

# Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica

*Access and user embracement in prenatal care through the experiences of pregnant women in Primary Care*

Maria Zeneide Nunes da Silva<sup>1</sup>, Andréa Batista de Andrade<sup>2</sup>, Maria Lúcia Magalhães Bosi<sup>3</sup>

**RESUMO** O artigo objetiva analisar o acesso e o acolhimento no cuidado pré-natal à luz das experiências de 13 gestantes. O material empírico foi obtido por meio de entrevistas e analisado sob a óptica da análise do discurso. Os resultados evidenciam dois eixos temáticos: o primeiro aborda o acesso aos serviços de assistência pré-natal; e o segundo focaliza questões relacionadas à interação e à comunicação da gestante com o profissional. Conclui-se que o acolhimento no pré-natal não se limita à recepção da gestante à porta de entrada dos serviços de saúde, pois inclui a noção de acesso. Evidencia-se a importância do uso de tecnologias leves nas relações intersubjetivas processadas no cuidado, assumindo papel de destaque na reorientação do modelo de atenção à saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Acesso aos serviços de saúde; Acolhimento; Cuidado pré-natal; Atenção Primária à Saúde.

**ABSTRACT** *This study aims to analyze the access and user embracement in prenatal care through the experiences of 13 pregnant women. The material was obtained through interviews and analyzed from the perspective of discourse analysis. Results indicate two themes: the first one approaches the access of assistance services in prenatal care; the second one focuses on questions related to the interaction and communication between the pregnant woman and the health professional who conducts prenatal care. We concluded that prenatal care is not limited to the reception of pregnant women at the doorway of health services, because it includes the notion of access. This study highlights the importance of using 'lightweight technologies' in interpersonal relations processed in care, assuming a prominent role in reorienting the health care model.*

**KEYWORDS** *Health services accessibility; User embracement; Prenatal care; Primary Health Care.*

<sup>1</sup> Especialista em Saúde Pública pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) - Sobral (CE), Brasil. Psicóloga do Centro de Referência Especializado em Assistência Social (Creas) - Fortaleza (CE), Brasil.  
zene.nune@hotmail.com

<sup>2</sup> Doutoranda em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas) - Belo Horizonte (MG), Brasil. Professora da Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil.  
andrea\_andrade@hotmail.com

<sup>3</sup> Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora titular da Universidade Federal do Ceará (UFC) - Fortaleza (CE), Brasil.  
malubosi@ufc.br

## Introdução

A assistência pré-natal constitui-se como espaço fundamental para fomentar mudanças no núcleo do cuidado, com vistas a acolher a gestante, garantindo seu direito a uma atenção de qualidade, como componente da cidadania (BRASIL, 2000). Tal entendimento só se tornou possível mediante modificações nas políticas de saúde e rupturas paradigmáticas no modelo assistencial.

A noção de acolhimento assume lugar de destaque na reorientação do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que busca superar a hegemonia do modelo biomédico centrado na doença, no tecnicismo e na verticalidade das ações entre profissionais de saúde e usuários (BOSI; MERCADO, 2006). A alteração desse modelo assistencial vigente só é possível com suporte em uma mudança no núcleo tecnológico do cuidado fundamentada no acolhimento como modo de se produzir saúde (MERHY, 2002).

A primeira política de saúde voltada para as mulheres foi o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), criado em 1973, cujo foco se restringia à oferta de serviços que visavam garantir a saúde do binômio mãe-filho e o desfecho gestacional da mulher pobre não previdenciária, colocando a maternidade no cerne do papel social da mulher. Até o início da década de 1980, as políticas de saúde voltadas às mulheres brasileiras eram direcionadas a apenas um ciclo de suas vidas, o gravídico-puerperal (COSTA, 2012).

Após algumas mudanças estratégicas e conceituais nas políticas de saúde da mulher, foi formulado em 1983 o Programa de Assistência Integral à Saúde da mulher (PAISM), o qual foi reformulado e consagrado no ano de 2004 como Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Nesse período, os objetivos das políticas públicas abrangeram a melhoria da saúde da população feminina em todas as fases e ciclos da vida, mediante um modelo de atenção integral, valorizando ações

articuladas entre serviços de todos os níveis de atenção e ampliando a participação social das mulheres (COSTA, 2012).

