

Abordagem de necessidades de saúde pelo enfermeiro na consulta pré-natal

Approaching health needs by nurse in prenatal consultation

Enfoque de las necesidades de salud por la enfermera en consultas prenatales

Eglivani Felisberta Miranda¹; Ana Maria Nunes da Silva²; Edir Nei Teixeira Mandú³

Produção científica oriunda da dissertação “Priorização de necessidades de saúde na consulta de enfermagem de pré-natal na estratégia saúde da família”. Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Cuiabá-MT, 2013.

Fonte auxílio: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Bolsa de mestrado).

Conflito de interesse: Não há. Agradecimento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Bolsa de mestrado).

Como citar este artigo:

Miranda EF; Silva AMN; Mandú ENT. Abordagem de necessidades de saúde pelo enfermeiro na consulta pré-natal. Rev Fund Care Online. 2018 abr/jun; 10(2):524-533. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.524-533>

ABSTRACT

Objective: The objective of the present project is to distinguish the health need prioritized by the nurse during prenatal medical consultations and then to characterize their specificity and coverage. **Method:** This is descriptive, quantitative research performed at four units of Estratégia Saúde da Família, in Cuiabá-MT, under participative observation of 50 pregnant women during their consultations, the review of 79 nursing records and the analysis of the theme type content. **Results:** During consultations, the nurses consider the coverage of physio-obstetrician needs. Eventually, nurses elicit social and psychoemotional aspects but they do not cover the needs which need satisfaction. However, during the consultation, the pregnant women express certain needs, such as social, psychoemotional, information, access to technology and family participation in the consultation. Despite the mobilizing potential related to the need mentioned above, they are not able to modify what they are giving attention to during the consultation. **Conclusion:** It is necessary to invest in improving most of the work processes of basic attention, upgrading its actions, graduation and education

¹ Enfermeira. Responsável técnica no Hospital Universitário Julio Muller, setor Centro Cirúrgico. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso, câmpus Cuiabá-MT, Brasil.

² Enfermeira. Mestre. Docente da Universidade Federal de Mato Grosso, Curso de enfermagem, câmpus Sinop-MT. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso, câmpus Cuiabá-MT, Brasil.

³ Enfermeira. Doutora. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso, câmpus Cuiabá-MT, Brasil.

of nurses with the prospect of covering the comprehensive needs during prenatal.

Descriptors: Prenatal Care, Necessities and Health Service Demand, Family Health Strategy, Nursing.

RESUMO

Objetivo: Distinguir as necessidades de saúde priorizadas pelo enfermeiro na consulta pré-natal, e caracterizar a especificidade e abrangência das mesmas. **Método:** Pesquisa descritiva, qualitativa, realizada em quatro unidades da Estratégia Saúde da Família de Cuiabá-MT, mediante observação participante de 50 consultas de gestantes, análise de 79 registros de enfermagem e análise de conteúdo do tipo temática. **Resultados:** Nas consultas, os enfermeiros privilegiam a abordagem de necessidades físico-obstétricas. Eventualmente levantam aspectos sociais e psicoemocionais, mas não os abordam como necessidades a serem satisfeitas. Entretanto, as gestantes expressam necessidades sociais, psicoemocionais, de informação, de acesso a tecnologias e de participação familiar na consulta. Apesar do potencial mobilizador destas últimas necessidades, elas não chegam a modificar o que recebe atenção na consulta. **Conclusão:** É preciso investir na melhoria dos processos de trabalho da atenção básica, na ampliação de suas ações, e na formação e educação dos enfermeiros, tendo em perspectiva a abordagem de necessidades abrangentes no pré-natal.

Descritores: Cuidado Pré-Natal, Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Diferenciar las necesidades de salud priorizadas por el enfermero en la consulta pre-natal, y caracterizar la particularidad y amplitud de las mismas. **Método:** Investigación descriptiva, cualitativa, realizada en cuatro unidades de la Estrategia Salud de la Familia en la ciudad de Cuiabá-MT, mediante observación participante de 50 consultas de gestantes, el análisis de 79 registros de enfermería y el análisis de contenido del tipo temático. **Resultados:** En las consultas, los enfermeros favorecen el enfoque de necesidades físico-obstétricas. Eventualmente, plantean aspectos sociales y psicoemocionales, pero no los abordan como necesidades a ser satisfechas. Sin embargo, las gestantes expresan necesidades sociales, psicoemocionales, de información, de acceso a tecnologías y de participación familiar en la consulta. A pesar del potencial movilizador de estas últimas necesidades, ellas no llegan a modificar lo que recibe atención en la consulta. **Conclusión:** Es necesario invertir en la mejora de los procesos de trabajo de la atención básica, en la ampliación de sus acciones, y en la educación y capacitación de los enfermeros, teniendo en cuenta el enfoque en las necesidades globales en el prenatal.

Descritores: Atención Prenatal, Necesidades y Demandas de Servicios de Salud, Estrategia de Salud Familiar, Enfermería.

INTRODUÇÃO

A gestação desencadeia inúmeras transformações orgânicas, psicoemocionais e socioculturais na vida da mulher, e a situação de saúde desta atrela-se a elementos dessas várias ordens. Assim, em função do acontecimento reprodutivo, a mulher apresenta necessidades de saúde abrangentes, que devem se constituir em objetos da assistência pré-natal, por meio da atuação da equipe de saúde.

A abordagem de *necessidades abrangentes*, que derivam das substâncias social, intersubjetiva e física do evento reprodutivo e do entrelaçamento entre elas, é uma perspectiva incorporada nas políticas de saúde do Brasil voltadas ao grupo feminino. Ela é coerente com o preceito de integralidade que orienta as várias práticas do Sistema Único de Saúde (SUS) e a renovação pretendida da atenção à saúde por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF).

