saúde da Família: uma análise em periódicos nacionais. **Revista Uningá**, v. 56. nS2, p. 160-173, mar. 2019. ISSN 2318-0579.
- 82 CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEn). **Lei n.7498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília (DF): Conselho Federal de Enfermagem, 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm

- 83 CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEn). **Resolução COFEN Nº358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de saúde brasileiras. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
- 84 CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEn). **Resolução COFEn n. 564/2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília (DF): Conselho Federal de Enfermagem, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html
- 85 PEPLAU, H. E. **Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing**. 1st Edition EBook: Hildegard E Peplau: 2004. ISBN 9780826179111.
- 86 WATSON, J. **Nursing: Human Science and Human Care: A Theory of Nursing**. Sudbury, Mass.: Jones & Bartlett Publishers, 2008. ISBN 9780763753221 076375322X.
- 87 LEÃO, E. R.; SAVIETO, R. M. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. **ean Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 198-202, 2016. ISSN 2177-9465.
- 88 GARCÍA V, M.; JANA A, A.; URRÁ M, E. Algunos Aspectos Esenciales del Pensamiento de Jean Watson y su Teoría de Cuidados Transpersonales. **Ciencia y enfermería**, v. 17, n. 3, p. 11-22, 2011. ISSN 0717-9553.
- 89 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos HumanizaSUS**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília (DF): Ministério da Saúde: 2012. ISBN 9788533416673 8533416679.
- 90 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 650, de 5 de outubro de 2011**: Dispõe sobre os planos de ação regional e municipal da Rede Cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.
- 91 MAYOR, M. S. S. *et al.* Avaliação dos indicadores da assistência pré-natal em unidade de saúde da família, em um município da Amazônia Legal. **Revista Cereus**, v. 10, n. 1, p. 91-100, 2018. ISSN 2175-7275.
- 92 LEININGER, M. M.; MCFARLAND, M. R. **Transcultural nursing : concepts, theories, research, and practice**. New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division, 2013. ISBN 0071353976 9780071353977.
- 93 GUIMARAES, W. S. G. *et al.* Access to prenatal care and quality of care in the family health strategy: Infrastructure, care, and management. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, 2018. ISSN 0102-311X.
- 94 ARRAES JARDIM, M. J.; BARROS FONSECA, L. M.; ARRAES SILVA, A. Contribuições do Enfermeiro no Pré-Natal para a Conquista do Empoderamento da Gestante. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental [Online]**, v. 11, n. 2, p. 432, 2019. ISSN 1809-6107.

- 95 RAMOS, A. S. M. B. et al. A assistência pré-natal prestada pelo enfermeiro sob a ótica das gestantes: **Revista Interdisciplinar**. v.11. n. abr. mai. jun.2018. ISSN 2317-5079.
- 96 BENNER, P. **From novice two expert**: Amerinac Journal of Nursing.: 402-407 p. 1982.
- 97 MENIN, M. S. D. S. Representação social e estereótipo: a zona muda das representações sociais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 1, p. 43-51, 2006.
- 98 CASTRO, A.; GIOACOMOZZI, A. I.; CAMARGO, B. V. Representações sociais, zona muda e práticas sociais femininas sobre envelhecimento e rejuvenescimento. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v.9, n.2, p.58-77, 2018.
- 99 CORREA LANNES, D. R.; GONZAGA, L. L. Rejeição do uso de camisinha por adolescentes: uma perspectiva a partir da zona muda das representações sociais. **Revista Espaço Pedagógico**, v. 25, n. 2, p. 472-487, 2018. ISSN 0104-7469.
- 100 HOUAISS, A. et al. **Pequeno dicionário Houaiss da língua portuguesa**. 2015. ISBN 9788516101473 8516101479.
- 101 CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEn) . **Resolução COFEn n. 514/2016**. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem. Brasília (DF): Conselho Federal de Enfermagem, 2016.
- 102 TSUNECHIRO, M. A. et al. Avaliação da assistência pré-natal conforme o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Rev. Brasileira Saúde Materno-infantil**. 2018, Recife, vol.18, n. 4; p.781-90. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000400006>.
- 103 CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. CÂMARA TÉCNICA DE LEGISLAÇÃO E NORMAS (CTLN). Portaria 523/2015. **Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem**. Rio de Janeiro: COFEn, 2016., p.1-52. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>
- 104 BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. Resolução CNS/CES n.3, de 07 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da República Federativa da União**. Brasília, 09 nov. 2001. Seção 1, p.37. Brasília(DF): Ministério da Educação e Cultura, 2001.
- 105 BRASIL. **Lei n. 9394**, de 20 de dezembro de 1961. Fixa as diretrizes e bases da Educação Nacional. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm>. Acesso 12/06/2019.
- 106 BRASIL. **Lei n. 4024, de 20 de dezembro de 1961**: Fixa as Diretrizes e bases da Educação Nacional. Brasília (DF): 1963. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/14024.htm.