O PNAISM incorporou o conceito de gênero para analisar as condições de vida e saúde das mulheres, identificando as demandas de mulheres negras, indígenas, lésbicas, transexuais e moradoras do campo e de florestas, de modo a garantir o direito à saúde, a ampliação do acesso e a redução de morbimortalidade e de desigualdades (COSTA, 2012). Uma das principais prioridades dessa política é promover atenção obstétrica e neo-natal qualificada e humanizada que amplie a adesão ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) (RIOS; VIEIRA, 2007).

Percebe-se, com efeito, que muitos são os desafios quando se assume a responsabilidade de acolher a gestante, ficando evidente que tão importante quanto os resultados alcançados é todo o processo do cuidado que envolve o pré-natal, cujos resultados são o desfecho objetivo, muitos deles, mensuráveis. Não obstante, é preciso reconhecer que todo resultado subentende processos, ou seja, práticas cotidianas que se estabelecem no microespaço, cenário da atenção (BOSI; GASTALDO, 2011).

No que tange à prática cotidiana da Estratégia Saúde à Família (ESF), o acesso tem como um dos alicerces o acolhimento, sendo materializado por meio de atitudes evidenciadas, no caso em tela, nas relações intersubjetivas diariamente estabelecidas entre profissionais e usuárias dos serviços. Longe de representar uma abstração ou utopia de materialização difícil, o acolhimento traduz-se por gestos simples com forma cordial de atendimento, na qual os profissionais chamam as gestantes pelo nome, informam sobre condutas e procedimentos a serem realizados por intermédio de uma linguagem adequada, escutam e valorizam as narrativas das usuárias, garantem sua privacidade, dentre outras atitudes humanizadoras passíveis de serem operadas, se respeitada a ética da alteridade (CARVALHO; FREIRE; BOSI, 2009).

A ESF idealiza o estabelecimento de uma nova maneira de operar em saúde, ou seja, aponta para a produção de um cuidado baseado na humanização da assistência, centrado no uso das tecnologias leves (COSTA ET AL., 2009). Consoante Merhy (2002), tais tecnologias são aquelas produzidas no trabalho vivo em ato, compreendendo relações de interação e intersubjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo e responsabilização. Portanto, o acolhimento compreende noções como acesso, referência, capacidade de escuta e percepção das demandas em seus contextos psicossociais (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), o acolhimento no pré-natal implica a recepção da mulher na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde, promovendo a continuidade da assistência, quando necessário. O diálogo franco e a sensibilidade dos profissionais que acompanham o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja disposto à mulher, protagonista no processo de gestação e parto (BRASIL, 2005).

O Manual técnico do pré-natal e puerpério do Ministério da Saúde traz o acolhimento como fator determinante para o acompanhamento adequado à gestação, tal como a qualidade técnica, e refere que cabe à equipe de saúde buscar compreender os múltiplos significados da vivência da gestação para a mulher e sua família (BRASIL, 2005).

Santos e Assis (2006, p. 57) asseveram que “o acolhimento acontece nos micro-espacos das relações individuais e coletivas”, seja na recepção, nas palestras, reuniões de grupo ou em consultas com os profissionais de saúde. Isso significa que a ESF é o eixo estruturante da Atenção Básica, que visa a fortalecer as estratégias relacionais e comunicacionais dos profissionais de saúde com a comunidade, especificamente com a família em seus

diversos contextos de atuação.

Percebe-se, então, que o aperfeiçoamento das políticas de saúde e a implementação de programas na ESF voltados para a saúde materno infantil buscam mudanças no modelo de atenção à saúde da gestante, incluindo a ampliação da cobertura do pré-natal e a melhoria do acesso, porquanto, o acesso ao serviço de saúde é a primeira condição apontada pelos usuários. É com o acesso aos recursos e atendimentos oferecidos que a população poderá participar, avaliar e retornar ao local de atenção para dar continuidade ao cuidado (COHN, 1999).

Dados epidemiológicos apontam aumento gradativo do número de consultas de pré-natal por mulher que realiza parto no SUS. Em 1981, 41% das gestantes realizaram cinco ou mais consultas, enquanto em 2006/2007 essa cobertura aumentou para 81%. Apesar da ampliação da cobertura, estudos avaliativos apontam comprometimento da qualidade dessa assistência (aumento de partos por cesariana; desigualdades de acesso entre as mulheres negras e de baixa escolaridade; medicalização abusiva, etc.), mostrando ainda um distanciamento expressivo entre as práticas de cuidado e o discurso oficial do SUS (COSTA, 2012).