As *necessidades de saúde* dizem respeito ao que falta, ao que se apresenta como um problema a ser sanado, aos potenciais humanos a desenvolver, cujo suprimento ou modificação são considerados importantes à conservação da vida humana e ao seu desenvolvimento saudável. São necessidades de saúde, também, os próprios modos de satisfazê-las, construídos socialmente.¹

Dessa compreensão, depreende-se que as *necessidades de saúde reprodutiva* abrangem situações, processos e coisas considerados importantes à experiência benfazeja da reprodução, e à preservação da saúde dos envolvidos. Logo, elas referem-se a aspectos orgânicos, à dialética individual-social e a um campo de direitos de cidadania. Este inclui, sabidamente, serviços sociais e de saúde cujas ações e recursos promovem ou mantêm a saúde reprodutiva.²

A *consulta de enfermagem de pré-natal* é uma dessas ações, configurada em si mesma como uma necessidade, sendo que, por meio dela, efetiva-se a transformação de várias necessidades ligadas ao evento reprodutivo, segundo demarcações sociais, culturais, institucionais, técnico-científicas, dos profissionais e das próprias usuárias, que abrangem, inclusive, limites históricos e legais da atuação do enfermeiro.

Estudos sobre a atenção pré-natal, realizados em diversos cenários do país, assinalam ou permitem supor que, nas consultas médicas e/ou de enfermagem, geralmente as necessidades de saúde reprodutiva têm sido abordadas de uma perspectiva biologicista exclusiva, e que é preciso ampliá-la abrangendo aspectos socioculturais e psicoemocionais.

Como um exemplar, destaca-se aqui um estudo recente,³ realizado em um hospital de Vitória, Espírito Santo, no qual um dos objetivos foi identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes na consulta pré-natal. Nele, os achados permitem inferir a prioridade dada às necessidades orgânicas, uma vez que os diagnósticos feitos concentravam-se em aspectos físicos e em comportamentos relacionados, como: ingestão de alimentos prejudicada, ingestão de líquidos baixa, risco para hipertensão, risco para hiperglicemia, edema nas pernas, dor pélvica e eliminação urinária aumentada.

A despeito de os estudos evidenciarem a forte marca do modelo biomédico nas práticas profissionais de pré-natal, inclusive dos enfermeiros, o debate sobre as necessidades de saúde reprodutiva abordadas na assistência às gestantes tem sido bastante geral. Isto é, as pesquisas não as tomam como objeto específico de estudo, pouco se detêm na especificação das mesmas e na explicitação do modo como são incluídas e excluídas das ações de cuidado, e geralmente não partem de uma perspectiva teórica assumida em torno do que e de

quais elas são, bem como das razões que explicam os limites existentes em sua abordagem.

Contudo, não se nega que o debate nacional sobre o assunto tem dado ricas contribuições para o reconhecimento da abrangência das necessidades de saúde reprodutiva, especialmente ao abordá-las a partir de vivências reprodutivas e de percepções de mulheres e homens. Nesse sentido, temos estudos que as enfocam no período pós-nascimento,⁴⁻⁵ ou em situações de saúde específicas, como o maior risco gestacional⁶ e o abortamento na adolescência.⁷

Esses estudos confirmam a vivência e a percepção de várias necessidades biológicas relacionadas à reprodução, e avultam outras a serem consideradas pela atenção à saúde, como: desinformação, medos, preocupações, inseguranças, ansiedade; sobrecarga de tarefas, desorganização da vida cotidiana e conflitos familiares; necessidade afetivo-conjugais, de bem estar do filho, de troca de afeto com este, e promoção de sua segurança; além de carências financeiras, da falta de apoio amplo dos serviços de saúde e de outros serviços sociais, dentre outras.⁴⁻⁷

Outra publicação⁸ decorre de dois estudos com pais e mães após o nascimento do primeiro filho, cujos objetivos foram, respectivamente: identificar sentimentos, dificuldades no ajustamento familiar e estratégias usadas frente aos novos papéis; e identificar fatores de risco e de proteção presentes na situação. O estudo busca reconhecer necessidades de saúde para um programa de apoio à parentalidade, evidenciando como resultado a vivência e manifestação de aspectos como: sentimentos ambivalentes, mudanças nos papéis familiares e na sexualidade do casal, dificuldades na interpretação do choro do bebê, e de suas capacidades sensoriais e necessidades, reduzida participação paterna nos cuidados deste, necessidade de fortalecimento da rede de apoio social, dentre outros.

Na literatura internacional recente, um estudo identifica necessidades “não satisfeitas” ou “não atendidas” por serviços de saúde, mas atendo-se ao planejamento familiar.⁹ Outros tratam de necessidades de saúde concernentes ao período pré-concepcional¹⁰⁻¹¹, ao período pós-parto¹² e entre distintos grupos de mulheres grávidas¹³. Há, ainda, pesquisas de avaliação de serviços que prestam cuidados à saúde reprodutiva, que debatem a vinculação das mulheres ao pré-natal,¹⁴ as suas necessidades satisfeitas relativas ao evento reprodutivo, considerando o modelo de atendimento de cuidado pré-natal proposto¹⁵, bem como expectativas que têm e a satisfação com os cuidados recebidos.¹⁶

Embora o conjunto desses estudos ofereça importantes elementos à melhoria das práticas profissionais atuais de assistência pré-natal, ainda é preciso investir em pesquisas que busquem desnaturalizar os modos sociais instituídos e priorizados de assistir em enfermagem, em seus meandros, evidenciando e debatendo o que se recorta e prioriza como necessidades de saúde reprodutiva na consulta pré-natal e como isso acontece.

Nessa direção, este estudo objetiva distinguir as necessidades de saúde priorizadas pelo enfermeiro na consulta de pré-natal, e caracterizar a abrangência e especificidade das mesmas. Debate-se o assunto e contribui-se sobremaneira para a atuação crítica do enfermeiro no pré-natal e a construção da integralidade da atenção à saúde reprodutiva.

MÉTODO

Realizou-se um estudo qualitativo, descritivo, em quatro unidades da ESF de Cuiabá, Mato Grosso – uma da Região Administrativa Leste e três da Sul, eleitas a partir dos critérios: unidade urbana em funcionamento há pelo menos um ano; com médico e enfermeiro em atividade durante a coleta de dados; ausência de alunos realizando a consulta nessa fase; consulta de enfermagem integrando o pré-natal; e o mínimo de 20 mulheres gestantes cadastradas. O código U, seguido de algarismos de I a IV, foi utilizado para especificação das unidades. Participaram como sujeitos do estudo quatro enfermeiros e 40 mulheres (11 da UI, 10 da UII, 09 da UIII e 10 da UIV).

Procedeu-se a coleta e análise de dados de forma concomitante, no ano de 2012 a janeiro de 2013. No período, as unidades I, II e IV possuíam em média 30 gestantes cadastradas, cada uma; e a UII 46.

