

Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva de puérperas e profissionais de saúde

Evaluation of prenatal assistance
in the point of view of puerperas and health care professionals

Beatriz Della Líbera¹
Cláudia Saunders¹
Marta Maria Antonieta de Souza Santos¹
Karina Abibi Rimes¹
Fernanda Ribeiro dos Santos de Sá Brito¹
Mirian Ribeiro Baião¹

Abstract *The aim of this study was to evaluate the prenatal assistance in a public maternity hospital in the point of view of puerperas and health care professionals. Nineteen puerperas and six health professionals took part in the study. The puerperas answered a semi-structured interview and the health professionals took part in a focus group. The discourse analysis was based on in-depth hermeneutics. The main results pointed out that users showed a deep appreciation for the health professionals. Concerning the professional's view, pregnant women had a wrong knowledge of health during pregnancy. As regards the nutrition appointments, puerperas pointed out they had room for dialogue, support and encouragement. In conclusion, prenatal health education should consider that each woman is a unique individual with her own background. Bonding is of paramount importance for pregnant women to get involved with health-related issues.*

Key Words *Social perception, Pregnancy, Maternal nutrition*

Resumo *O objetivo do estudo foi avaliar a assistência pré-natal em uma maternidade pública segundo a perspectiva de puérperas e profissionais de saúde. Trata-se de um estudo qualitativo, no qual participaram 19 puérperas e 6 profissionais de saúde. Foram aplicadas as técnicas da entrevista semiestruturada com as puérperas e de grupo focal com os profissionais. A análise do discurso dos participantes teve como referencial metodológico a Hermenêutica de Profundidade. Os principais resultados evidenciaram o enaltecimento do profissional de saúde por parte das usuárias. Segundo os profissionais, as gestantes apresentavam um conhecimento "errado" sobre saúde durante a gravidez. Sobre o atendimento na Nutrição, as puérperas destacaram a possibilidade de diálogo, e o apoio e o incentivo recebidos durante as consultas. Concluindo, a educação em saúde no pré-natal deve levar em consideração que cada mulher é um sujeito único e que carrega consigo sua própria cultura. A formação do vínculo torna-se crucial para o maior envolvimento da gestante nas questões relacionadas à sua saúde.*

Palavras-chave *Percepção social, Gestação, Nutrição materna, Pré-natal*

¹Instituto de Nutrição Josué de Castro, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Av. Carlos Chagas Filho 373/Bloco J/2º andar, Ilha do Fundão. 21941-902 Rio de Janeiro RJ. bdellalibera@hotmail.com

Introdução

A literatura é consensual ao reconhecer o efeito protetor da assistência pré-natal para a saúde materna e a neonatal, que compreende um conjunto de ações voltadas à redução do risco e da severidade da morbimortalidade para o binômio mãe-filho^{1,2}.

A eficácia da assistência nutricional durante o pré-natal também tem sido sugerida em decorrência do crescente número de trabalhos que confirmam os benefícios da nutrição adequada sobre o resultado da gestação³⁻⁵.

O processo de atendimento nutricional às gestantes não deve ser baseado apenas nos conhecimentos técnico-científicos; mais do que isso, se espera que sejam desenvolvidas habilidades de relacionamento interpessoal, visando minimizar as dificuldades enfrentadas pela mulher e pelos profissionais frente às demandas objetivas e subjetivas que emergem da gestação, especialmente aquelas relacionadas à alimentação⁶.

Na assistência nutricional, o aconselhamento dietético, o qual inclui a dimensão alimentar e a nutricional, pode ser definido como uma forma de apoio dialógico que visa a tomada de decisões autônomas pelos indivíduos relacionadas ao comportamento e às práticas alimentares⁷, levando-se em consideração suas características orgânicas, emocionais e socioculturais. O nutricionista, como aconselhador, desempenha um papel fundamental na relação com os usuários dos serviços, pois seus conhecimentos e habilidades podem contribuir para a efetiva adesão ao protocolo assistencial⁸.

Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar a assistência pré-natal em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro segundo a perspectiva de puérperas e de profissionais de saúde.

Percurso metodológico

Durante o período de 1999 a 2001 foi realizada uma pesquisa em uma maternidade pública no município do Rio de Janeiro, na qual se traçou o perfil de saúde e nutrição de 262 puérperas e seus recém-nascidos. Mediante os resultados do estudo, desenvolveu-se uma proposta de assistência nutricional pré-natal, cuja eficácia na melhoria do resultado obstétrico foi testada em uma coorte de gestantes adultas, no período de junho de 2005 a janeiro de 2006 na mesma maternidade.

O aconselhamento dietético incluído na referida pesquisa foi estruturado, prevendo um ca-

lendário mínimo de quatro consultas com o nutricionista. A partir do diagnóstico nutricional detalhado (avaliação antropométrica, dietética, clínica, funcional, bioquímica e sociodemográfica e obstétrica) foi elaborado o cuidado alimentar e nutricional propriamente dito, englobando ações de prevenção, de promoção e de recuperação da saúde, com início concomitante ao pré-natal oferecido na unidade.