Ante essa conjunção de questões, nos interessa compreender o modo como as gestantes percebem a produção do cuidado durante o período de pré-natal, conferindo destaque ao acesso e acolhimento, e dimensões a eles associadas, relatando suas experiências na unidade básica de saúde e apontando sugestões para um atendimento de melhor qualidade.

## Métodos

Trata-se de um estudo orientado pelo enfoque qualitativo, no qual confere ênfase aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências e o modo como compreendem o mundo (POPE; MAYS, 2009). Destarte,

demos relevo às experiências das gestantes de modo a investigar o acesso e o acolhimento na Atenção Básica, analisando em que medida os aspectos problematizados e as dimensões demarcadas se expressam no aparato tecnológico do cuidado desenvolvido por uma equipe de ESF do interior do Nordeste do Brasil.

Reiteramos, portanto, as afirmações de Pinheiro e Martins (2009) que, sem desconsiderar a perspectiva do gestor (baseada em metas, prazos e prioridades estratégicas) e do profissional de saúde, é importante, porém, compreender as representações dos usuários e seu modo de perceber as ações em saúde que lhes são ofertadas. Embora a triangulação de fonte de evidências (usuário, profissional e gestor) possibilite um universo linguístico mais amplo e complexo, não foi possível, no espaço deste estudo, ampliar a compreensão mediante a escuta de outros atores, notadamente gestores e profissionais, que certamente desvelariam dimensões e relações importantes. Desse modo, a pesquisa se atém exclusivamente às usuárias gestantes.

Não obstante essa delimitação, cabe reconhecer que a participação do usuário, quando acontece, ocorre de maneira representativa, grosso modo em conselhos de saúde. Apesar da relevância e da legitimidade dessa modalidade de representação, há uma assimetria de informações e uma predominância da lógica técnico-profissional dos debates em saúde, ensejando um discurso distanciado da realidade dos usuários e da comunidade (PINHEIRO; MARTINS, 2009). Portanto, a possibilidade de conferirmos centralidade neste estudo para gestantes usuárias da unidade de saúde selecionada as torna, neste espaço, avaliadoras legítimas da oferta de cuidados, ilustrando, com mais um exemplo, as questões em jogo na busca de incrementar a qualidade e a resolubilidade nos serviços na Atenção Básica.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) foi selecionada por critérios de conveniência,

observando a localização geográfica (zona urbana) e a permissão do(a) seu(a) coordenador(a). As participantes da pesquisa foram constituídas pelo universo de 13 gestantes, uma vez que, no momento do estudo, compunham o grupo atendido em uma das UBS da referida região, onde foram adotados os seguintes critérios de inclusão amostral: gestantes acima de 18 anos que estivessem no segundo ou terceiro trimestre da gravidez, independentemente do número de gestações precedentes e do seu nível sócio-cultural. O critério do trimestre escolhido decorreu do fato de que as gestantes já deveriam ter vivenciado experiência de, no mínimo, três consultas, com acúmulo subjetivo para relatar atividades e procedimentos do pré-natal.

Ressalta-se que o município onde esse estudo foi realizado apresenta população estimada de 45 mil habitantes e contava com 13 Programas Saúde da família (PSF) no período da coleta de dados, sendo cinco localizadas na zona rural e oito na zona urbana. A UBS pesquisada funciona desde 2001 e era composta por um médico, uma enfermeira, um dentista e uma equipe do Nasf (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), que realizava o apoio matricial na unidade. A rotatividade entre os profissionais era bastante comum, uma vez que não havia contratação por concurso público.

Após o desenvolvimento da pesquisa, o referido município passou por mudanças significativas na área da saúde, principalmente na Atenção Básica. Houve a ampliação do número de PSFs, totalizando 16 programas na atualidade, além da reforma de várias unidades básicas e seleção de profissionais por concurso público. Vale destacar que foi implantada uma Residência Multiprofissional Integrada em Saúde com ênfase em saúde da família e comunidade, cujo objetivo é qualificar os profissionais da saúde pública, de modo a contribuir para o fortalecimento das redes do SUS.

Inicialmente, aplicou-se uma entrevista-

piloto, visando testar o instrumento de pesquisa quanto à sua viabilidade para, então, prosseguir com as reformulações necessárias e proceder com o início da obtenção do material empírico, nos meses de agosto a outubro de 2011.