Primeiro, realizou-se observação sistemática de 50 consultas de enfermagem de pré-natal (14 da UI, 11 da UII, 13 da UIII e 12 da UIV), que variaram entre 15 minutos e uma hora. Do total, foram 12 primeiras consultas e 38 consultas subsequentes, feitas com mulheres com idades gestacionais variadas. Empregou-se as letras G, P e A para indicar, respectivamente, o número de gestações, de partos e de abortos de cada uma. Para todas elas, esclareceu-se previamente a pesquisa e solicitou-se a autorização formal. Na observação utilizou-se um instrumento orientador com a especificação dos itens da consulta, considerados todos os seus passos metodológicos. Em um diário de campo anotou-se o que chamou atenção e as análises e indagações concomitantes. Também, gravou-se digitalmente a conversa entre o profissional e a mulher gestante/familiar durante os atendimentos. Interrompeu-se a coleta com base na aplicação do critério de saturação dos dados.¹⁷

Coletou-se, também, o conteúdo de todas as anotações dos enfermeiros, do pré-natal em curso das mulheres cujas consultas foram observadas, constantes em 40 fichas. A diferença entre esse número de fichas e o número de consultas observadas (50) explica-se pela observação de mais de um atendimento da mesma participante. Ao todo, analisou-se 79 registros de enfermagem, 35 de primeira consulta e 44 de consultas subsequentes, coletados com o auxílio de um *scanner* portátil.

Após coleta e análise parcial do material derivado das observações e dos documentos de registro das consultas de pré-natal, realizou-se uma entrevista de, em média, 30 minutos, orientada por um roteiro previamente testado com ques-

tões abertas, com cada enfermeiro participante. Por meio de gravação digital, apreendeu-se as percepções de cada um sobre as necessidades de saúde das mulheres em gestação e a sua abordagem por meio da consulta de enfermagem.

Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo do tipo temática, do material de cada unidade de saúde, estabelecendo-se as ideias sintetizadoras de cada conjunto. Na sequência, realizou-se uma leitura transversal dos achados das quatro unidades, construindo-se duas categorias apresentadas e discutidas nos itens a seguir.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, Parecer nº 089/2011, cumprindo-se o que estabelecia a Resolução vigente à época - 196/2006.

RESULTADOS

A seguir, distinguem-se as específicas necessidades priorizadas na consulta de enfermagem de pré-natal e revelam-se os limites de sua abordagem, por meio de duas grandes categorias: 1) o privilegiamento de necessidades obstétricas; e 2) o tangenciamento de necessidades sociais, de apoio familiar e psico-emocionais.

Privilegiamento de necessidades obstétricas

Nas consultas, a abordagem de necessidades das mulheres grávidas circunscreveu-se à dimensão orgânica materna e ao desenvolvimento corporal fetal. O primeiro conjunto

englobou a atenção com necessidades como desconfortos físicos, práticas alimentares e alterações de peso inadequadas, maior risco gravídico e preparação mamária para o aleitamento. O segundo conjunto incluiu a atenção com a adequação do desenvolvimento físico fetal e a manutenção de sua vitalidade.

A atenção a essas necessidades manifestou-se no levantamento de alguns indicadores de condições físicas gerais da mulher, da condição vital e da evolução fetal, da evolução gestacional e das condições de saúde-doença presentes. De igual modo, também se revelou na avaliação dos dados/informações levantados, que levaram a conclusões a respeito de normalidades, possíveis problemas médico-obstétricos e grau de risco materno-fetal, a partir de parâmetros de domínio do profissional. Por último, o mesmo ocorreu na proposição e efetivação de determinados cuidados pré-natais e na avaliação de seus efeitos.

Na metodologia assistencial, a anamnese e o exame físico desdobram-se em determinados diagnósticos e/ou na indicação de exames, bem como em alguns cuidados realizados pelo próprio profissional ou outro, ou indicados à mulher ou familiar, segundo uma rotina pré-natal pré-estabelecida, que incluiu ainda registros desses vários itens no prontuário.

No Quadro 01, apresentam-se necessidades obstétricas privilegiadas e a expressão de elementos relacionados nas várias etapas metodológicas da consulta.

Quadro 1 - Necessidades obstétricas privilegiadas na consulta de enfermagem de pré-natal, expressas nos aspectos investigados, nos diagnósticos, cuidados e registros

Necessidade obstétrica	Aspecto investigado	Diagnóstico	Cuidado	Registro
Desconfortos físicos gestacionais	Desconfortos comuns no primeiro trimestre de gestação.	Interpretados comumente como alterações típicas da gestação.	Condutas para o alívio dos desconfortos típicos.	Registro dos desconfortos como queixas principais da mulher.
Alterações alimentares e de peso na gestação	Alimentos consumidos, ou não, e a sua frequência. Índice de Massa Corporal.	Desconforto gravídico agravado pela alimentação.	Proposição de mudança dos hábitos alimentares à mulher gestante.	Peso, estatura e Índice de Massa Corporal. Diagnósticos como peso "adequado" ou "inadequado" (eventual). Conduta assumida na abordagem alimentar.
	Ganho ou perda ponderal. Desconforto associado à alimentação	Ganho ou perda ponderal acima do esperado.		
Normalidade das condições fetais	Movimentos fetais.	(In)compatibilidade entre altura uterina e idade gestacional.	Pedido de ultrassonografia.	Altura uterina, Movimentos fetais e Batimentos cardíacos fetais. Transcrição de dados do ultrassom.
	Estática fetal. Verificação da altura uterina. Verificação dos batimentos cardíacos fetais.	(A)normalidade dos batimentos cardíacos e movimentos fetais.	Solicitação de avaliação médica de resultados de exames (eventual). Orientação quanto às alterações nos movimentos fetais.	