Foram incorporadas técnicas de aconselhamento⁶⁻⁸ com o intuito de ajudar na consolidação de uma maior interação entre o nutricionista e a gestante, favorecendo desse modo a adesão pelas clientes às orientações nutricionais fornecidas.

Sendo assim, o presente estudo constitui um recorte deste projeto, intitulado “Avaliação do impacto da assistência nutricional pré-natal no resultado obstétrico”. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, que privilegia, de modo geral, a análise de microprocessos, por meio do estudo das ações sociais individuais e grupais, realizando um exame intensivo dos dados, tanto em amplitude quanto em profundidade⁹.

Para a análise das percepções das gestantes adultas (idade cronológica maior ou igual a 20 anos) sobre o cuidado nutricional no pré-natal, foram captadas mulheres no pós-parto (enfermaria) e nas consultas de revisão do pós-parto (ambulatório) da unidade em estudo. A escolha das participantes foi aleatória, sendo realizada apenas uma entrevista a cada dia, com duração aproximada de 30 – 40 minutos.

As puérperas que aceitaram participar do estudo foram encaminhadas, juntamente com seus recém-nascidos, para um local reservado nas dependências da maternidade que garantisse a privacidade da entrevistada. Os nomes verdadeiros foram substituídos por nomes fictícios para a descrição desse estudo.

A construção dos dados foi realizada utilizando-se entrevista semiestruturada, gravada em fita cassete e transcrita na íntegra, identificando os sujeitos com um codinome para preservar o anonimato. Dados da observação realizada durante as entrevistas foram registrados em um diário de campo de forma a complementar as falas das mulheres.

As questões abordadas no roteiro da entrevista foram: a assistência pré-natal, a satisfação da cliente, a adesão ao aconselhamento dietético e a integralidade das ações de saúde.

Pelo fato da pesquisa qualitativa não se basear em critérios numéricos para garantir o cálculo amostral e sua representatividade, considerou-se a saturação das falas para definir o nú-

mero de participantes a compor o grupo a ser investigado¹⁰, totalizando 19 entrevistas.

Com vistas à análise da percepção dos profissionais, foi realizada a técnica do Grupo Focal (GF)¹¹ com a equipe de saúde que atua no pré-natal e que conviveu com a aplicação da assistência nutricional (intervenção) às mulheres.

O grupo focal foi composto por três obstetras, uma assistente social, uma técnica de enfermagem e uma nutricionista. Foi conduzido por integrantes da equipe da pesquisa, sendo representado por um mediador, responsável pelo andamento do debate e com a função de intervir e interagir com os participantes, e dois observadores, cuja incumbência foi a análise e a avaliação do processo de condução do grupo¹².

O GF foi realizado nas dependências da maternidade, em local adequado, de fácil acesso e distante da interferência de ruídos e de contato com outros sujeitos, com duração de aproximadamente uma hora e trinta minutos. Assim como as entrevistas com as puérperas, a de grupo foi gravada em fita cassete e transcrita na íntegra, utilizando-se codinomes. Durante a aplicação da técnica foram feitas anotações em diário de campo, levando-se em consideração a comunicação não verbal, de forma a subsidiar a interpretação do material em construção.

Foram contemplados os seguintes temas no roteiro de debate: adesão das gestantes ao pré-natal, relação entre profissional e usuária e conhecimento científico versus conhecimento da gestante.

A análise do discurso das mulheres no pós-parto e dos profissionais de saúde teve como referencial metodológico a Hermenêutica de Profundidade (HP)¹³ que preconiza a interpretação e a compreensão das formas simbólicas nos vários contextos da vida social.

Apesar de não serem consideradas estágios isolados de uma análise sequencial, a HP compreendeu de três fases distintas: a análise sócio-histórica; a análise formal ou discursiva; e a interpretação/re-interpretação.

A primeira fase, a análise sócio-histórica, é caracterizada pela reconstrução das condições sociais e históricas de produção, circulação e recepção das formas simbólicas.

Na análise formal-discursiva o interesse primordial é a organização interna das formas simbólicas. Dentre as diferentes técnicas empregadas para a análise desta segunda fase, optou-se por uma adaptação da Análise de Conteúdo (AC), em sua vertente temática¹⁴. Esta fase foi organizada em duas etapas: a pré-análise e a exploração do material.

A terceira e última fase, a interpretação/re-interpretação, implica em um procedimento de construção criativa de possíveis significados e que “transcende a contextualização das formas simbólicas tratadas como produtos socialmente situados, e o fechamento das formas simbólicas tratadas como construções que apresentam uma estrutura articulada”¹³.