- 107 VIEIRA, M. A. et al. Diretrizes Curriculares Nacionais para a área de enfermagem: o papel das competências na formação do enfermeiro. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**. Vol 5, n. 1; 2016 p.105-121.
- 108 BRASIL. Lei Nº 13.105, de 16 de março de 2015: Código de Processo Civil. **Diário Oficial da União**, Brasília, 17 mar. 2015. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/174276278/lei-13105-15> . Acessado em 22/05/2019.
- 109 _____. Lei Nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília (DF). Brasil. **Diário Oficial da União**, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm . Acessado em 22/05/2019.
- 110 _____. Decreto-Lei Nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940: Código Penal. Rio de Janeiro, **Diário Oficial da União**, 31 dez. 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm . Acessado em 22/05/2019.
- 111 CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEn). Decreto N. 94.406/87. Regulamenta a Lei N. 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 jun. 1987. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html . Acessado em 22/05/2019.
- 112 VIEIRA, V. C. D. L. et al. Análise da assistência pré-natal em municípios de diferentes portes populacionais do Paraná. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 1, p. 125-132, 2016. ISSN 1677-3861.
- 113 BARBOSA, E. M. G. et al. Constituent elements of the nursing consultation in the pre-natal care in the view of the pregnant women. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 6, p. 774-781, 2016. ISSN 2175-6783.
- 114 DIAS, E. G. et al. Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes. **Revista Sustinere**, v. 6, n. 1, p. 52-62, 2018.
- 115 LIMA, D. D. S. **Procedimentos mínimos ofertados à gestante de risco habitual no pré-natal, em São Luís- MA**: [Trabalho de Conclusão de Curso] São Luís (MA): Universidade Federal do Maranhão. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Graduação em Enfermagem. Campos Bacanga 2018, p.. Disponível em: <http://hdl.handle.net/123456789/2912>
- 116 SILVEIRA, D. et al. **Questionário sobre a atenção ao pré-natal e puerpério**.: [e-book]. Especialização em Saúde da Família. UNASUS. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/10417> . Acessado em 22/05/2019.
- 117 KATZ, P. R.; KARUZA, J. Physician practice in post-acute and long-term care: Determining the Value Proposition. **JAMDA**. vol. 16; 2015. p. 728-30. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.06.005>.

- 118 HUANG, M. Z.; GIBSON, C. J.; TERRY, A. L. Measuring Electronic Health Record Use in Primary Care: A Scoping Review. **Applied Clinical Informatics**. vol 9, n. 1; 2018; p.15-33. doi: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0037-1615807>.
- 119 COHEN, G.; ADLER-MILSTEIN, J. Meaningful use care coordination criteria: Perceived barriers and benefits among primary care providers. **Journal of the American Medical Informatics Association**. vol. 23, 2016; p.e146-51. DOI: <https://doi.org/10.1093/jamia/ocv147>.
- 120 ALVARES, A. S. et al. Humanized practices of obstetric nurses: contributions in maternal welfare. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 71.,n.6; 2018, p. 2620-2627, ISSN 1984-0446. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001202620. Acessado em 20/05/2019.
- 121 WARMLING, C. M. et al. Práticas sociais de medicalização e humanização no cuidado de mulheres na gestação. **Cadernos de saúde publica**, v. 34, n. 4, 2018. ISSN 0102-311X.
- 122 ALVARES, A. S. et al. Humanized practices of obstetric nurses: contributions in maternal welfare. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. v.71. n.6: 2620, p. 2620, ISSN 1984-0446.
- 123 RIBEIRO, G. C.; PADOVEZE, M. C. Nursing Care Systematization in a basic health unit: perception of the nursing team. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, n. e-03375. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017028803375>, 2018. ISSN 0080-6234.
- 124 GUO, Y. et al. Underserved Pregnant and Postpartum Women's Access and Use of Their Health Records. **MCN. The American journal of maternal child nursing**, vol. 43, n. 3 2018; p.164-170. DOI: <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000432>, ISSN 0361-929X.
- 125 TAVARES, R.; FUKUDA, R.; BIAZIN, D. **Prontuário Eletrônico na Sistematização da Assistência de Enfermagem**. *Terra e Cultura*. jul-dez. 2011; n.53, ano 27.
- 126 FERMINO, V. et al. Estratégia Saúde da Família: gerenciamento do cuidado de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2017. Acesso em:16 mar 2019. doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v19.42691>.