(Continua)

(Continuação)

Necessidade obstétrica	Aspecto investigado	Diagnóstico	Cuidado	Registro
Condições anatômico-funcionais das mamas para o aleitamento materno	Tamanho das mamas. Característica dos mamilos.	Adequação, ou não, da característica anatômica e fisiológica para a futura amamentação.	Orientação para prevenção de lesões mamilares, incluindo a menção a benefícios do banho de sol, do uso de hidratante e de exercícios, entre outros.	Tamanho e simetria das mamas. Características dos mamilos.
	Presença, ou não, de colostro.			Presença, ou não, de colostro. Orientações (comumente sem especificação do conteúdo).
	Experiência anterior de amamentação e intercorrências ou não.			
Riscos e/ou controle de intercorrências com possíveis repercussões orgânicas materno-fetais	Fatores de risco. Dados demográficos, sociais e comportamentais.	(A)normalidade de condições dos aparelhos do corpo, dos exames laboratoriais e do ultrassom.	Atualização vacinal. Avaliação de exames.	Aspectos preventivos controlados rotineiramente.
	Sinais e sintomas físicos maternos, relacionados às intercorrências.	Especificação do estado vacinal.	Indicação do exame preventivo do câncer de colo de útero. Prescrição de ácido fólico e sulfato ferroso.	Problemas médicos.
	Condições vacinais		Orientação de sinais e sintomas sugestivos de intercorrência.	Diagnóstico da evolução gestacional.
			Encaminhamento para exames e nova consulta, ao médico e outros serviços, se necessário.	Transcrição de dados dos exames laboratoriais.

Fonte: Material empírico da pesquisa, Cuiabá-MT, Brasil, 2013

Na *primeira consulta* o profissional explorou, comumente, fatores de risco (antecedentes de saúde pessoais, familiares e obstétricos; dados de cor/raça, idade, estado civil, ocupação e escolaridade; uso de álcool, tabaco e drogas; esportes), desconfortos (náuseas, vômitos, cefaleia, cólicas, alterações do apetite e sono, alterações urinárias e vaginais) e condições nutricionais da mulher (de acordo com o que consta no formulário do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN e a avaliação do Índice de Massa Corporal - IMC). De igual modo, levantou e/ou avaliou alguns dados vitais – pressão arterial, pulso e respiração, dados do histórico obstétrico e Data da Última Menstruação (DUM), para cálculo da Idade Gestacional (IG). O controle de intercorrências foi também realizado mediante a solicitação ou avaliação de exames de rotina.

Nas *consultas subsequentes*, o enfermeiro investigou e avaliou queixas, condições físicas gerais (e. g. pressão arterial, sintomas urinários, perdas vaginais e edema), resultados de exames (se existentes), a realização de medidas preventivas (medicamentos e vacinação indicados) e, novamente, aspectos alimentares, caso a gestante tivesse manifestado uma dificuldade relacionada, caso houvesse alterações em seu peso e IMC ou julgasse que o desconforto poderia ser amenizado com a mudança alimentar. À medida que o abdômen grávido se desenvolvia, averiguou a vitalidade (Movimentação Fetal - MF e Batimentos Cardíacos Fetais - BCF), a acomodação uterina e o crescimento fetal, e a evolução da gestação (IG e compatibilidade do crescimento fetal/uterino). Independentemente da IG, avaliou as mamas, e, eventualmente,

questionou a experiência da mulher com a amamentação e se houve, ou não, intercorrências.

O controle através de exames seguiu a rotina (tipagem sanguínea, fator RH, urina simples, hemograma, glicemia de jejum, sorologia para sífilis, citomegalovírus, hepatite B e C, toxoplasmose, rubéola e HIV), sendo comumente solicitados na primeira consulta, por volta da 20ª semana (a ultrasonografia) e a partir do terceiro trimestre gestacional.

As *condutas adotadas* pelo enfermeiro, em geral, abarcaram a indicação da vacina antitetânica e para a hepatite B, que compunham a rotina de controle imunitário da grávida, a suplementação preventiva de ácido fólico e sulfato ferroso (para prevenção de malformações fetais e anemia gestacional, respectivamente). Realizou várias orientações sucintas à mulher, em geral, para alívio de desconfortos, para mudança de hábitos alimentares considerados incorretos, para a adesão a medidas preventivas da rotina pré-natal, para prevenção de lesões mamilares e atenção a sinais e sintomas que pudessem indicar intercorrência. Quando detectada alguma anormalidade ou maior risco, encaminhou a gestante a serviços de maior complexidade ou ao médico da unidade, e realizou orientações pontuais relacionadas ao problema identificado. Também encaminhou a mulher para agendamento do exame de prevenção do câncer de colo de útero (realizado na maioria das gestantes) e da próxima consulta de pré-natal, reforçando a necessidade do retorno ao serviço para essas ações.

A classificação de risco foi feita, sobretudo, com base em dados demográficos (geralmente idade) e na presença de intercorrências médico-obstétricas consideradas de maior

gravidade ou risco para a mãe e/ou o bebê. Foram colocadas sob controle problemas como a doença hipertensiva, o diabetes, as infecções do trato urinário e vagina, a amniorrexe prematura, as hemorragias e o trabalho de parto prematuro, problemas do aparelho cardiorrespiratório, dentre outras complicações.

Tangenciamento de necessidades sociais, de apoio familiar e psicoemocionais

Embora a tônica da consulta pré-natal do enfermeiro tenha sido a abordagem de necessidades orgânicas, este também tangenciou necessidades sociais, familiares e emocionais, por iniciativa própria ou das mulheres assistidas. Na consulta, estas e/ou membros de sua família geralmente expressaram, espontaneamente ou a partir de questões feitas pelo enfermeiro, necessidades de ordem física. Entretanto, também abriram espaço para manifestar necessidades mais abrangentes.

Em relação a *necessidades sociais*, enfermeiros da UIII e UIV questionaram algumas gestantes a respeito do acesso, ou não, ao benefício social do Programa Bolsa Família, orientando-as a buscá-lo. Isso particularmente ocorreu quando o profissional questionou mulheres a respeito de com quem residiam, de sua ocupação, renda, escolaridade e da situação do companheiro, concluindo que a sua família tinha uma importante necessidade financeira. Algumas mulheres referiram espontaneamente preocupações e conflitos familiares decorrentes de condições financeiras insuficientes para alimentação e moradia, e a repercussão negativa destas sobre o bem estar familiar. Frente a problemas financeiros, além daquela conduta mencionada, particularmente o enfermeiro da UIV referiu ter mobilizado mulheres da área, que tinham filhos crescidos, para obtenção de doações de apoio às grávidas no suprimento da necessidade de vestimenta para o filho que iria nascer. Eventualmente, encontrou-se na ficha de gestantes o registro de encaminhamento para um dado serviço de apoio social (UIII), além de diagnósticos especificados como “problema social” e “problema social grave” (UIII e UIV).