Foi proposto, a partir da técnica da triangulação como estratégia de pesquisa, utilizar a combinação das técnicas da entrevista semiestruturada e do grupo focal com o intuito de produzir um conhecimento mais aprofundado da realidade acerca da percepção das gestantes e profissionais de saúde quanto ao modelo de assistência nutricional pré-natal desenvolvido na referida maternidade¹⁵.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira da UFRJ. Todas as entrevistadas foram esclarecidas quanto aos objetivos e procedimentos metodológicos e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

Foram entrevistadas dezenove mulheres, sendo todas adultas, com idade média de 27 anos, sendo a mais nova com 21 e a mais velha com 36 anos. A maioria era casada ou vivia com o companheiro e oito já tinham filhos. A média do número de filhos foi de 1,7, variando entre 1 e 6.

Oito puérperas referiram ter cursado até o ensino fundamental, sendo que, destas, apenas uma completou este ciclo. Três mulheres relataram conciliar seu trabalho com a faculdade e uma delas apresentava o ensino superior completo. As demais chegaram a cursar o ensino médio, sendo que apenas uma não o completou.

No âmbito da frequência à assistência nutricional, duas puérperas referiram ter comparecido a duas e três consultas com o nutricionista ao longo do pré-natal, respectivamente. A frequência das demais foi entre quatro e sete consultas, ultrapassando o número preconizado no protocolo.

Em relação ao trabalho, apenas quatro mulheres não trabalhavam fora de casa. Logo, a maior parte delas apresentava algum tipo de renda de forma a garantir ou complementar o orçamento da família.

No que diz respeito aos integrantes do grupo focal, todos eram do sexo feminino. Com exceção da técnica de enfermagem, os demais eram

membros efetivos da unidade há, pelo menos, quatro anos.

Nas falas das mulheres entrevistadas, o médico obstetra foi enaltecido em vários momentos, sendo considerado um profissional soberano, que detém um conhecimento específico importante para o cuidado na gestação. No entanto, outros profissionais da equipe também foram apontados como agentes de saberes e práticas que devem ser compartilhados com as mulheres durante o pré-natal, como nutricionista, psicólogo e assistente social.

Apesar de muitas vezes exercer forte influência sobre o comportamento das gestantes, em algumas ocasiões, o discurso veiculado pelos profissionais parecia não ser o mais indicado na percepção das entrevistadas, demonstrando que outros tipos de saberes podiam se justapor ou contrapor às orientações dos profissionais. Assim, embora a gestante procurasse dividir suas dúvidas com o profissional que a assistia, as experiências apreendidas e/ou vivenciadas também eram relevantes para as mulheres.

O profissional fala uma coisa, aí, vem outra pessoa e fala: 'Ah, médico não sabe de nada não. Se for pela... cabeça do médico, filho passa fome. Médico não sabe de nada não. Quem sabe é a gente, a gente que é mãe [...]'. Aí, a gente, às vezes, fica confusa, né? Porque eu não tenho experiência nenhuma. Mas, aí, uma pessoa que já criou quatro filhos, vem e fala uma coisa completamente diferente... eu falo, pô, ela deve saber. Já criou quatro filhos e os quatro filhos tão aí, né? Aí, a gente fica, assim, com o pé atrás... [Lúcia].

As dúvidas normalmente eram originadas em função da existência de personagens importantes para a gestante: de um lado o profissional, detentor máximo do conhecimento, porém um sujeito pouco conhecido, que passa a intervir na vida da mulher num momento em que muitas modificações, negociações e arranjos estão em jogo; do outro, a comunidade, a família, especialmente a mãe, que representava, para a gestante, uma pessoa mais experiente e zelosa pela saúde da filha e futuro neto ou neta.

Possivelmente, algumas atitudes incorporadas pelas mulheres e impulsionadas por parentes, amigos e entes próximos tenham mais valor do que o conhecimento científico e possam gerar um aumento da autoconfiança das mulheres por permitir que estas anunciem à sociedade a reprodução de saberes e funções como as de uma “boa mãe”, responsável e protetora de um ser indefeso^{16,17}.

Ainda que o profissional de saúde tivesse um papel fundamental e peculiar na assistência pré-natal, segundo as mulheres, a família foi apontada

como elemento-chave, não apenas para a sobrevivência dos indivíduos, mas também para a proteção e a socialização de seus componentes. Representando uma instância mediadora entre indivíduo e sociedade, a família opera como espaço de produção e transmissão de práticas culturais¹⁸. Nesse sentido, as entrevistadas reinterpretavam o discurso dos profissionais com base na cultura e nas suas vivências familiares e cotidianas¹⁹.

Todavia, frequentemente, as crenças relacionadas à gestação, originadas na vivência familiar e comunitária da gestante, se constituíam em elementos desafiadores para os profissionais quando confrontadas com a literatura científica. Nesse contexto, destaca-se a questão da alimentação. Neste estudo, as principais prescrições e interdições alimentares construídas culturalmente relatadas pelas mulheres foram: “o comer por dois”, o consumo de canjica e cerveja preta ou mesmo a restrição de alimentos durante a amamentação que podem causar algum dano ou desconforto tanto para a mãe quanto para o bebê. Como exemplos destes últimos foram citados “alimentos que fermentam” (pão e feijão) e “alimentos ácidos” em geral.