Para obtenção das informações, foi utilizada uma entrevista em profundidade com cada gestante, explorando percepções e experiências das informantes para analisá-las e apresentá-las de forma sistemática. Entre as principais qualidades dessa abordagem está a flexibilidade de permitir ao informante definir os termos da resposta e ao entrevistador ajustar livremente as perguntas com base nos objetivos propostos pelo estudo. Esse tipo de entrevista procura intensidade nas respostas e não uma quantificação ou mera representação estatística (BREAKWELL ET AL., 2010).

Após a gravação das entrevistas, para registro das informações, realizamos a transcrição das falas, de modo a garantir a fidedignidade das informações em seus aspectos sintáticos e semânticos. Nesta pesquisa, o material empírico foi categorizado e analisado à luz da Análise do Discurso (AD), sendo um campo de investigação cujas raízes remontam a diversos domínios.

Existem catalogadas mais de 57 variedades de AD, a exemplo da AD de Mangineau (inspiração foucaultiana) ou da AD de Pecheaux (inspiração psicanalítica). Recorta-se aqui o que se considera uma vertente de AD fundada em uma postura crítico-interpretativa, conjugando algumas características: 1) postura crítica ao conhecimento dado; 2) toda compreensão de mundo é atravessada por fatores sociais e não pela natureza do mundo; 3) a realidade se constrói com base em ações e práticas sociais, linguísticas e políticas (GILL, 2002).

Na perspectiva de uma análise crítica, ou crítico-interpretativa, o discurso — reconhecido como prática social (nas dimensões reprodutiva e construtiva) — deriva da interface dialética entre estruturas e relações

sociais, ou seja, vincula a produção subjetiva à materialidade da existência. Nessa perspectiva, a AD abrange o contexto de quem fala, em um dado tempo e lugar. Em pesquisas concretas, como a aqui relatada, importa desvelar processos comunicativos na interface com a base material, observando de que modo tais planos se expressam e se articulam no discurso dos participantes do estudo, no contexto da intervenção (seja uma política, programa ou serviço) a que se relaciona.

Nesse sentido, a AD é um método especializado em analisar construções linguísticas e comunicacionais presentes em um contexto, como um todo organizado de sentidos em um determinado universo de significação. O discurso é, portanto, uma produção social cujas elaborações ideológicas são materializadas na linguagem, sendo revelada, mediante uma análise, a visão de mundo dos sujeitos enunciadorees. Isso significa que todo discurso é uma construção social, não apenas individual, mas expressão de um contexto histórico-social (FIORIN, 2005).

Analisamos, efetivamente, os motes acesso e acolhimento, considerando os discursos das gestantes e os discursos presentes na literatura sobre assistência no pré-natal, para problematizar e confrontar as posições sociais reveladas na pesquisa, ultrapassando a mera descrição.

No que tange aos aspectos éticos desta investigação, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri (CE), sob o Parecer nº 46/2011, buscando-se atender às normas contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Desse modo, foi necessário esclarecer às participantes acerca dos objetivos propostos, de forma a torná-las cientes do sigilo conferido às suas informações e identidades. A anuência de todas foi documentada pela assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e Pós-Esclarecido.

## Resultados e discussão

Distribuímos as informações concedidas pelos relatos das gestantes em duas categorias: a primeira aborda o acesso aos serviços de assistência pré-natal, considerando, conforme já assinalado, que o acesso pode favorecer a reorganização dos serviços de saúde e a qualificação da assistência prestada; a segunda é a interação e comunicação da gestante com o profissional que realiza o pré-natal, ressaltando que o acolhimento e as relações intersubjetivas processadas entre usuárias e profissionais de saúde são percebidos como estratégias que favorecem a participação e a satisfação das gestantes quanto à assistência prestada.

Ressaltamos que as 13 gestantes optaram por conceder a entrevista em sua residência, o que permitiu maior interação entrevistador-entrevistado. Para garantir o anonimato na exposição dos depoimentos, denominamos a gestante de Participante, utilizando como identificação apenas a letra P seguida pelos números de 1 a 13, sendo respectivamente nesta ordem: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12 e P13.

Quanto ao perfil das entrevistadas, constatamos que a maioria das gestantes era casada, do lar, ou seja, elas não exerciam ocupação remunerada; a faixa etária variou entre 19 e 32 anos, com exceção de uma entrevistada, cuja idade era 40 anos no momento do estudo; a maioria cursava o ensino médio completo e encontrava-se no segundo trimestre de gestação.