ANEXOS e APÊNDICE

Apêndice 1: Instrumento de coleta de dados destinado a subsidiar a abordagem a enfermeiros.

Caracterização dos participantes									
Código do participante (número sequencial contendo três dígitos)					Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino				
Idade:		Cor da pele declarada: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Indígena							
Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro ou separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Casado ou União estável <input type="checkbox"/> outros especificar									
Vínculo empregatício: <input type="checkbox"/> CLT <input type="checkbox"/> Contrato temporário									
Número de empregos/ocupações. Formais:					Informais:				
Perfil Profissional									
Tempo de Formado (em anos):					Tempo de atuação como profissional na área em que atua:				
Tempo de atuação na APS:									
Tem curso de especialização: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Especificar (registrar todos mencionados):									
Perfil da instituição/local em que atua									
Tipo de modelo: <input type="checkbox"/> Tradicional <input type="checkbox"/> ESF <input type="checkbox"/> Misto									
Horário de funcionamento da unidade: <input type="checkbox"/> tradicional 7h às 11h às 13h às 17h <input type="checkbox"/> Especial ex: zona rural especificar									
Abordagem qualitativa: Abordagem estrutural da TRS									
Instrução: Tendo o(s) termos indutores a seguir mencione as cinco primeiras palavras que lhe vierem à mente quando cada um deles for mencionado.									
Registros de enfermagem realizados no Sisprenatal		Registro de enfermagem realizados no prontuário		Consulta de Enfermagem no pré-natal		Protocolo assistencial do Ministério da Saúde: atenção ao pré-natal de baixo risco		Uso de prontuário eletrônico	
1		1		1		1		1	
2		2		2		2		2	
3		3		3		3		3	
4		4		4		4		4	
5		5		5		5		5	
Abordagem qualitativa: Abordagem processual da TRS									
Questões norteadoras:									
1) consulta de enfermagem: Como é para você a consulta de enfermagem de pré-natal? Se você estivesse conversando com alguém e precisasse representá-la para alguém como faria? Conte-me um caso que você tenha vivido, ouvido ou presenciado sobre a consulta de enfermagem de pré-natal;									
2) Protocolo do Ministério da Saúde para pré-natal de baixo risco: Como é para você o protocolo do Ministério da saúde para pré-natal de risco habitual na UBS? Se você estivesse conversando com alguém e precisasse representá-lo para alguém como faria? Conte-me um caso que você tenha vivido, ouvido ou tenha presenciado sobre o protocolo do MS;									
3) registro de enfermagem: Como é para você o registro de enfermagem? Se você estivesse conversando com alguém e precisasse representá-lo para alguém como faria? Conte-me um caso que você tenha vivido, ouvido ou tenha presenciado sobre o registro de enfermagem;									
4) prontuário eletrônico: Como é para você o prontuário eletrônico? Se você estivesse conversando com alguém e precisasse representá-lo para alguém como faria? Conte-me um caso que você tenha vivido, ouvido ou tenha presenciado sobre o prontuário eletrônico;									
5) Sisprenatal: Como é para você o Sisprenatal? Se você estivesse conversando com alguém e precisasse representá-lo para alguém como faria? Conte-me um caso que você tenha vivido, ouvido ou tenha presenciado sobre o Sisprenatal.									

Apêndice 2: Previsão orçamentária para viabilização de sua operacionalização. Abr/2018.

Descrição de gastos	Quantidade	Valor em Reais (R\$)
Material de Consumo		
Caderno para diário de campo (Anotações)	2	8,00
Canetas Azuis	10	8,00
Impressões e fotocópias	5.000	500,00
Pen Drive	1	25,00
Passagem de ônibus	512	1.587,20
Subtotal		R\$ 2.128,20
Material permanente		
Computador	1	2.200,00
Tablet	1	400,00
Subtotal		R\$ 2.600,00
Custos indiretos com recursos humanos		
Revisão ortográfica	6 artigos	480,00
Taxa de submissão de artigo em periódico	6 periódicos	6.480,00
Traduções (artigo/dissertação) português para inglês e espanhol	6 resumos	1.800,00
Subtotal		R\$ 8.760,00
TOTAL		R\$ 13.488,20

Fonte: As autoras.

Nota das autoras: Orçamento cumprido conforme planejamento inicial.

Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA- PRÓ-REITORIA DE PESQUISA/ COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF - 36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a ser voluntário(a) da pesquisa “Registros da assistência pré-natal na Atenção Primária: indicadores do cuidado e representações sociais por enfermeiros”. A sua **participação consistirá em** realizarmos uma entrevista gravada na qual, após falarmos uma palavra/expressão, lhe solicitaremos que mencione as cinco primeiras palavras que lhe vierem à mente seguida de algumas perguntas sobre o assunto investigado que apontam sua experiência e contato com a temática. Esta pesquisa se **justifica** pela necessidade de avaliar a correlação entre os registros do Sis prenatal e a assistência à mulher gestante prestada de fato pelas equipes de Saúde da Família (SF). Para isso, têm-se como **objetivos**: 1) analisar o registro da assistência pré-natal realizada por enfermeiros nas bases de dados Sis prenatal e prontuários impressos a respeito do atendimento de usuárias do SUS disponíveis na rede básica de saúde do município de Juiz de Fora e 2) compreender quais são os elementos simbólicos e a origem das construções socialmente elaboradas por enfermeiros sobre: registros de enfermagem realizados no Sis prenatal e no prontuário físico, sobre o prontuário eletrônico, a consulta de enfermagem e o protocolo assistencial do risco habitual do Ministério da Saúde. As informações obtidas a partir das entrevistas gravadas serão transcritas e analisadas para uso em eventos científicos. As mesmas, ainda, serão armazenadas por cinco anos e incineradas após esse período. Todas as informações prestadas serão tratadas com confidencialidade para a sua identidade será mantida no anonimato por meio do uso de códigos que represente os participantes durante todo o estudo e no material de publicação advindo do mesmo, conforme determina a Resolução nº. 466/12 – Conselho Nacional de Saúde.

A **participação nesta pesquisa** é voluntária, ou seja, o(a) senhor(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O(A) senhor(a), por direito, terá esclarecimentos referentes a qualquer aspecto deste estudo; estará livre para aceitar ou recusar-se a participar e poderá também interromper ou retirar seu consentimento a qualquer momento. É importante deixar claro que sua recusa não acarretará em qualquer penalidade ou modificação na forma como é atendido pelas pesquisadoras e sua identidade permanecerá sendo tratada com padrões profissionais de sigilo. A entrevista será previamente agendada e está previsto que ela ocorra em local reservado, a fim de que se possa preservar a privacidade e conforto dos participantes. Esta pesquisa é classificada como de **risco mínimo**, uma vez que seus riscos são compatíveis aos presentes nas atividades da vida cotidiana e estes possíveis riscos serão minimizados pelas pesquisadoras e superados pelos benefícios desta pesquisa, certo de que a presente investigação possui potencialidades de beneficiar a prática assistencial pré-natal e puerperal na medida em que será elaborado um diagnóstico dos registros realizados nos sistemas de informação virtual e físico e do cuidado de enfermagem documentado. Espera-se que essa investigação contribua para subsidiar a tomada de decisão de gestores, equipes de ESF e reordenar a práxis de enfermeiros na atenção primária à saúde.

Conforme a Resolução n. 466/2012, a pesquisadora responsável que coordena a pesquisa é corresponsável pela integridade e bem-estar d(a)os participantes, comprometendo-se em utilizar estratégias para minimizar desconfortos (usando técnicas relacionais, comunicacionais e interacionais apropriadas) e se dispondo a prestar a devida assistência quando da entrevista advierem quaisquer risco ou danos aos voluntários da pesquisa. E, ainda, ao perceber qualquer risco ou dano significativo, a(o) participante da pesquisa compromete-se a comunicar o fato, imediatamente, ao Sistema CEP/CONEP e avaliar, em caráter emergencial, a necessidade de adequar ou suspender o estudo. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa, desde que os mesmos sejam comprovados.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será fornecido(a) ao(à) senhor(a). Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____ fui informado(a) sobre os objetivos da pesquisa “Registros da assistência pré-natal na Atenção Primária: indicadores do cuidado e representações sociais por enfermeiros” de maneira clara, detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de lê-lo e esclarecer as minhas dúvidas. Juiz de Fora, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante	Assinatura da pesquisadora:
Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar: CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF - CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF - PRÓ-REITORIA DE PESQUISA FONE: (32) 2102- 3788 / E-MAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br	Contato da equipe: via pesquisadora Responsável: Profa Dra. Cristina Arreguy-Sena Rua Olegário Maciel, 1716/207 Paineiras, Juiz de Fora CEP: 36016011. E-mail: cristina.arreguy@ufjf.edu.br ou com Anna Paula Nogueira Pereira- Faculdade de Enfermagem da UFJF- Campus Universitário. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu, Mestrado em Enfermagem.