Os profissionais revelaram que estavam acostumados a ouvir determinadas crenças e as relacionaram à vulnerabilidade emocional e afetiva da gestante e à insegurança que essas normalmente têm sobre o adequado desenvolvimento da criança. Por exemplo, o “comer por dois” foi apontado por eles como consequência desses fatos. Acreditavam, ainda, que as gestantes apresentavam um conhecimento “errado” sobre saúde durante a gravidez, manifestado, na maior parte das vezes, por meio das “crendices populares” que têm sua origem nas gerações anteriores, especialmente reproduzidas no contexto familiar.

No GF foram apontadas duas maneiras pelas quais as crendices devem ser trabalhadas durante o pré-natal: a mais enfatizada, sugere que os profissionais precisam ser rígidos e a mulher repreendida.

[...] enquanto elas estão sob a nossa júdice, né? Porque, pelo menos perto de mim, se ela me falar uma besteira, no mínimo, ela vai apanhar [tom irônico]! Porque eu já expliquei e não vou admitir que ela fale de novo [GF].

A outra forma indica que é importante compreender os significados das crenças, colocando-se no lugar da gestante para conhecer seu mundo de vivências culturais e, a partir daí, desenvolver as ações necessárias. Entretanto, apesar de uma tentativa de aproximação e de uma relação de maior igualdade, o objetivo continuava sendo o de transferência de saberes, que devem ser apre-

endidos pelas mulheres, mesmo que ela leve um tempo para colocá-los em prática.

A limitada percepção da mulher enquanto sujeito do processo conduz ao enfraquecimento da responsabilidade e da solidariedade de cada profissional. Sendo assim, espera-se que, no âmbito da interdisciplinaridade, o conhecimento biomédico esteja articulado às Ciências Sociais e Humanas, de forma a construir concepções e modelos mais aproximados da realidade dos sujeitos. O profissional de saúde precisa estar integrado a um campo de saber múltiplo, capaz de reconhecer, dialeticamente, a complexidade dos fenômenos, com olhares diferenciados²⁰.

No âmbito da interação entre a gestante e as mais diversas categorias que compõem a equipe da unidade, seja do quadro efetivo, docentes e alunos, residentes ou internos, a relação entre as partes nem sempre se dava da mesma forma.

De acordo com duas puérperas, o atendimento realizado pelos estudantes, independentemente do setor da unidade em estudo, era bem aceito em decorrência da satisfação pela receptividade e atenção recebidas²¹. Os alunos eram vistos pelas mulheres como jovens capazes de perceber e lidar com questões concernentes ao conhecimento técnico e às relações interpessoais de maneira mais descontraída e acolhedora.

Aliás, lidar com estudante, eu acho bem melhor [em comparação com o profissional já formado]. Onde há assim, universitários, eu acho melhor porque a mente é bem mais aberta, entendeu, eles são mais... são mais, assim, receptivos, atenciosos. Eu acho que... bem melhor. [Fernanda]

É possível que o caráter humanitário dos estudantes possa ser atribuído tanto à concepção sobre a importância do cuidado integral à gestante, quanto à idealização da profissão^{22,23}. Para Casate e Corrêa²³, é possível que o aluno perceba a mulher em seu contexto de vida subjetivo e social, reconhecimento sua condição humana, o que nem sempre é valorizado no atendimento pelos profissionais. Esses aspectos, dentre outros, podem explicar o sentido que essas puérperas atribuíam ao atendimento realizado pelos estudantes.

Por outro lado, para outras entrevistadas, apesar da maioria das mulheres ter o conhecimento de que a referida maternidade tem o compromisso com a formação acadêmica, o atendimento pelos alunos, especialmente no ambulatório de obstetrícia, era uma situação que interferia na tranquilidade da gestante.

Esse descontentamento era resultado da insegurança relacionada à ausência de um profissional mais “experiente”, por mais que o atendimento fosse supervisionado por um obstetra^{21,24}.

Desta forma, mais uma vez o enaltecimento do médico competente apareceu no discurso das puérperas, fortalecendo a importância simbólica deste sujeito para as mulheres.

[...] eu sabia que tinham estagiários [...] Mas, eu, no meu terceiro mês de gravidez ainda não tinha conhecido a minha obstetra. Eu sabia que ela existia, mas eu ainda não tinha conhecido quem era, né, só com estagiário, até pelo fato de tá tudo bem, né, com a minha filha e tal, mas rola uma certa insegurança em relação a isso, né? [Rosana]

Deve-se salientar que esta “cobrança” da presença física do obstetra responsável durante as consultas pelas puérperas não ocorreu com as demais especialidades que, por sua vez, também contam com a assistência prestada por estagiários. Nas consultas com a Nutrição era priorizado o atendimento da mesma gestante por uma mesma nutricionista/estagiária. No entanto, mesmo quando tal situação não era possível de ser seguida, ainda existia o reconhecimento por parte das entrevistadas quanto ao trabalho realizado de maneira padronizada e criteriosa pelos membros da equipe, seja em relação à competência técnico-científica de seus integrantes, seja em relação às questões mais subjetivas concernentes ao relacionamento interpessoal.