Em relação a *necessidades de grávidas relacionadas ao apoio do núcleo familiar*, enfermeiros da UII e UIII investigaram a ajuda familiar da qual dispunham, em situação na qual o companheiro da gestante trabalhava fora do município de residência desta e diante da ansiedade de outra gestante em relação ao parto. Entretanto, em ambas as situações interromperam a abordagem. Encontrou-se a expressão de uma grávida do desejo de participação do companheiro no atendimento (presente na unidade), principalmente no momento de ausculta dos batimentos cardíaco-fetais.

Algumas *necessidades emocionais* também foram tangenciadas na consulta, por iniciativa do enfermeiro. Na UI, este indagou a aceitação da gravidez pela adolescente, pelo pai e família, bem como a respeito do apoio recebido destes. Na UIV, o levantamento desse dado era rotina na primeira consulta de todas as gestantes e, por vezes, era retomado em

consultas subsequentes. Na UIII, esse dado eventualmente foi explorado e, na UII, não houve qualquer abordagem relacionada. Em alguns prontuários da UI e UIV constava o registro da aceitação da gravidez pela gestante, pelo pai da criança e família. Na UI esse registro foi feito especialmente para as gestantes adolescentes.

Além da dificuldade de aceitar a gravidez, mulheres referiram ter medo do parto e da dor durante o evento (particularmente adolescentes) e, ainda, preocupações relativas à autoimagem pelas mudanças físicas advindas da gravidez. Todavia, os diagnósticos e as condutas relacionadas a necessidades emocionais foram pouco valorizados na consulta. Algumas condutas de apoio emocional à grávida foram realizadas na UIV. Uma delas consistiu no encaminhamento de uma gestante, após relato de sentimento de tristeza, desânimo e isolamento social, para avaliação pelo médico da unidade. Na mesma situação, o enfermeiro também buscou acolher a gestante, e colocou a unidade como um espaço ao qual poderia recorrer.

Gestantes apresentaram *necessidades de informação ou conhecimento*, para entender o processo gestacional (como a correspondência entre semanas e meses de gestação e a previsão da data do parto), a sua condição de saúde (ganho de peso esperado e níveis pressóricos normais) e de bem estar do conceito, e os riscos de alguns cuidados (da vacinação e do uso de medicamentos durante a gravidez). Além disso, indagaram sobre como poderiam participar de alguns cuidados (do preparo para exames), os cuidados ofertados na instituição (a rotina das consultas) e a respeito do acesso a outros direitos (acesso à licença maternidade, serviços de referência para o parto, acesso a exames laboratoriais, ao ultrassom gestacional e a recursos cirúrgicos de planejamento gestacional). Essas necessidades manifestas pelas mulheres contrastaram com a sua desvalorização nos atendimentos, nos quais as orientações eram pontuais, rápidas, sem o diálogo necessário, ou mesmo ausentes.

DISCUSSÃO

Como se viu, as necessidades de ordem física têm prioridade na consulta pré-natal dos enfermeiros, sendo que outras ordens de necessidades encontram-se à margem. Em síntese, o enfermeiro basicamente controla transformações físicas da gravidez (o desenvolvimento gestacional e os desconfortos relacionados), a manifestação de possíveis problemas nela intercorrentes (médicos e/ou obstétricos) e condições de crescimento e vitalidade fetal. Além do que, aplica outras medidas preventivas recomendadas.

Nas consultas, assim, fica evidenciada a *finalidade social privilegiada* de prevenção e controle de desconfortos e intercorrências orgânicas. A incorporação dessa finalidade desdobra-se, em especial, no levantamento de riscos reprodutivos prévios; na classificação de riscos, relacionada à idade ou à manifestação de uma patologia; na investigação de sinais e sintomas indicativos de anormalidades físicas no transcurso

da gestação; na realização de ações de imunização, suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso; na orientação à grávida de sinais de anormalidades físicas, dentre outras ações.

A abordagem dessas necessidades é sabidamente muito importante para a saúde da grávida e do bebê, uma vez que elas propiciam o cumprimento das metas fixadas pelo Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva e o Plano de Ação estabelecido para o aceleração da redução da mortalidade materna e morbidade materna grave 2012-2017.¹⁸

No Brasil, o Ministério da Saúde estabelece e destaca, para o acompanhamento pré-natal, a oferta de um conjunto de tecnologias voltadas ao controle de riscos, ao suporte do desenvolvimento físico-gestacional e à abordagem de problemas médico-obstétricos, embora também proponha ações de vinculação da gestante aos serviços de saúde, a oferta de atividades educativas à mulher e a sua família, e a humanização como referência para o atendimento pré-natal. As ações valorizadas encontram-se no Caderno Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco¹⁹, que, na prática de enfermeiros, têm se constituído em protocolo assistencial, e que reforçam o privilegiamento dado às necessidades obstétricas.

A abordagem dessas necessidades, ainda que insuficiente, é considerada imprescindível à antecipação e ao controle da morbidade e do óbito, tanto da mulher quanto do feto e recém-nascido. Entretanto, de um conceito amplo de saúde reprodutiva, as ações de pré-natal não deveriam se restringir a elas. Aspectos sociais, familiares, intersubjetivos e comportamentais encontram-se imbricados na constituição da saúde da grávida e de seu filho, compondo inclusive direitos históricos em saúde reprodutiva e sexual.

Esses direitos incluem o autocontrole do corpo, a liberdade de decidir sobre conceber e o modo de fazê-lo, o direito ao acesso a informações, à educação e a serviços de boa qualidade, a participação livre e consensual em práticas reprodutivas e sexuais sem coerção, discriminação ou outras formas de violência e o direito à igualdade entre homens e mulheres.²⁰⁻²¹

Apesar da existência de avanços significativos na atenção à saúde reprodutiva no Brasil, evidenciados pelo aumento no número de consultas pré-natal, pela melhoria da captação precoce de mulheres gestantes, há importantes questões determinantes na saúde destas a serem enfrentadas, tais como questões de gênero, etnia, classe social, acesso e qualidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva, dentre outras.²²

A interferência de condições sociais e econômicas na saúde da mulher e de seu filho é evidenciada em estudos que a relacionam com baixa escolaridade, falta de informação sobre o processo reprodutivo, questões de ordem cultural, raça/cor (negras e indígenas), questões de gênero, estado civil, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e baixa qualidade destes.²³ De igual modo, a saúde reprodutiva é articulada a precárias condições de trabalho, à baixa renda e a condições problemáticas de saneamento e de acesso a serviços comunitários.²⁴ Isso significa que a atenção à saúde da gestante, mesmo com a finalidade de controle da morbidade

e mortalidade da mulher e criança requer a abordagem de necessidades abrangentes.