### O acesso aos serviços de assistência pré-natal

Apesar dos avanços e das conquistas do SUS, ainda existem lacunas nos modelos de atenção e gestão no que se refere ao modo como a gestante é atendida nos serviços de saúde pública, especialmente nas UBS. Portanto, é preciso restituir, na prática, o

princípio da universalidade, segundo o qual todos os cidadãos podem ter acesso a um atendimento humanizado pautado no acolhimento (BRASIL, 2009).

Na conjuntura desta pesquisa, as gestantes não citaram problemas de acesso geográfico ou econômico, visto que há duas unidades básicas na área, tornando o deslocamento mais acessível às gestantes. Elas trouxeram à tona dificuldades de acesso provocadas pela limitação de senhas, pois as entrevistadas chegavam à unidade de saúde às 5h da manhã para tentar garantir o atendimento. Problemas relacionados ao tempo de espera prolongado para atendimento foram referidos pelas gestantes como os principais fatores dificultadores da assistência pré-natal, correspondendo ao acesso funcional.

O fato de ter que chegar à UBS muito cedo, bem antes do horário de abertura do serviço para garantir consulta, foi referido por quase todas as gestantes. Em alguns casos, esses obstáculos constituíram uma ameaça à continuidade da assistência, sob o ponto de vista das usuárias. Algumas se mostraram insatisfeitas em decorrência dessa realidade, conforme evidenciado a seguir:

*A gente chega lá no PSF pra pegar a fila e já tá cheio de pessoas. Aí você tem que chegar 5h da manhã. Tem gente que sai sem tomar café. Quer dizer, é difícil, né? (P3). Aí, a gente fica lá muito tempo, tem as coisas pra fazer em casa. A gente trabalha. [...] A sensação é ruim (P9). Aí às vezes nós chegamos às 5h da manhã, nós gestantes. Aí, fica sentada no frio, esperando ali. O certo era abrir cedo, né? Pelo menos pro pessoal entrar e ficar sentado lá dentro, né? (P12).*

Com suporte nesses depoimentos, percebemos que a assistência ao pré-natal pode apresentar entraves relacionados à busca pelo atendimento, representados pela demora na marcação de consultas diferentemente do discurso oficial do Programa de Humanização e Pré-Natal e Nascimento (PHPN) referido nesta pesquisa, que afirma

a necessidade de assegurar às gestantes o direito à atenção de fácil acesso (BRASIL, 2000).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) exprime que um serviço de saúde de qualidade deve criar opções para evitar longas esperas e priorizar as gestantes nas filas, constituindo-se um direito de cidadania. Além de produzir incômodo, a longa espera pode estabelecer-se como empecilho para a frequência da gestante nas consultas pré-natais.

Portanto, a melhoria do acesso funcional no contexto dessa pesquisa significa uma mudança quanto às dificuldades enfrentadas pelas gestantes para chegar ao local de atendimento, devendo estas receber informação adequada por parte do serviço de saúde, assegurar o direito à consulta e garantir o retorno mediante agendamento.

A seguir, o depoimento de uma gestante descreve a sensação de ter seu direito à saúde negado, sobretudo pelos limites de acesso aos serviços de assistência pré-natal. A gestante expressa sua indignação ante suas vivências, de certa forma acentuada pela condição de vulnerabilidade que a necessidade lhe confere.

*Nunca ouvi dizer que gestante tem que chegar por ordem de chegada [...] que eu saiba, é Lei você chegar e ser atendido, né? Igual tem nos Bancos, em todos os lugares, no hospital. É preferencial. Idoso, gestante, criança de colo. Aí não. Aí é por ordem de chegada. Quer dizer então que eu tenho que sair de casa com a barriga desse tamanho, ficar no sol quente esperando pra poder ser atendida primeiro? [...] Não gostei de jeito nenhum. Sinceramente! (P2).*

Essa situação expressa a negligência no que concerne ao direito à saúde, apresentando desconformidade em relação a valores éticos e também legais do SUS. Nesse caso, há uma violação dos direitos humanos e de cidadania, visto que é negado à gestante o acesso a um serviço garantido pela proteção do Estado.

Assim sendo, o acesso vai além do conceito

de porta de entrada, pois se configura como um dispositivo transformador da realidade. A concepção adequada é a de que a garantia do ingresso universal da usuária ao sistema de saúde só é possível através da consciência de cidadania (JESUS; ASSIS, 2012) e de um processo de trabalho baseado na micropolítica do trabalho vivo na saúde (MERHY, 2002). Nesse contexto, o trabalho vivo na assistência pré-natal refere-se à capacidade do profissional de saúde questionar-se, no próprio processo de trabalho, sobre a intencionalidade e a finalidade do trabalho em saúde, de modo a operar os modelos tecnoassistenciais através do acolhimento, incluindo a receptividade à gestante no momento de espera ao atendimento.