“[...] e todas [nutricionistas e estagiárias], não foi só uma, se tinha uma que vinha e eu não conhecia, agia da mesma maneira que a outra que eu conhecia, entendeu – então não era UMA [ênfase] que era A [ênfase] boa, não, o grupo era muito bom. Quem eu não conhecia agia da mesma maneira que aquela pessoa que eu conhecia, que eu comecei desde o início, entendeu?” [Mônica]

Possivelmente a supervalorização da presença da figura médica durante os atendimentos, diferentemente do que ocorria nas demais áreas, principalmente na Nutrição, seja em decorrência de dois motivos.

Em primeiro lugar, em um contexto mais geral, é possível que um dos motivos possa ser explicado pela configuração do modelo biomédico da atenção, visto os grandes avanços da ciência médica que conferiram poder ao médico no decorrer do século 20²⁵, evidenciado até hoje.

Em segundo lugar, tomando como referência o discurso das puérperas, supõe-se que, os princípios do aconselhamento dietético praticados nas consultas da Nutrição, como parte do protocolo de assistência nutricional implantado, tenham causado um impacto positivo na relação profissional-gestante, de forma que, independentemente do nutricionista a atender, eram construídos e mantidos o respeito, a segurança e a confiança.

Então eu acho que... o humano, né, o ambiente, a forma de tá se trabalhando com as pacientes era muito interessante, que deixava esse, esse... diálogo bem sincero, né, pra poder tá se fazendo uma coisa boa com a alimentação. [Mônica]

Os princípios do aconselhamento dietético foram construídos com base na literatura disponível^{7,8,26-28} e na própria vivência da equipe de nutricionistas na unidade, de forma a propiciar uma melhor comunicação e relacionamento com as usuárias e, conseqüentemente, a consolidação da adesão das gestantes à proposta de assistência nutricional.

Em oposição a isto, as gestantes também relataram que se sentiam, por vezes, tratadas como objeto diante dos acadêmicos da obstetrícia pela forma como eram “manuseadas”.

[...] chega um certo tempo que você não tá propicia a ficarem te apertando [...] entra um quer apertar, entra outro quer apertar, entra outro quer apertar, entendeu? Isso foi uma das partes desconfortáveis [...] embora a gente quer ajudar os profissionais e tal, mas é meio complicado. [Rosana]

Tal situação é discutida de maneira semelhante por Marcon²⁴ e Menezes²⁹. Segundo estes autores, a competência técnica é, normalmente, a mais trabalhada na formação acadêmica dos profissionais. Desta forma, nota-se que, ao longo da formação, os profissionais de saúde não estão sendo preparados para dar maior atenção às percepções e queixas dos clientes. Este tipo de conduta, exemplificada pela puérpera, e o fato de priorizarem a satisfação das exigências acadêmicas e não a da mulher demonstra a necessidade de repensar a conduta médica. Uma vez que os procedimentos obstétricos mostram-se ser muito mais invasivos quando comparados àqueles realizados por outras áreas como a Nutrição, o treinamento e o manejo clínico são fundamentais para o estabelecimento de uma relação afetiva, tranquila e esclarecedora entre o profissional e a gestante³⁰.

A rotatividade também foi discutida por Domingos e Madeira³⁰ em estudo com meninas adolescentes sobre os significados atribuídos à consulta ginecológica. Os autores verificaram que, quando um mesmo profissional era mantido em consultas subsequentes, a interação entre a jovem e o médico era facilitada. O vínculo se construía aos poucos por meio da conversa, da escuta e, sobretudo, do respeito. Já a inexistência do vínculo, devido à alternância do profissional, contribuiu para que as adolescentes não só apresentassem dificuldades para expressar dúvidas, mas também realizar as consultas.

Com relação a esse aspecto, os profissionais manifestaram que, na referida unidade, as gestantes sempre sabem quem é o profissional de referência a quem elas podem se dirigir a qualquer momento que precisarem.

Apesar de tal prática estar prevista nas rotinas da unidade, os discursos demonstram claramente percepções opostas entre as puérperas e os profissionais. Tal divergência pode ser decorrente da atribuição de diferentes significados e graus de importância a tal situação.

O fato de a usuária ter o nome do profissional responsável por ela escrito no cartão da gestante, sendo este a referência na equipe para prestar atendimento, sempre que necessário, era suficiente para os profissionais. No entanto, para as gestantes, essa referência deveria ser sinônimo de presença constante em todo o pré-natal, o que não acontecia, segundo seus testemunhos. Diante de um período no qual a mulher perpassa por diferentes transformações, sejam de cunho fisiológico, emocional ou social³¹, a relação de vínculo e confiança se torna imprescindível para a qualidade do atendimento³⁰.