Para evitar a morbidade e o óbito materno e perinatal, não basta a abordagem apenas de fatores biológicos da gestação. Afinal, estes são atravessados por aspectos socio-culturais, familiares, psicoemocionais, de acesso a serviços de saúde e comunitários, de informação, dentre outros. A abordagem de necessidades de ordem social, institucional, intersubjetiva, educacional e comportamental, relacionadas ao processo reprodutivo, deveria também constituir os protocolos de pré-natal, e influir na ampliação das práticas dos profissionais, médicos e enfermeiros.

Alguns estudos têm mostrado a vivência de mulheres grávidas de necessidades de outras ordens, ilustrativas de sua importância.

Estudo realizado em Cuiabá-MT, com objetivo de compreender vivências e percepções de mulheres com gestação de maior risco, identificou que, para além dos cuidados orientados pela perspectiva de risco e controle dos problemas médicos, aquelas expressavam vários aspectos pessoais, intersubjetivos, familiares, institucionais e sociais que influíam sobre sua saúde. Entretanto, reconheciam apenas a família e a rede social comunitária como suporte a elas.⁶

Buscando compreender a experiência e as necessidades de cuidado de adolescentes em situação de abortamento, outro estudo, realizado em uma instituição hospitalar filantrópica de Minas Gerais, mostrou que o atendimento no serviço de saúde foi considerado satisfatório, mas foi realçada a necessidade do recebimento de mais atenção e informação por meio dos profissionais de saúde.⁷

Com foco no período pós-nascimento, pesquisas em Cuiabá-MT distinguiram necessidades de saúde de mulheres e homens, em dois territórios de saúde. Para as participantes⁴, o mais importante eram as necessidades de bem-estar e segurança do filho e a própria necessidade de compatibilizar suas várias tarefas e os diferentes ritmos cotidianos aos quais se encontravam submetidas. Contudo, expressaram importantes necessidades afetivo-sociais, afetivo-conjugais, de alívio da sobrecarga dos afazeres, e desejavam recuperar condições para cuidar de si, precisando do apoio dos serviços de saúde para se reconhecer na experiência e para compreender os aspectos socioculturais e de gênero implicados nas suas necessidades e nos modos incorporados de cuidar de si. Por sua vez, os homens⁵ manifestaram a necessidade de segurança financeira da família, destacando também a necessidade de bem estar do filho e o retorno afetivo que a experiência traz. Mas não se reconheciam com necessidades de saúde no pós-nascimento, indicando a necessidade de apoio dos serviços de saúde para que também se percebam na vivência da paternidade, à sua relação com aspectos socioculturais, e distingam necessidades próprias, valorizem o próprio cuidado e uma perspectiva equânime de gênero em sua participação na reprodução, com efeitos também sobre a saúde da mulher.

Outro estudo, realizado em Brasília, com ênfase na proposição de um programa de transição para a parentalidade, levantou necessidades de saúde e identificou que as ações para o programa deveriam focar a relação cuidadores-bebê, a relação conjugal e o manejo da rede de apoio, requerendo, para tanto, uma visão ampla de necessidades.⁸

Pesquisa que analisa a “escolha informada” de um grupo de mulheres gestantes, no momento do parto, realizada em Londrina-Paraná, concluiu o estudo evidenciando a importância do resgate de uma prática de cuidado centrada nas necessidades da mulher, com estímulo à tomada de decisão informada pelas mesmas, à valorização da sua capacidade de decidir, bem como o respeito ao direito ao próprio corpo e à autonomia.²⁵

Relativamente simples e amplamente utilizado, o conceito de necessidades “não satisfeitas” ou “não atendidas” mostra-se desafiador, no sentido de estimar a prevalência destas na população⁹. Este permitiria analisar mais objetivamente as necessidades de mulheres que não têm sido consideradas no pré-natal, como as necessidades aqui apontadas, oferecendo elementos para reorientar as políticas e ações públicas voltadas à saúde reprodutiva, ou em interface com elas, bem como as práticas dos profissionais diretamente envolvidos nessa assistência, como os enfermeiros.

Contrapondo o papel positivo da organização normativa dos cuidados de saúde reprodutiva, um estudo concluiu que esta pode não ser adequada para todas as populações, sendo importante considerar as singularidades de cada uma delas. A conclusão foi obtida a partir da identificação de necessidades de saúde de casais em planejamento gestacional, nas províncias de Hebei e Jiangsu na China, selecionadas por suas marcadas diferenças ambientais, geográficas e econômicas.¹⁰

Nessa direção, consideradas as singularidades de cada grupo populacional, estudos internacionais também destacam necessidades de grupos específicos de mulheres gestantes, a exemplo de mães adolescentes. Estudo sobre as necessidades destas, realizado em um contexto educativo na Costa Rica, identificou a família como principal fonte de apoio das adolescentes. Além disso, os autores descreveram necessidades ampliadas como de uniforme escolar que se ajustassem às mudanças físicas da gravidez, de infraestrutura com cadeiras confortáveis e espaço específico para a amamentação no ambiente escolar e da adequação dos horários para estar com os filhos.¹³

Alguns estudos têm realçado a importância de assumir a perspectiva das mulheres na apreensão de suas necessidades de saúde. Nesse sentido, um estudo, realizado Ohio (Estado Americano), chamou a atenção para o fato de que, por vezes, as necessidades poderão não se assemelhar àquelas percebidas pelos profissionais, requerendo, portanto, estratégias para apoiar as gestantes em decisões que possam ter um impacto notável sobre as suas escolhas no pré-natal.¹¹

Objetivando identificar os fatores associados ao uso inadequado do pré-natal, estudo realizado em Sincelejo-Côlômbia, encontrou associação significativa entre a percep-

ção de benefícios e o uso adequado do controle pré-natal, demonstrando que a percepção das mulheres a respeito dos bons resultados da assistência pré-natal é o principal fator que pode explicativo para a adesão ao controle e o cumprimento regular das consultas¹⁴, o que significa que as suas necessidades e perspectivas a respeito delas devem ser objeto de atenção na assistência pré-natal.