Acreditamos que o local de atendimento deva ter fácil acesso no que concerne à realização e marcação de consultas, para que a atenção não seja postergada a ponto de afetar adversamente a identificação e manejo de possíveis problemas (FIGUEIREDO; ROSSONI, 2008). A facilitação do acesso ao uso dos serviços de saúde, juntamente com o acolhimento, favorece o estabelecimento da relação de confiança e de vínculo entre profissionais e a comunidade, contribuindo inexoravelmente para melhor adesão ao projeto terapêutico proposto (RAMOS; LIMA, 2003).

O descumprimento dos horários de funcionamento e a falta do profissional de saúde foram questões também relatadas pelas gestantes, ensejando bastante descontentamento entre elas:

*A secretária que pega os nossos nomes, ela chega um pouco atrasada, né? Demora um pouquinho. Porque a gente chega 6h, né? A chegada dela tinha que ser 7h. E ela mora aqui perto e chega tarde, ela chega quase na hora em que a médica chega. (P10).*

*As pessoas de lá chegam muito tarde pro atendimento [...] quem trabalha em PSF tem que tá às 7h, né? 7:15h. Eles chega 7:30h, quase 8h, é*

*capaz até da doutora (médica da UBS) chegar e a atendente das fichas num tá [...] E a doutora também ela falta demais. Ela passa oito dias sem vir. [...] Aí, quando ela vem, de manhã se tiver 16 pessoas por conta dos dias que faltou, ela só atende 10. [...] E as pessoas que precisam, que ficam de fora, não são atendidas. (P3).*

Conforme se observa, o acesso funcional designa a primeira etapa a ser alcançada pela gestante, quando parte em busca da satisfação de suas necessidades na assistência pré-natal. Sabe-se o quão relevante é o início da assistência pré-natal, bem como sua continuidade, para que o desfecho da gestação seja favorável, tanto para a mãe quanto para o bebê. Portanto, o acesso é fundamental para capilarizar a efetivação do SUS como política pública em defesa da vida nos processos de produção de saúde (BRASIL, 2006).

## **Interação e comunicação da gestante com o profissional que realiza o pré-natal**

A consulta de pré-natal envolve poucas tecnologias duras (MERHY, 2002) no manejo do cuidado, podendo o profissional de saúde dedicar-se à escuta mais atenciosa às demandas da gestante, transmitindo o apoio e a confiança necessária para que ela se fortaleça e possa conduzir a gestação e o parto com maior segurança (BRASIL, 2000).

Nas UBS, em decorrência do trabalho prioritariamente comunitário, os laços tornam-se ainda mais estreitos entre profissionais e usuárias, favorecendo a constituição de vínculos e a participação da família. O estabelecimento de relações pautadas na confiança e na escuta faz com que as usuárias se achem respeitadas e valorizadas, colaborando mais ativamente na assistência pré-natal, conforme o enunciado a seguir: “A médica recebe bem, recebe alegre, satisfeita e tudo. Aí, isso aí é pra mim, eu acho bonito. Tanto pra

*mim, como pra ela” (P5).*

*Ela atende bem por que ela pergunta, porque ouve a gente com atenção. Porque tem médico que num olha nem na cara da gente. Faz a obrigação deles, assina e pronto. E num é assim. E ela é muito paciente. Muito boa a Dra. G. A gente sente quem é carinhoso com a gente e quem num é, né? (P6).*

*O atendimento dela (médica da UBS) é muito diferente dos outros porque ela tem muita atenção. Totalmente. Pergunta tudo que ela precisa saber. Pergunta se tá sentindo bem, o que é que precisa. Elas (profissionais da UBS) dão mais atenção do que os outros PSF que eu participei. (P11).*

A interação pautada na humanização e no acolhimento contribui para que a gestante mantenha vínculo com os serviços de saúde durante todo o período gestacional, reduzindo consideravelmente os riscos de intercorrências obstétricas. Além disso, a assistência gestacional, quando mediada por diálogo e respeito entre profissionais de saúde e gestantes, representa o primeiro passo para o parto humanizado (LANDERDAHL ET AL., 2007).