Diferentemente do que se espera encontrar em um ambiente acolhedor³², uma característica bastante enfatizada pelas puérperas em relação às consultas com o obstetra foi a longa espera para serem atendidas, de forma a causar cansaço, estresse e sensação de fome nas mulheres enquanto aguardavam serem chamadas.

O acesso ao serviço de saúde envolve o acesso propriamente dito aos serviços de que o usuário necessita, incluindo-se os tipos de assistência prestada, os horários previstos e a qualidade do atendimento. Tendo em vista que acesso e acolhimento são elementos essenciais para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, a longa espera por consultas constitui um dos fatores contribuintes para a inadequação da assistência^{33,34}.

Além dos transtornos físicos e emocionais citados pelas entrevistadas, a demora no atendimento da obstetrícia resultou, muitas vezes, na evasão das gestantes da unidade e no não comparecimento às consultas de Nutrição, que ocorreriam no mesmo dia. Esta marcação conjunta era realizada com o propósito de facilitar a gestante, de forma a concentrar suas consultas em um único dia.

Tendo em vista a consagração da importância da assistência nutricional durante a gestação, pelos seus inúmeros benefícios atrelados à saúde do binômio mãe-filho^{4,5}, o não comparecimento da mulher à consulta com o nutricionista é de fundamental relevância. Esse fato reflete que o

atendimento com o obstetra ainda é preconizado como a ação mais importante dentro do contexto da assistência pré-natal em detrimento das demais especialidades. A partir da perspectiva de que quanto melhor a condição de atendimento em uma maternidade maior a chance de um resultado obstétrico favorável, espera-se que a acessibilidade, a formação de vínculos, a qualidade dos serviços e, conseqüentemente, a elevação da resolubilidade na assistência garantam um cuidado integral, equânime, conjugado nas ações de promoção e proteção à saúde³².

Com base nos discursos das puérperas, apesar dos problemas relatados na assistência – a ausência de um obstetra como referência nas consultas médicas, a alta rotatividade destes profissionais ao longo das consultas e a conduta equivocada por parte dos alunos de medicina durante o atendimento – a maior parte das mulheres ainda se sentia bem tratada na maternidade em comparação com o atendimento em outras unidades de saúde.

Corroborando as falas das puérperas, segundo o GF, as mulheres não estavam acostumadas a serem tão bem tratadas ou a ter acesso a tudo o que o serviço oferecia (o “suprassumo”, “atendimento abrangente”, “atenção”, “carinho”, “disponibilidade”, “escuta efetiva”). Segundo os profissionais, a qualidade da assistência prestada pela maternidade era considerada superior aos demais serviços de saúde materno-infantil. De forma geral, independentemente do profissional, as puérperas enfatizaram que eram respeitadas e que havia preocupação e atenção por parte da equipe. Nesse sentido, as habilidades de relacionamento dos profissionais foram valorizadas, reforçando a importância das relações interpessoais durante as consultas²¹.

Destaca-se que o contentamento das puérperas em relação à assistência prestada era, na maior parte das vezes, relacionada ao esclarecimento de dúvidas por parte dos profissionais, à clareza das informações recebidas no serviço e à disponibilidade de diferentes serviços na unidade (obstetrícia, nutrição, assistência social, psicologia e exames).

Em contrapartida, a insatisfação com o atendimento também se manifestou na fala das puérperas, principalmente no que diz respeito à forma como o profissional, muitas vezes, se dirigia à gestante. Porém, mesmo reconhecendo que, em alguns momentos, os profissionais eram duros, chegando a ultrapassar os limites da boa educação, esse fato ficava atenuado quando interpretado como necessário para a correção de com-

portamentos prejudiciais à saúde. Da mesma forma, a gestante até podia se submeter a relações mais desrespeitosas quando a competência técnico-científica era reconhecida como a dimensão mais importante e valorizada da assistência.

O que ela [a médica] fala [...] de você estar fazendo alguma coisa errada, chamando a atenção um pouco mais, vamos dizer, rude, né, é para o bem. A gente tem que levar por esse lado. [Mônica]

Esta contradição percebida no discurso das puérperas, traduzida ora na satisfação e ora no descontentamento quanto à assistência prestada, aliada à percepção dos profissionais quanto ao tratamento, em geral, ruim, recebido pelas gestantes nas demais unidades de saúde, remetem à reflexão acerca da prática existente na referida maternidade. Sendo assim, foi possível apreender uma prática assistencial paradoxal, visto que ao mesmo tempo em que está aberta para escutar também pode causar constrangimento, capaz de promover diálogo e impor normas e condutas, receber com carinho e tratar mal e, ao passo que atribui autonomia, repreende³⁵.

É possível que as atitudes acolhedoras da equipe da maternidade sejam praticadas de formas distintas pelos diversos profissionais, o que explicaria as opiniões heterogêneas das puérperas em relação ao acolhimento na assistência pré-natal na unidade. Por este motivo, tornou-se inevitável a comparação entre o tipo de atendimento, as perspectivas e o grau de satisfação das mulheres no que se refere às diferentes áreas de conhecimento, sobretudo entre a nutrição e a obstetrícia. A análise das categorias empíricas sugere discrepâncias quanto à assistência prestada e remete à reflexão sobre a dificuldade de padronização no atendimento quando este abrange as relações interpessoais.

O maior enfoque direcionado à nutrição e à obstetrícia é justificado pelo fato de o primeiro caso constituir o principal propósito do estudo, enquanto que, no segundo caso, como já exposto anteriormente, o enaltecimento da classe por parte das mulheres entrevistadas e o maior convívio destas com o médico durante a gestação propiciaram uma maior riqueza de relatos em comparação às demais especialidades.

Por mais que as puérperas tenham encontrado na maternidade um ambiente receptivo, respeitador e capaz de oferecer uma gama de saberes concernentes ao período gestacional, dissipados por diferentes atores (obstetra, nutricionista, assistente social, psicólogo), estes elementos não são o bastante para a garantia do acolhimento³⁶. A consolidação do acolhimento enquan-

to tecnologia potente para humanizar o cuidado necessita de elementos como a qualificação do profissional para recepcionar a mulher desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, sem julgamento nem preconceitos, garantindo a resolutividade das ações, respeito ao indivíduo, à sua historicidade e autonomia^{36,37}. O cuidado eficiente e eficaz requer não apenas a tecnologia dura, representada pelos equipamentos e procedimentos, ou a tecnologia leve-dura, formada pelos conhecimentos estruturados como as teorias e modelos de atenção, mas a tecnologia leve deve se fazer presente uma vez que para a implementação do cuidado, o estabelecimento de relações e o vínculo são fundamentais³⁸.

Sobre o atendimento pela equipe da Nutrição na maternidade, as puérperas chamaram a atenção para a possibilidade de diálogo durante as consultas, o apoio e o incentivo recebidos, mesmo quando a alimentação não era considerada adequada.

A gente tinha um ambiente [na Nutrição] muito legal pra estar expressando o que realmente comia [na gestação]. Me deixava muito à vontade pra poder estar falando o que realmente a gente tava fazendo, incentivava [a mudar] quando não tava legal, elogiava quando tava muito bom [...] Então eu acho que.. o humano, o ambiente, a forma de tá se trabalhando com as pacientes era muito interessante, que deixava esse, esse... diálogo bem sincero, né, pra poder tá se fazendo uma coisa boa com a alimentação [...]. [Mônica]

Um dos motivos que impulsionavam a mulher a não desistir da consulta de Nutrição e, consequentemente, das orientações dietéticas e das metas como o ganho de peso, apesar da demora para ser atendida na consulta médica, realizada no mesmo dia, previamente, foi o tipo de tratamento oferecido pela equipe.

É possível que a satisfação encontrada no atendimento também tenha contribuído para a adesão das mulheres às orientações e recomendações articuladas durante a consulta com o nutricionista. Segundo os relatos das puérperas, a incorporação de práticas alimentares mais saudáveis resultou na mudança da dieta que, por sua vez, seria mantida para além do período gestacional.

Conclusão

Por mais que as puérperas tenham encontrado na maternidade uma assistência diversificada em termos das especialidades e tecnicamente capaz, outros elementos precisam ser incorporados para proporcionar um ambiente mais acolhedor e uma prática assistencial alicerçada pela humanização do atendimento.

A educação em saúde durante o pré-natal não pode consistir apenas em um repasse de informações à gestante, ou seja, uma reprodução do conhecimento apreendido pelo profissional durante a sua formação. O cuidador deve levar em consideração que cada mulher é um sujeito único e que carrega consigo sua própria cultura, traduzida por meio de suas vivências, medos, dúvidas, crenças e expectativas.

O atendimento prestado pela equipe de Nutrição mostrou priorizar a comunicação entre ambas as partes, de modo a promover a escuta efetiva das necessidades das gestantes por parte da equipe, assim como estabelecer um relacionamento mais estreito com as mulheres. Desta forma, acredita-se que a formação do vínculo seja crucial para o maior envolvimento da gestante nas questões relacionadas à sua saúde, a atribuição da autonomia e definição de suas escolhas e, consequentemente, a percepção mais consciente do autocuidado.

Colaboradores

BD Líbera, C Saunders, MMAS Santos, KA Rimes, FRSS Brito e MR Baião participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada* – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2005.
2. Chen XK, Wen SW, Yang Q, Walker MM. Adequacy of prenatal care and neonatal mortality in infants born to mothers with and without antenatal high-risk conditions. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2007; 47(2):122-127.
3. Kafatos AG, Vlachonikolis IG, Codrington CA. Nutrition during pregnancy: the effects of an educational intervention program in Greece. *Am J Clin Nutr* 1989; 50:970-979.
4. Albernaz E, Victora CG. Impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento exclusivo: um estudo de revisão. *Rev Panam Salud Publica* 2003; 14(1):17-23.
5. Nielsen JN, Gittelsohn J, Anliker J, O'Brien K. Interventions to improve diet and weight gain among pregnant adolescents and recommendations for future research. *J Am Diet Assoc* 2006; 106(11):1825-1840.
6. Azevedo IGS. Aconselhamento aplicado ao assistir em amamentação: uma análise da proposta oficial [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
7. Bueno LGS, Teruya KM. Aconselhamento em amamentação e sua prática. *J Pediatr* 2004; 80(5):S126-S130.
8. Rodrigues EM, Soares FFTP, Boog MCF. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. *Rev. Nutr.* 2005; 18(1):119-128.
9. Martins HHTS. Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educ. Pesqui* 2004; 30(2):289-300.
10. Morse JM. *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. Thousand Oaks: Sage; 1994.
11. Klein EE, Tellefsen T, Herskovitz PJ. The use of group support systems in focus groups: Information technology meets qualitative research. *Comput Human Behav* 2006. [acessado 2006 out 25]. Disponível em: http://www.hofstra.edu/pdf/BIZ_mlc_workingpaper5.pdf
12. Cruz Neto O, Moreira MR, Sucena LFM. Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: *XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP)*; 2002; Nov 4-8; Ouro Preto; 2002. [acessado 2007 out 25]. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br>
13. Thompson JB. *Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa*. Petrópolis: Vozes; 1995.
14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
15. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. *Avaliação por triangulação de métodos. Abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
16. Barbosa MARS, Teixeira NZF, Pereira WR. Consulta de enfermagem - um diálogo entre os saberes técnicos e populares em saúde. *Acta paul. enferm.* 2007; 20(2):226-229.
17. Marshall JL, Godfrey M, Renfrew MJ. Being a 'good mother': Managing breastfeeding and merging identities. *Social Science & Medicine* 2007; 65(10):2147-2159.
18. Carvalho IMM, Almeida PH. Família e proteção social. *São Paulo Perspec.* 2003; 17(2):109-122.
19. Canesqui AM, Garcia RWD, organizadores. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
20. Meirelles BHS, Erdmann AL. A interdisciplinaridade como construção do conhecimento em saúde e enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2005; 14(3):411-418.
21. Périco GV, Grosseman S, Robles ACC, Stoll C. Percepção de mães sobre a assistência prestada a seus filhos por estudantes de medicina da sétima fase: estudo de caso no ambulatório de pediatria de um hospital universitário. *Rev. bras. educ. med.* 2006; 30(2):49-55.
22. Rosa RB, Lima MADS. Concepções de acadêmicos de enfermagem sobre o que é ser enfermeiro. *Acta paul. enferm.* 2005; 18(2):125-130.
23. Casate JC, Corrêa AK. Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde. *Rev. esc. enferm. USP* 2006; 40(3):321-328.
24. Marcon SS. "Flashes" de como as gestantes percebem a assistência pré-natal em um hospital universitário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 1997; 5(4):43-54.
25. Ribeiro MMF, Amaral CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Rev. Bras. educ. méd.* 2008; 32(1):90-97.
26. Leitão LRG. Não basta apenas ouvir, é preciso escutar. *Saúde* 1995; 47:46-49.
27. De Marco MA. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Rev. bras. educ. med.* 2006; 30(1):60-72.
28. Maclellan D, Berenbaum S. Canadian Dietitians' Understanding of the Client-Centered Approach to Nutrition Counseling. *J Am Diet Assoc* 2007; 107(8):1414-1417.
29. Menezes RA. Etnografia de ensino médico em um CTI. *Interface Comum Saúde Educ* 2001; 5(9):117-130.
30. Domingos SRF, Madeira AMF. A consulta ginecológica sob a ótica de adolescentes: uma análise compreensiva. *REME – Rev. Min. Enf.* 2004; 8(4):442-448.
31. Rezende J. Repercussões da gravidez sobre o organismo. In: Rezende J. *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 143-160.
32. Queiroz MVO, Jorge MSB, Marques JF, Cavalcante AM, Moreira KAP. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. *Texto Contexto Enferm.* 2007; 16(3):479-487.

33. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2003; 19(1):27-34.
34. Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta paul. enferm.* 2007; 20(1):12-17.
35. Souza V, Czeresnia D, Natividade D. Aconselhamento na prevenção do HIV: olhar dos usuários de um centro de testagem. *Cad Saude Publica* 2008; 24(7):1536-1544.
36. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS*: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.
37. Rossi FR, Lima MADS. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. *Rev. Bras. Enferm.* 2005; 58(3):305-310.
38. Rocha PK, Prado ML, Wal ML, Carraro TE. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. *Rev. Bras. Enferm.* 2008; 61(1):113-116.

Artigo apresentado em 12/11/2009
Aprovado em 11/02/2010
Versão final apresentada em 05/03/2010