Estudo comparativo, feito na Suécia, a respeito das expectativas de atendimento pré-natal em grávidas recrutadas nos anos 2009-2010, mostrou uma mudança ao longo do tempo, com menor expectativa em *check-ups* de saúde e conteúdo emocional, e expectativas mais elevadas em necessidades de informação, respeito e envolvimento dos parceiros.¹⁶

Por fim, comparando modelos de serviços de saúde, estudo com o objetivo de investigar a visão e experiência de mulheres que utilizaram cuidados pré-natais públicos, com base populacional em dois estados da Austrália, constatou que todos os modelos de atendimento pré-natal público envolvendo um cuidador principal, a exemplo das parteiras, chegaram mais perto de satisfazer a necessidade das mulheres para obter informações, cuidados individualizados e apoio.¹⁵

Com base nesses estudos nacionais e internacionais, identifica-se que as necessidades abordadas no estudo ora apresentado, tanto as priorizadas como as eventualmente levantadas pelos enfermeiros, são limitadas diante da diversidade de necessidades que perpassam o momento reprodutivo, em especial a gestação. Isso é ainda mais importante considerando o seu contraponto com as necessidades expressas pelas gestantes e por membros de suas famílias conforme as consultas analisadas.

Em relação a esse aspecto, por exemplo, a atenção do enfermeiro a necessidades psicoemocionais praticamente volta-se à aceitação ou não da gestação pela mulher e família, enquanto a gestante exprime ambivalências e medos, que podem estar relacionados às experiências reprodutivas anteriores, sequer apreendidas. Analogamente, enquanto o profissional foca a sua orientação na busca de serviço de referência obstétrica em caso de intercorrências, a gestante tem como preocupação principal a garantia dos cuidados ao parto, de realização dos exames indicados e de acesso ao recurso contraceptivo que deseja e sabe da dificuldade de obtê-lo.

No momento assistencial, as mulheres nem sempre traduzem suas necessidades, mas as sugerem ou partilham como ideias, dúvidas, histórias, medos, autoestima comprometida, sofrimentos, silêncios, dentre outras formas. Através da insistência em colocá-las representam a própria necessidade de superação, de autonomia e de exercício de seus direitos.

Isso é particularmente perceptível na busca de conhecimento pelas mulheres sobre o que ocorre em seu corpo e com o seu filho, que possa lhe conferir certa autonomia e tranquilidade no desenrolar da gestação. O mesmo ocorre na sua busca de informações sobre o acesso a serviços e os seus recursos. Esse é um potencial valioso a ser trabalhado na perspectiva da autonomia da mulher e do reconhecimento e exercício de direitos em saúde reprodutiva.

Chama atenção na prática analisada o fato de uma profissão do cuidado descuidar-se de algo que deveria ser inerente a essa perspectiva, ainda que por razões históricas, uma vez que as características da abordagem de necessidades encontrada coadunam-se com a predominante perspectiva biomédica presente na atenção à saúde. Identifica-se que o profissional encontra-se despreparado para a abordagem ampliada de necessidades, em um contexto que não a respalda, por meio de serviços e ações correspondentes, da incorporação de uma equipe interdisciplinar, integrada e capacitada para tal.

Isso não significa, contudo, que o profissional enfermeiro não tem condições de dar espaço e atenção ao que a mulher apresenta no encontro assistencial, promovendo em alguma medida a ampliação da captação das necessidades para além da perspectiva biológica, e propiciando o desenvolvimento da participação e autonomia da mulher na direção do exercício de direitos.

Tendo em perspectiva a atenção integral à saúde reprodutiva, o desafio é também cotidiano, dos profissionais, no sentido de lançar mão, de desenvolver ou de propiciar a produção de recursos pessoais, institucionais e coletivos que contribuam para o avanço necessário. Isto é, dispondo do que existe, produzindo novas tecnologias e mobilizando junto com outros profissionais as parcerias e responsabilizações necessárias²⁶. Sem dúvida, o enfermeiro não deve menosprezar os aspectos clínicos biológicos, mas considerar na assistência o contexto de vida da mulher, suas singularidades e subjetividade.²⁷

CONCLUSÕES

No pré-natal, os enfermeiros, tal como se pressupunha, deram destaque a um conjunto de necessidades orgânicas. Eles enfocaram, eventualmente, algumas necessidades sociais, psicoemocionais e de informação e conhecimento, embora se deparassem com o que as gestantes trouxeram e que representava pelo menos parte de sua totalidade de vida.

Embora o estudo confirme achados de outras pesquisas, a sua riqueza encontra-se em tornar visível quais são as necessidades priorizadas e a tangencialidade com que as necessidades não orgânicas são tratadas na consulta. O mesmo suscitou novas questões para aprofundamento, em especial, a necessidade de produzir tecnologias apropriadas à abordagem mais abrangente de necessidades e de explorar e compreender as experiências e pontos de vista de mulheres em torno das mesmas. É imprescindível dar voz às mulheres para que falem, a partir de seus lugares, sobre suas necessidades de saúde.

Está posto o desafio de ampliar a assistência do enfermeiro na consulta pré-natal. Desafio este a ser enfrentado através da reflexão-ação sobre a prática efetivada, e no sentido de produzir alterações na formação e atuação do enfermeiro e nas políticas e práticas públicas instituídas, em especial da atenção básica.

REFERÊNCIAS

1. Mendes Gonçalves RB. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. São Paulo: Cadernos CEFOR; 1992.
2. Mandú ENT, Santos NC, Corrêa ACP. Problemas e necessidades no campo da saúde reprodutiva. In: Mandú ENT. (Org.). Saúde reprodutiva: abordagens para o trabalho de enfermeiros(as) em atenção básica. Cuiabá: Ed. UFMT; 2006. p. 41-61.
3. Primo CC, Trevizani CC, Tedesco JC, Leite FMC, Almeida MV, Lima EFA. Classificação internacional para a prática de enfermagem na assistência pré-natal. *Enferm Foco* [internet]. 2015 [citado em 15 set. 2016]; 6(1/4):17-23. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/571/253>
4. Teixeira RC, Mandú EN, Corrêa ACP, Marcon SS. Necessidades de saúde de mulheres em pós-parto. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015 [citado em 15 set. 2016]; 19(4):621-28. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0621.pdf>
5. Teixeira RC, Mandú EN, Corrêa ACP, Marcon SS. Vivências e necessidades de saúde de homens no período pós-nascimento de um filho. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 set-out [citado em 15 set. 2016]; 67(5):780-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0780.pdf>
6. Oliveira DC, Mandú EM. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015 [citado em 15 set. 2016]; 19(1):93-101. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0093.pdf>
7. Faria ECR, Domingos SRF, Merighi MAB, Ferreira LMG. Abortamento na adolescência: vivência e necessidades de cuidado. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2012 set [citado em 15 set. 2016]; 33(3):20-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rge/v33n3/03.pdf>
8. Murta SG, Rodrigues AC, Rosa IO, Paulo SG, Furtado K. Avaliação de necessidades para a implementação de um programa de transição para a parentalidade. *Psic Teor Pesq* [Internet]. 2011 jul-set [citado em 15 set. 2016]; 27(3): 337-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n3/09.pdf>
9. Bradley SEK, Casterline JB. Understanding Unmet Need: History, Theory, and Measurement. *Stud Fam Plann*. 2014 jun; 45(2): 123-150.
10. Zhao X, Jiang X, Zhu J, Li G, He X, Ma F, et al. Factors influencing the quality of preconception healthcare in China: applying a preconceptional instrument to assess healthcare needs. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2014 [citado em 20 ago. 2016]; 14:360. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4289191/pdf/12884_2014_Article_1233.pdf
11. Farrell RM, Nutter B, Agatista P. Patient-Centered Prenatal Counseling: Aligning Obstetric Healthcare Professionals With Needs of Pregnant Women. *Women Health* [Internet]. 2015 mar [citado em 20 ago. 2016]; 37-41 Disponível em: [file:///C:/Users/acer/Downloads/Women&Health%20HCP%20survey%20paper%202015%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/acer/Downloads/Women&Health%20HCP%20survey%20paper%202015%20(1).pdf)
12. Fahey JO, Shenassa E. Understanding and meeting the needs of women in the postpartum period: the perinatal maternal health promotion model. *J Midwifery Womens Health* [internet]. 2013 [citado em 20 ago. 2016]; 58:613-21. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12139/epdf>
13. Esquivel DM. Las necesidades de las adolescentes madres en el contexto educativo: un estudio de caso en una institución de educación pública. *Enferma Actual Costa Rica* [Internet]. 2015 jan-jun [citado em 20 ago. 2016]; 28: 1-16. Disponível em: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n28/1409-4568-enfermeria-28-00001.pdf>
14. Mellado CM, Ávila IYC. Factores de necesidad asociados al uso adecuado del control prenatal. *Rev Cuid* [Internet]. 2016 [citado em 20 ago. 2016]; 7(2): 1345-51. Disponível em: <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/340/733>
15. Brown SJ, Sutherland GA, Gunn JM, Yelland JS. Changing models of public antenatal care in Australia: Is current practice meeting the needs of vulnerable populations?. *Midwifery* [Internet]. 2013 out [citado em 20 ago. 2016]; 30(3): 303-9. Disponível em: <file:///C:/Users/acer/Downloads/Early%20release.pdf>
16. Hildingsson I, Andersson E, Christensson K. Swedish women's expectations about antenatal care and change over time – A comparative study of two cohorts of women. *Sex Reprod Healthc*. 2014 jun; 5 (2): 51-7.

17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
18. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: estrategia de monitoreo y evaluación. Montevideo: CLAP/SMR; 2012. (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1593).
19. Ministério da Saúde (BR). Secretária de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Atenção ao Pré-Natal de baixo Risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
20. Organização das Nações Unidas. Fundo de população das Nações Unidas. Resumo do programa de ação da conferência internacional sobre população e desenvolvimento. Nova Iorque, 1995.
21. Viotti MLR. Declaração e plataforma de ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher. Instrumentos internacionais de direitos das mulheres, Pequim, p. 148-258, 1995.
22. Cecatti JG, Parpinelli MA. Saúde materna no Brasil: prioridades e desafios. Editorial. Cad Saude Publica [Internet]. 2011 jul [citado em 5 ago. 2016]; 27(7):1256-57. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n7/01.pdf>
23. Teixeira NZF, Pereira WR, Barbosa DA, Vianna LAC. Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. Rev Bras Saude Mater Infant [Internet]. 2012 jan-mar [citado em 5 ago. 2016]; 12(1):27-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v12n1/03.pdf>
24. Ferreira RA, Ferriani MGC, Mello DF, Carvalho IP, Cano MA, Oliveira LA. Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência. Cad Saude Publica [Internet]. 2012 [citado em 5 ago. 2016]; 28(2):313-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n2/10.pdf>
25. Sodré TM, Merighi MAP, Bonadio IC. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. Cienc Cuid Saude [Internet]. 2012 [citado em 15 set. 2016]; 11(suplem.):115-120. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17062/pdf>
26. Mandú ENT. O cuidado individualizado em saúde reprodutiva na perspectiva da integralidade. In: Mandú ENT. (Org.). Saúde reprodutiva: abordagens para o trabalho de enfermeiros (as) em atenção básica. Cuiabá: Ed. UFMT; 2006. p. 63-82.
27. Figueiredo PP, Filho WDL, Lunardi VL, Pimpão FD. Mortalidade infantil e pré-natal: contribuições da clínica à luz de Canguilhem e Foucault. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2012 jan-fev [citado em 5 ago. 2016]; 20(1):[10 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_26.pdf

Recebido em: 22/11/2016

Revisões requeridas: Não

Aprovado em: 07/02/2017

Publicado em: 10/04/2018

Autor responsável pela correspondência:

Ana Maria Nunes da Silva
Rua 11, quadra 18, casa 03, Morada do Ouro II
Cuiabá/MT, Brasil
CEP: 78053-729
E-mail: ana-enf@hotmail.com
Telefone: +55 (65) 9 9602-7010