Na concepção de Ayres (2004, p. 84), é indispensável que o profissional articule a intervenção técnica com outros fatores não tecnológicos, visto que

*nunca, quando assistimos à saúde de outras pessoas, mesmo estando na condição de profissionais, nossa presença na frente do outro se resume ao papel de simples aplicador de conhecimentos (p. 84).*

O autor reitera a ideia de que a prática de cuidado em saúde deve ultrapassar uma intervenção meramente técnica, para alcançar um lugar de dialogicidade, autocompreensão e reconstituição contínua dos projetos de vida dos usuários (AYRES, 2004).

Os profissionais de saúde devem acolher a gestante, de modo a conhecê-la pelo nome, procurando saber os motivos de sua vinda à



unidade. Atitudes simples como sorrir e dar boas-vindas suscitam mais abertura para a usuária relatar com a devida confiança suas necessidades de saúde. Uma boa comunicação e a interação de profissionais e gestantes evidenciam satisfação da assistência prestada sob a óptica das entrevistadas, conforme é perceptível no discurso a seguir:

*Ela já conhece a gente, pelo nome, já conversa. A gente se tornou amiga. É bom fazer o pré-natal com uma pessoa assim, que num se torne só um médico chato. A gente fica assim, é com vontade de ir pra consulta, não tem medo. [...] Eu gosto assim. Até porque se eu não gostasse eu tenho a minha escolha. (P6).*

*Em todas as minhas consultas ela tem se mostrado muito atenciosa e com isso eu considero ela uma profissional no qual sei que posso contar, pois tenho ela não só como médica, mas como amiga. (P13).*

No estabelecimento do diálogo entre o profissional de saúde e a gestante, é possível encontrar soluções conjuntas para os problemas de saúde, já que muitas vezes a comunicação interativa e reflexiva produz *insights* e traz possíveis respostas para determinado problema. Concomitantemente, é factível integrar o saber popular e o conhecimento científico, de modo que os aspectos socioculturais possam ser incorporados na produção do cuidado.

O diálogo é tão importante e necessário que, quando não acontece, se corre o risco de comprometer a avaliação diagnóstica do profissional, como se observa na fala de P1:

*Eu falo pra ela (médica da UBS) assim que eu tava sentindo umas dores, digo que tô sentindo uma coisa, ela diz que é normal. Num presta muita atenção, aí pronto, venho pra casa, mas eu tenho certeza que num é normal. Eles querem saber de consultar ligeiro, né? Dispensa a gente logo, aí fala que é normal. Eu num acho bem*

*assim não, porque é pra prestar mais atenção no que a gente fala. (P1).*

Sendo assim, a assistência pré-natal torna-se um momento privilegiado para dialogar e esclarecer questões pertinentes, singulares para cada gestante, mesmo que estas tenham tido a experiência em gestações. Ressaltamos que o diálogo e o vínculo são de importância ímpar, pois minimizam a ansiedade da gestante e favorecem um parto mais tranquilo e saudável para a mãe e para o bebê.

Durante este estudo, o vínculo entre profissional e gestante no pré-natal foi bastante mencionado como algo que deveria ser mantido até o momento do parto, conforme o relato a seguir:

*Eu acho que pro médico ter qualidade tem que acompanhar a gestação da gestante até o fim, como assim foi com os meus dois cesáreos que o Dr. A. me acompanhou. E no dia ele tava lá, quem fez a cirurgia foi ele. Ele me apoiou em tudo. [...] Se você tá fazendo o pré-natal com aquele médico é porque você quer tá com aquele médico no dia, porque ele quem lhe acompanhou, quem sabe a sua situação. [...] Aí eu só confio nele. Eu num vou nem fazer o pré-natal aqui não por que a médica não vai fazer o parto, vou pagar particular com o Dr. A. (P3).*

*Só tô preocupada assim, porque dizem que a gente é acompanhada aqui pela médica, mas no dia do parto, quando a gente chega lá no Hospital, o primeiro que recebe a gente lá no Hospital é quem faz o parto, não é a médica (da UBS) mesmo, né? Mas aí, ela mim garantiu no caso do meu, ela vai me acompanhar. Assim eu tô mais segura. Graças a Deus, mas eu tava preocupada. (P10).*

Percebe-se, então, que a produção do cuidado baseada no acolhimento não deve ser de responsabilidade apenas da equipe de um serviço de saúde, no caso, a UBS. Precisa, no entanto, ser compreendida integralmente,

perpassando os diversos serviços de saúde e níveis de atenção que compõem a rede.

O simples encaminhamento de uma pessoa de um serviço para outro, sem comunicação ou continuidade, não quer dizer a garantia de uma assistência resolutiva. Assim, a demanda da gestante por integralidade passa frequentemente por todo o sistema, pois “não há integralidade radical sem a possibilidade de transversalidade. A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede” (CECÍLIO; MERHY, 2003, P. 199).

## Conclusão

Tomando por base os estudos analisados e as falas das gestantes entrevistadas, constatamos que o acesso ao pré-natal não se limita à recepção da gestante à porta de entrada dos serviços de saúde, pois inclui a noção de acolhimento, capacidade de escuta e comunicação, destacando a atuação dos profissionais de saúde baseada na humanização do cuidado.

O estudo evidenciou que a dificuldade de acesso funcional, o descumprimento dos horários de funcionamento e a falta de profissionais de saúde afetam a assistência pré-natal e ameaçam o direito à saúde das gestantes. Não obstante isso, o acolhimento, o trabalho de educação em saúde e o cuidado humanizado na UBS pesquisada garantiram uma relação dialógica entre os profissionais e usuárias, apresentando-se como dispositivos fundamentais para uma assistência de qualidade e para consolidar a integralidade da atenção à saúde da mulher no SUS.

De tal maneira, é necessário que os serviços de saúde estabeleçam estratégias que viabilizem acesso e o ingresso precoce

das gestantes no pré-natal, com vistas a garantir a oferta de serviços baseada nas necessidades da gestante e, principalmente, que promovam melhorias na qualidade da assistência prestada à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Com vistas à materialização das políticas de saúde do SUS, as equipes de saúde da família necessitam desenvolver processos de trabalho que estabeleçam um acompanhamento de pré-natal pautado no acolhimento e, nessa perspectiva, o profissional deve buscar compreender os muitos significados da gestação para a mulher e sua família. Com efeito, a avaliação qualitativa do pré-natal, na perspectiva das gestantes, pode oferecer subsídios para impulsionar e implementar estratégias de saúde que contribuam para a melhor qualidade nos serviços do SUS, sobretudo, na atenção obstétrica.

## Colaboradores

Silva MZN e Andrade AB trabalharam conjuntamente na concepção, delineamento do estudo, análise do material empírico e redação do artigo. Bosi MLM atuou na redação do artigo e na revisão crítica das versões preliminar e final do artigo.

## Agradecimentos

Agradecemos à Maria do Socorro de Oliveira Santana, mestre pelo curso de Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (Unifor), pelos subsídios compartilhados em conversas concernentes a diversos aspectos discutidos nesse artigo. ■

---

## Referências

- AYRES, J. R. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.
- BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes, 2006.
- BOSI, M. L.; GASTALDO, D. Construindo pontes entre ciência, política e práticas em saúde coletiva. *Rev Saude Publica*, São Paulo, v. 6, n. 45, 2011, p. 1197-1200.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência pré-natal: manual técnico*. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.
- \_\_\_\_\_. *Portaria nº 648 de 28 de março de 2006*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 06 nov. 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Pré-natal e puerpério - atenção qualificada e humanizada: manual técnico*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa de Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
- BREAKWELL, G. et al. *Métodos de pesquisa em psicologia*. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- CARVALHO, B. L.; FREIRE J. C.; BOSI, M. L. Alteridade radical: implicações para o cuidado em Saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 849-865, 2009.
- CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ: IMS: ABRASCO, 2003. p.197-210.
- COHN, A. *A saúde como direito e como serviço*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1999.
- COSTA, A. M. Política de saúde integral da mulher e direitos sexuais e reprodutivos. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 979-1010.
- COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-118, fev. 2009.
- FIGUEIREDO, P. P.; ROSSONI, E. O acesso à assistência pré-natal na Atenção Básica à Saúde sob a ótica das gestantes. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 292-298, jun., 2008.
- FIORIN, J. L. *Elementos de análise do discurso*. São Paulo: Ática, 2005.
- GILL, R. Análise de discurso. In: BAUER, M.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2002.
- JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, jan. 2010.

LANDERDAHL, M. C. et al. A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 105-111, mar. 2007.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.) *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009.

POPE, C.; MAYS, N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, fev. 2003.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no

pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 477-486, abr. 2007.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 5-61, mar. 2006.

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: UERJ, 2004. p. 241-257.

---

Recebido para publicação em março de 2014  
Versão final em setembro de 2014  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve