

A escuta e o diálogo na assistência ao pré-natal, na periferia da zona Sul, no município de São Paulo

Listening and dialogue in pre-natal assistance in the region surrounding the south zone, in the municipal district of São Paulo

Maria Beatriz Benedita Boldrin Durães-Pereira ¹
Neil Ferreira Novo ¹
Jane de Eston Armond ¹

Abstract *A transversal study was carried out to verify the importance of dialogue and of listening in the care provided to pregnant women, participants of the pre-natal program in four basic Health Units: two of them, using a traditional model and two using the Family Health Program (PSF) model, located at the Subprefeitura (administrative region) of Capela do Socorro, Sao Paulo. The objective was to identify the perceptions of the pregnant women related to listening and dialogue offered by the pre-natal team. A sample was randomly taken from 50% of the pregnant women that were in the third month of attendance. For the 152 participants, a self-applicable and semi-structured questionnaire with some opened questions was used, developed after prior testing. Cochran's G and Chi-square tests were used for a statistical analysis. The number of pregnant women that received guidance regarding the program working method was greater in the Icarai Traditional Unit. It has been observed that the pregnant woman are heard and there is dialogue during pre-natal care both in the Traditional Units and those in the Family Health Program (PSF), suggesting that in the two health care models excellent Public Health Care Work can be offered.*
Key words *Listening Dialogue, Perceptions, Feelings, Values*

Resumo *Foi realizado um estudo transversal para verificar a importância da escuta e do diálogo na assistência prestada às gestantes no programa pré-natal, em quatro Unidades Básicas de Saúde: duas com modelo Tradicional e duas com modelo Programa de Saúde da Família (PSF), localizadas na região da Subprefeitura Capela do Socorro, São Paulo. O objetivo foi identificar as percepções das gestantes quanto à escuta e diálogo oferecidos pela equipe pré-natal. Foi colhida uma amostra por sorteio de 50% das gestantes que estivessem no terceiro atendimento. Para as 152 participantes, utilizou-se questionário auto-aplicável, semi-estruturado com algumas perguntas abertas, elaborado após teste prévio. A análise estatística foi feita com os testes G de Cochran e qui-quadrado. O número de gestantes que receberam orientações quanto ao funcionamento do Programa foi maior na Unidade Tradicional Icarai. Percebeu-se que a gestante encontra escuta e diálogo no pré-natal tanto nas Unidades Tradicionais quanto nas com PSF, sugerindo que nos dois modelos de atendimento pode-se realizar excelente trabalho de Saúde Pública.*
Palavras-chave *Escuta, Diálogo, Percepções, Sentimentos, Valores*

¹ Universidade Santo Amaro
- UNISA. Rua Prof. Enéas
de Siqueira Neto 340,
Jardim das Embuias -
Capela do Socorro. 04829-
300 São Paulo SP.
biaboldrin@gmail.com

Introdução

A escuta e o diálogo não são modismos, pois estão impregnados na própria natureza humana. Davi¹, há mais de 2.000 anos antes de Cristo, em sua intimidade com Deus dizia: “Escuta, Senhor, a minha voz; estejam alertas os teus ouvidos às minhas súplicas”. Esta citação nos sensibiliza à necessidade que temos como pessoas e “sujeitos” em sermos legitimados pelo outro por aquilo que somos. No entanto, podemos dizer que ainda temos muito a compreender sobre esse processo como um todo.

Em muitos círculos públicos, é comum a concepção da escuta como apenas o ouvir o que pode ser perigoso, levando a acreditar que a escuta é instintiva².

De acordo com Karl Rogers³, quando gostamos de ouvir alguém nos referimos a uma escuta profunda. Seria como se ouvíssemos as palavras, pensamentos, tonalidade dos sentimentos e até mesmo o significado que está oculto às intenções do interlocutor.

A escuta é vista como um processo mental mais sofisticado que o ouvir, pois demanda mais energia e disciplina². Uma escuta qualificada, no entendimento de Mariotti⁴, pode ser construída como um processo transparente, através de uma rede de conversação em que abrimos questões, compartilhamos aspirações, questionamos e aprendemos, interagimos com o todo e buscamos a pluralidade de idéias. Por sua vez, o diálogo significa a fala alternada ente duas pessoas⁵. Segundo Bohm⁶, a palavra diálogo vem do grego **diálogos**. **Logos** significando “palavra” e **dia** “através”. Em sua concepção, o diálogo ocorre com qualquer número de pessoas e não apenas com duas. Mariotti⁴ complementa colocando que num grupo que dialoga as palavras circulam entre as pessoas sem que sejam necessários concordâncias, discordâncias, análise ou juízo de valor. Explica ainda que a dinâmica do diálogo está voltada para a **formação de redes**, de onde surge o nome **redes de conversação**, propostas para as experiências de reflexão conjunta, geração de idéias, educação mútua e produção compartilhada de significados. O autor também refere que: “Dialogar é antes de tudo aprender a ouvir. O outro precisa ser ouvido até o fim daquilo que ele tem a dizer sem que o interrompamos, seja para concordar, seja para discordar do que ele fala”. O exercício de **ouvir o outro** traz um dos melhores benefícios: **ouvir a nós mesmos**. Na verdade, “não sabemos ouvir, quando alguém nos fala, ao invés de escutarmos até o fim, começamos a comparar com nossas refe-

rências prévias. Além disso, lança ainda a grande questão: “até que ponto tais posturas profissionais afetam a relação com nossos clientes, colegas e comunidade?”

Num ensaio a uma possível resposta, Chiesa & Veríssimo⁷ reiteram que a troca de informações, crenças, valores e normas permitem que as pessoas em situação de doença experimentem dúvidas, medos e preconceitos que podem gerar insegurança e resistência para a adoção de medidas necessárias. Concebem a comunicação como indispensável para a assistência à saúde, constituindo-se em um recurso que estabelece a confiança, a vinculação do usuário ao profissional e, conseqüentemente, ao Serviço de Saúde. Ressaltam que: “comunicar é fazer algo juntos, levando informação e conhecimento de um para o outro, de maneira tão clara quanto possível, o que só acontece, **se ouvirmos livremente uns aos outros**”. Um dos grandes cenários em que a pesquisa sobre a escuta e o diálogo se torna indispensável é na assistência à gestante no pré-natal, possibilitando mudanças de paradigmas na prática profissional e conseqüente qualidade na atenção oferecida.

Uma das maiores estudiosas da comunicação na assistência à gestante, Stefanelli⁸ relata que: **a gestante, em suas idas e vindas na busca de seus objetivos, experimenta sentimentos contraditórios que, às vezes, a deixam sem rumo para seguir. Tais sentimentos oscilam dentro de um misto de medo, angústia, desesperança, insegurança, felicidade e alegria ao ter a sensação da realização do sonho de quase todas as mulheres - - ter um filho**. A gravidez, no entendimento de Silva⁹, é um período existencial em que pode ocorrer a reorganização da personalidade da gestante. O estresse e as preocupações vivenciados por esta mulher demandam sua necessidade de apoio por alguém com capacidade de fazê-lo. Coloca que o estresse e as preocupações acompanham a mulher em seu período gestacional e, portanto, necessita ser apoiada por alguém com capacidade para fazê-lo. Cita que pequenas atitudes como oferecer um tratamento pessoal, chamá-la pelo nome, acolher a gestante como pessoa, participar das decisões e do diálogo informal com os profissionais são elementos de um atendimento que faz a diferença e não envolvem grandes tecnologias. Em momentos como este que o profissional de saúde intervém, não apenas com seu conhecimento técnico realizando uma abordagem relativa ao aspecto orgânico da gestante, como também possibilitando a escuta, conversa, apoio e incentivo para que a mesma assuma a gravidez⁹.

Coimbra *et al.*¹⁰ colocam que a adesão ao

programa de assistência pré-natal no Brasil ainda é insatisfatória. Fontes oficiais referem que para o bom êxito deste programa é necessário início precoce, periodicidade aos atendimentos, comparecimento a um número mínimo de consultas, sua integração com ações preventivas. Para que isso aconteça, a gestante deve ser e sentir-se bem acolhida.

Serruya *et al.*¹¹ relatam que a assistência à gestante, uma das atividades realizadas há mais tempo nos serviços públicos de saúde no país, foi por muitos anos orientada principalmente para melhorar os indicadores da saúde infantil. Ao estudar o programa de humanização no Brasil, apresentado na cartilha do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), constataram que: ***a principal estratégia do PHPN é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher...***

Acredita-se que a qualidade deve ser o grande compromisso de uma organização. Escobar¹², referindo-se a um dos maiores estudiosos neste tema, Donabedian¹³, percebe que: “a assistência à saúde está baseada na capacidade esperada ou concreta de possibilitar o mais alto nível de melhoria das condições de saúde, por meio do uso da ciência e da tecnologia”. A autora acrescenta que a qualidade pode ser considerada como a melhor assistência possível a ser oferecida ao usuário por meio de pessoal altamente qualificado e uso de tecnologias de última geração e também pode ser concebida como ***a assistência possível de ser prestada com os recursos existentes.***

Neste sentido, a percepção de Mattos¹⁴ quanto à necessidade de rompermos com o olhar fragmentado da relação profissional-profissional e profissional-cliente é muito importante. Trabalhamos com sujeitos sociais, portadores de desejos, sonhos, aspirações e que, em um dado momento, são portadores de algumas doenças e em outro momento, como na gestação, clamam por atenção dialogada. Isso evidencia a necessidade de resgatarmos a visão holística na relação desses atores por meio da escuta e do diálogo, como subsídio para o atendimento ***inteiro*** a todos os que se utilizam do SUS. O que nos leva a questão: ***como responder a este atendimento por inteiro (integralidade) preconizado pelo SUS às gestantes na assistência ao pré-natal, em que o cuidar está intimamente ligado à forma como as relações se estabelecem entre elas e os profissionais de saúde?***¹⁴

Na tentativa de responder a esta questão, precisamos lembrar os caminhos percorridos pela atenção à saúde nos últimos anos. O objeto de estudo desta pesquisa teve como base dois modelos assistenciais que vêm favorecendo a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a efetivação de seus princípios. Na cidade de São Paulo, a partir da retomada da gestão da saúde pelo município, deflagrou-se o processo de reorganização da atenção à saúde. Para operar as transformações necessárias, foram definidas algumas diretrizes, destacando entre elas a indicação do Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorganização da atenção básica¹⁵. Cianciarullo¹⁶ menciona que: ***no modelo PSF, a atenção está focada na família, entendida, percebida e situada a partir do seu ambiente físico e social, com suas crenças e valores identificados, favorecendo a compreensão ampliada do processo saúde-doença, no contexto de um território definido geograficamente e administrativamente.*** Prado¹⁷ nos convida a observar que: ***no PSF ocorre uma seletividade da clientela atendida, garantindo mais acesso. Por outro lado, não responde à questão fundamental colocada na atual sociedade brasileira, que é a exclusão social daqueles que não pertencem à área de abrangência do PSF. No modelo Tradicional, atende-se a demandas espontâneas, resultando muitas vezes em ações menos contínuas e mais distantes de uma atenção integral, porém, possui diversidade de profissionais em sua equipe.***

Enfim, este estudo se propôs a verificar como o diálogo e a escuta dentro de uma Unidade de Saúde interfere na qualidade da atenção prestada à gestante; identificando suas percepções sobre a escuta e o diálogo que são construídas no pré-natal de Unidades Básicas de Saúde (UBS) com modelo de atenção à saúde Tradicional que, a partir de agora, chamaremos de UBST, e as Unidades com modelo de atenção em Programa de Saúde da Família serão identificadas como UBSF. Estaremos apresentando, a seguir, os caminhos percorridos na elaboração deste trabalho para alcançarmos este objetivo.

Metodologia

Tipo de estudo

Foi realizado um estudo epidemiológico transversal, descritivo e analítico.

População e amostra

A região escolhida para o estudo foi a Subprefeitura da Capela do Socorro, uma das 31 subprefeituras nas quais foi dividido o município de São Paulo em 2003¹⁸. Para prestar atendimento à saúde, existem vinte estabelecimentos de Saúde. O Território da Capela do Socorro¹⁹ é constituído por três Distritos Administrativos (DA), cuja população estimada em 2005 era respectivamente de: DA Socorro (36.220 habitantes “ hab.), DA Cidade Dutra (200.927 hab.) e DA Grajaú (441.409 hab), com população total para essa Subprefeitura de 678.556 hab. e densidade demográfica de 5.056 (hab./Km²).

A opção pelo objeto de estudo ser a gestante justifica-se porque, durante a gestação, como se sabe, a mulher está mais suscetível ao estresse, medo e ansiedade. Neste período, em que os sentimentos afloram, a necessidade do **cuidado e assistência** assume um papel especial. As unidades populacionais desta pesquisa foram compreendidas pelas **gestantes matriculadas** no pré-natal das UBST e UBSF. Foram escolhidas quatro UBS para participação na amostra do estudo, por possuírem o maior número de gestantes cadastradas para acompanhamento pré-natal. As unidades escolhidas foram com modelos de atenção à saúde diferenciados, a saber: duas unidades com modelo de atenção tradicional “ UBST (Jd. Icarai e Jd. Mirna) e duas unidades com modelo de atenção em Programa de Saúde da Família “ UBSF (Jordanópolis e Gaivotas).

A população escolhida para a pesquisa obedeceu a alguns critérios:

- gestantes que estivessem no terceiro atendimento do grupo de pré-natal, tendo em vista que é somente nesta etapa que a gestante tem contato com o médico;
- 50% das gestantes matriculadas no pré-natal das UBS envolvidas escolhidas por meio de sorteio.

As diretrizes do acompanhamento pré-natal são elaboradas pelas equipes da Secretaria Municipal de Saúde e Ministério da Saúde da área de Atenção à Saúde da Mulher. No ano de 2005, ocorreram 10.864 nascidos vivos, com predominância de gestantes na faixa etária entre 20 a 24 anos, nesta subprefeitura²⁰. A equipe multiprofissional do programa de pré-natal é composta basicamente por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, nas UBS pesquisadas. Dependendo da disponibilidade na tabela de lotação de pessoal (TLP) nas UBST, outros profissionais são inseridos no programa. Entretanto, nas UBSF temos um novo integrante,

o Agente Comunitário de Saúde - ACS, que atua como elo entre a comunidade e a UBSF, assumindo a responsabilidade de atender entre 150 e 200 famílias de sua microárea.

Proporção da população SUS dependente das UBST / UBSF X profissionais existentes

A população **SUS dependente**²¹, que fazia parte da área de abrangência das Unidades na época da pesquisa (2004/2005), era 75.578/hab. (Mirna) e 42.496/hab. (Icarai), representando igualmente o percentual de 88% da população SUS dependente. Quanto ao profissional **médico**, proporção de um para 5.814 hab no Mirna e um para 3.269 hab no Icarai. No caso do **enfermeiro**, esta proporção aumenta para 37.789 hab/Mirna e 42.496/Icarai. As UBST Jd. Mirna (DA. Grajaú) e Icarai (DA Cidade Dutra) possuem entre seis a sete funcionários que trabalham na equipe de recepção. Estas duas UBST **não possuem grupo de acolhimento aos seus clientes**. A **recepção** do Mirna tem a proporção de um profissional para 10.797 hab e o Icarai 7.083. Nas UBSF, o Gaivotas (DA. Grajaú) possui dois funcionários na equipe de **recepção**, um para cada 5312 hab/Gaivotas e Jordanópolis (DA Cidade Dutra) com apenas um funcionário, sendo um para 8.713 hab. As UBSF **possuem acolhimento diário à demanda espontânea da Unidade**. A população destas Unidades é de 10.624 hab/ Gaivotas e 8.713 hab/Jordanópolis, representando respectivamente 86% e 85% desta população SUS dependente. A proporção de **médico** é de um para 2.656 hab/Gaivotas e um para 4.357 hab/Jordanópolis e a do **enfermeiro** é maior, um para 1.771 hab/Gaivotas e um para 2.904 hab/Jordanópolis. Com as UBSF, cada ACS cuida de 590 hab/Gaivotas e 670 hab/Jordanópolis. O que pode significar, por exemplo, fazendo uma simulação, se o atendimento do ACS estiver direcionado a 200 famílias com uma média de 5 pessoas, teremos um Agente para cada 236 famílias/Gaivotas e um para 290 famílias/Jordanópolis.

Instrumento de pesquisa

O instrumento utilizado foi questionário auto-aplicável semi-estruturado, com algumas perguntas abertas para melhor qualidade da informação. Foi feito um pré-teste do instrumento com população de duas UBS não pertencentes ao estudo. O pré-teste foi aplicado em duas Unidades de Saúde da mesma região: UBS Sérgio Chaddad e AE Jd. Clipper com a finalidade de aperfeiçoar o instrumento de coleta de dados, bus-

cando clareza e adequação, sendo consideradas as sugestões dadas pelas respondentes na elaboração final do mesmo. As gestantes, antes de responder ao questionário, assinaram termo de consentimento.

Coleta de dados

Os dados foram coletados após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. O período de coleta foi compreendido entre 10/12/04 e 28/02/05. Foram aplicados 152 questionários às gestantes. Para processamento dos dados, foi utilizado o programa Excel 2000 Professional.

Método estatístico

Como método estatístico, aplicaram-se os seguintes testes: Teste do Quiquadrado, Siegel & Castellan²², para tabelas de contingência com o objetivo de comparar as quatro UBS em relação às frequências das respostas estudadas; Teste G de Cochran²² na comparação das respostas simultâneas das gestantes. Em todos os testes, fixou-se em 0,05 ou 5% o nível de rejeição da hipótese de nulidade, assinalando-se com asterisco (*) os valores significantes.

Resultados

Na Tabela 1, observou-se que em todos os grupos a **Unidade de Saúde** foi apontada como melhor meio de divulgação do programa pré-natal

segundo as respondentes, apresentando resultados significativamente maiores quando comparada às demais formas de divulgação. As UBSF apresentaram os maiores percentuais.

Com relação à orientação oferecida às gestantes na Tabela 2, a análise mostrou que as porcentagens observadas na opção "**com orientação**" foram significativamente maiores do que as de "**sem**". A UBST Jd. Icarai alcançou o percentual máximo nesta questão (100,0%).

Opiniões da gestante quanto à escuta e diálogo na equipe e na UBS

Na Tabela 3, em todas as variáveis analisadas, foram observadas diferenças entre o "**sim**", "**não**" e "**às vezes**", indicando presença de escuta e diálogo, em todas as UBS. Entretanto, a UBSF Gaivotas concentrou o maior valor 70,4% com resultados significantes no grupo das UBSF. O médico e a equipe também conversam com a gestante nas UBST com valores significantes.

A Tabela 4 apresentou número de respondentes menor, pois as respostas referiram-se apenas às gestantes "**que não falavam ou falavam às vezes de seus problemas**". Nesta questão, as mesmas puderam optar por mais de uma variável em suas respostas. Na concomitância de problemas capazes de inibir a conversa da gestante com a equipe, na Tabela 4, o teste G de Cochran evidenciou, apenas para Gaivotas, que o item "**sinto vergonha**" foi significativamente mais frequente. Para as demais UBS, não houve diferenças significantes.

Tabela 1

Como a gestante ficou sabendo do pré-natal, segundo as UBST e UBSF.**

UBST/UBSF	Amigos		Vizinhos		Unidade de Saúde		Outros		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
UBST Icarai	11	26,2	3	7,1	24	57,1	4	9,5	42	100,0
UBST Mirna	17	23,3	11	15,1	44	60,3	1	1,4	73	100,0
UBSFGaivotas	0	0,0	2	7,4	24	88,9	1	3,7	27	100,0
UBSF Jordanópolis	0	0,0	0	0,0	8	80,0	2	20,0	10	100,0
Total	28	18,4	16	10,5	100	65,8	8	5,3	152	100,0

Teste do quiquadrado χ^2 calculado = 23,43 $p = 0,010$ *

** Cada gestante optou por apenas uma variável ao responder à questão.

* Estatisticamente significante.

Tabela 2

Orientações oferecidas às gestantes, quanto ao funcionamento do pré-natal.

UBST/UBSF	Com	Sem	Total	Com
	N	N	N	%
UBST Icarai	42	0	42	100
UBST Mirna	56	17	73	76,7
UBSF Gaivotas	26	1	27	96,3
UBSF Jordanópolis	8	2	10	80
Total	132	20	152	86,8

Teste do quiquadrado χ^2 calculado = 15,44 $p = 0,010$ *

* Estatisticamente significativa.

Tabela 3

Opinião da gestante quanto escuta e diálogo no pré-natal, segundo as variáveis selecionadas.

Variáveis		UBST Icarai		Mirna		UBSF Gaivotas		Jordanópolis	
		N	%	N	%	N	%	N	%
A gestante fala de seus problemas c/ a equipe	Sim	19	45,2	42	57,5	19	70,4	2	20,0
	Não	13	31,0	20	27,4	2	7,4	3	30,0
	Às vezes	10	23,8	11	15,1	6	22,2	5	50,0
	Total	42	100,0	73	100,0	27	100,0	10	100,0
			χ^2 calc. = 1,99		$p = 1,000$		χ^2 calc. = 7,91		$p = 0,025$ *
O tempo de conversa c/ médico e equipe é suficiente	Sim	34	81,0	54	74,0	19	70,4	8	80,0
	Não	4	9,5	7	9,6	2	7,4	1	10,0
	Às vezes	4	9,5	12	16,4	6	22,2	2	10,0
	Total	42	100,0	73	100,0	27	100,0	10	100,0
			χ^2 calc. = 1,09		$p = 1,000$		χ^2 calc. = 0,73		$p = 1,000$
A recepção ouve queixas e necessidades da gestante	Sim	15	35,7	29	39,7	15	55,6	5	50,0
	Não	8	19,0	16	21,9	2	7,4	2	20,0
	Às vezes	19	45,2	28	38,4	10	37,0	3	30,0
	Total	42	100,0	73	100,0	27	100,0	10	100,0
			χ^2 calc. = 0,53		$p = 1,000$		χ^2 calc. = 1,21		$p = 1,000$
O médico e equipe conversam c/ a gestante	Sim	35	83,3	69	94,5	25	92,6	8	80,0
	Não	4	9,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Às vezes	3	7,1	4	5,5	2	7,4	2	20,0
	Total	42	100,0	73	100,0	27	100,0	10	100,0
			χ^2 calc. = 7,44		$p = 0,025$ *		χ^2 calc. = 1,20		$p = 1,000$

* Estatisticamente significativa.

* Resultado estatisticamente significativo.

Referindo-nos à reação da equipe apresentada na Tabela 5, quando a gestante fala de seus problemas, os percentuais de “*escuta*” observados foram acima de 50%, evidenciando “qualidade na

escuta” na maioria das UBS. O índice de “*escuta*” é maior do que o da gestante que não é escutada, sobretudo na UBSF Gaivotas - 90%.

Tabela 4

Por que a gestante *não fala* ou *fala às vezes* de seus problemas, segundo as variáveis selecionadas. **

Variáveis		Sinto vergonha	Não gosto de expor meus problemas	Pessoas não gostam de me ouvir	Equipe não deve ser usada para isso	Informações adicionais		
						Total gestantes p/ UBS	Gestantes não responderam*	
UBST/UBSF respondentes						N	N	%
UBST	N = 28	11	8	4	5	42	14	33,3
Icarai	%	28,9	36,4	30,8	29,4			
UBST	N = 38	14	9	8	7	73	35	47,9
Mirna	%	36,8	40,9	61,5	41,2			
UBSF	N = 14	9	1	0	4	27	13	48,2
Gaivotas	%	23,7	4,5	0,0	23,5			
UBSF	N = 10	4	4	1	1	10	0	0,0
Jordanópolis	%	10,5	18,2	7,7	5,9			
Total	N = 90	38	22	13	17	152	62	40,8
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		

Teste G Cochran χ^2 Calculado = 9,30

Icarai G calc = 4,62 p = 0,300

Mirna G calc = 3,16 p = 0,500

Gaivotas G calc = 14,70 *p = 0,010

Jordanópolis G calc = 3,86 p = 0,300

** Esta questão foi direcionada apenas às gestantes que responderam “*que não falavam ou falavam às vezes*” de seus problemas. Por esta razão o número de respondentes é menor que nas demais tabelas. As gestantes puderam optar por mais de uma resposta.

* Estatisticamente significativa.

Tabela 5

Reação da equipe quando a gestante fala de seus problemas, segundo a possibilidade de escuta.

Variáveis	Escuta		Não tenho opinião	Total	Sim	Informações adicionais		
	Sim	Não				Total gestantes p/ UBS	Gestantes * não responderam	
UBST/UBSF	N	N	N	N	%	N	N	%
UBST Icarai	20	1	6	27	74,1	42	15	35,7
UBST Mirna	37	1	14	52	71,2	73	21	28,8
UBSF Gaivotas	18	0	2	20	90	27	7	25,9
UBSF Jordanópolis	2	0	2	4	50	10	6	60
Total	77	2	24	103	74,8	152	49	32,2

Teste do quiquadrado χ^2 Calculado = 4,98 p = 1,000

* Esta questão foi direcionada apenas às gestantes que responderam quanto a reação da equipe quando a “gestante fala de seus problemas”, por esta razão o número de respondentes é menor que nas demais tabelas.

A análise não mostrou diferença significativa ao compararmos as quatro Unidades em relação ao grau de felicidade da gestante - Tabela 6. Os maiores valores encontrados se distribuem na UBST Jd. Icarai 85,7% e UBSF Gaivotas 66,7%, indicando homogeneidade nos modelos de atenção.

Discussão

Na Tabela 1, observou-se que em todos os grupos a **Unidade de Saúde** foi apontada como melhor meio de divulgação do programa pré-natal segundo as respondentes. Porém, também foi curioso verificar que as UBS têm a divulgação do pré-natal representada entre os amigos das gestantes: Icarai (26,2%) e Mirna (23,3%), o que não ocorre nas UBSF (0,0%), fato que pode ser interessante quanto à vinculação das gestantes às UBST, favorecendo a divulgação pessoa a pessoa quanto às atividades desenvolvidas pela Unidade. O número de gestantes que receberam orientações quanto ao funcionamento do Programa ter sido avaliado como melhor na UBST Icarai (100%) pode denotar compromisso profissional no atendimento às necessidades da **gestante** desde a porta de entrada, ainda que a Unidade não possuía grupo de acolhimento.

Na opinião de Turrini²³, os serviços de atenção primária são a porta de entrada do usuário e devem atender à maioria dos casos da gestante de acordo com suas necessidades. Por esta razão, quanto às "**orientações no pré-natal**" que constam da Tabela 2, percebemos que diante do valor apresentado pela UBST Icarai ela cumpre muito bem

seu papel como UBS tradicional no quesito orientação, mesmo não tendo o ACS como facilitador e elo entre a comunidade e a Unidade. Com uma população reprimida, suplanta suas dificuldades de recursos humanos (RH) oferecendo a melhor orientação na comparação com as demais Unidades, segundo as respondentes.

Quanto à Tabela 3, Vaitsman *et al.*²⁴ sugerem que o profissional ouça o paciente, forneça explicações, de maneira que o mesmo possa entender e dispor de tempo suficiente para esclarecer todas as dúvidas. É interessante notar que na UBSF Gaivotas, localizada na região mais populosa e excluída do município, Grajaú, a gestante **encontra melhor espaço de escuta** com a equipe do pré-natal. Este percentual pode ser resultado da ação de acolhimento diário que lhe é oferecido e pela vinculação com o ACS. Ao chegar à UBSF, a gestante passa pela recepção e imediatamente conversa com um enfermeiro. Isto nos remete ao pensamento de Pinheiro²⁵: **a boa receptividade da clientela aos serviços oferecidos pelo PSF relaciona-se não somente com a empatia entre membros da equipe e usuários da comunidade, mas também, pela busca no restabelecimento de vínculos de confiança pelo processo de trabalho em saúde, sendo os agentes comunitários os principais atores.**

O tempo de conversa com o médico e a equipe foi apontado como suficiente. Entretanto, nas Unidades do Grajaú temos a relação de **um médico** para cada 5.814 hab.^a (população SUS), na UBST JD. Mirna (total de 75.578 hab.^a) e 2.656 na UBSF Gaivotas (total de 10.624 hab.^a). Percebe-se claramente um esforço desta UBST em atender sua demanda mesmo com uma população ainda mais reprimida que na UBST Icarai.

Tabela 6

Como a gestante se sente dentro da Unidade de Saúde, segundo as variáveis selecionadas.

Variáveis	Feliz	Infeliz	Não tenho opinião	Total	Feliz
UBST/UBSF	N	N	N	N	%
UBST Icarai	36	2	4	42	85,7
UBST Mirna	46	12	15	73	63
UBSF Gaivotas	18	2	7	27	66,7
UBSF Jordanópolis	7	1	2	10	70
Total	107	17	28	152	70,4

Teste do quiquadrado χ^2 Calculado = 8,55 p = 1,000

Estes dados denotam que é alarmante a escassez de recursos humanos nas UBST, em especial de médicos e enfermeiros. Isso significaria que o resultado apontado para o tempo de conversa oferecido nas UBST, se comparado com a UBSF, seria satisfatório diante da notória diferença de população atendida?

A recepção ouve melhor as queixas e necessidades da gestante nas UBSF (55,6% e 50,0%) que nas UBST (35,7% e 39,7%), apesar da proporção profissional-população SUS não ser muito heterogênea. Será que podemos inferir que a equipe de recepção das UBSF oferece maior apoio à gestante por agregar o acolhimento diário à demanda da Unidade? Ou ainda, pelo fato de seus ACS conseguirem ficar bem próximos de sua meta de cobertura, atendendo a 236 famílias em Gaivotas e 290 em Jordanópolis? Não podemos nos esquecer de que o **contato quase que diário** com as gestantes da comunidade atendidas pelo ACS desequilibra estes resultados e pode garantir melhor qualidade na escuta e no diálogo com essas gestantes. Mas, com certeza, podemos atribuir ao acolhimento instituído a condição de facilitador na **escuta de queixas e necessidades** apresentadas pelas gestantes.

Em seu diálogo com o médico e equipe, as gestantes referem estar **satisfeitas** em todas unidades, apontando valores significantes nas UBST. A UBSF Gaivotas oferece mais “espaço” para a gestante falar segundo as respondentes. Delfino *et al*²⁶ referem que: **nos serviços de saúde, durante anos a assistência à gestante vem sendo oferecida quase que exclusivamente à consulta médica individual. As ações de saúde não propiciam um acolhimento às ansiedades, as queixas e temores associados culturalmente à gestação. Desta forma, a gestação é conduzida pelos profissionais de saúde de modo intervencionista, tornando a assistência e as atividades educativas fragmentadas, sem que a realidade da mulher gestante seja tratada na sua individualidade e integralidade.** Silva²⁷ complementa que uma equipe de saúde preparada possui condições de oferecer um ambiente favorável para que a gestante expresse seus sentimentos em relação à experiência que está vivendo. É neste cenário que cabe a concepção de Teixeira²⁸ quanto ao acolhimento-diálogo, que corresponde aos componentes das “conversas” que se dão nos serviços em que podemos identificar, elaborar, negociar necessidades que possam vir a serem satisfeitas. Neste caso, o preparo das equipes do pré-natal seria o diferencial diante dos resultados apresentados pelas UBST, mesmo sem ter um grupo diário de acolhimento?

Quanto às razões pelas quais as gestantes não falam ou falam às vezes de seus problemas na Tabela 4, na opinião de Silva²⁹: **muitas vezes as gestantes se sentem inibidas para revelar suas preocupações com a gestação. É necessário que as pessoas da equipe de saúde aprendam a observar, para perceberem manifestações de comportamento que indiquem sinais de alterações emocionais da gestante.** Gotardo³⁰ enfatiza que há necessidade de se ter disposição e desejo de escuta para se criar um ambiente acolhedor: “Para que o diálogo aconteça é necessário confiança mútua, respeito e atenção. O diálogo apressado, limita as possibilidades desta conexão.” Teixeira²⁷ acrescenta que o trabalho em saúde possui uma natureza eminentemente **conversacional**. Observou-se também na Tabela 4 que na UBSF Gaivotas ninguém apontou (0,0%) que as pessoas não gostam de ouvir a gestante. Por essa razão, Lacerda & Valla³¹ colocam que “a atitude do cuidado aproxima o cuidador e o que recebe os cuidados, por meio da interação, troca e diálogo”. Esse cuidado não anula necessariamente os sofrimentos e dificuldades das gestantes, mas as ajudam a construir novas perspectivas para o enfrentamento de seus problemas. Novamente, o acolhimento nas UBSF e provavelmente a presença do ACS podem ser os grandes colaboradores para este resultado.

A Tabela 5 apontou que nos dois modelos de atenção o percentual de gestante que é **escutada** mostrou-se maior do que as que **não são escutadas**. A reação da equipe quando a gestante fala de seus problemas teve o percentual máximo encontrado na UBSF Gaivotas, o que pode ser um reflexo de que possuindo acolhimento diário às necessidades das gestantes a unidade disponha de maior tempo e possibilidade de “**escuta**”. Outra hipótese pode ser de que a presença de outros profissionais (além do ACS) na comunidade possam contribuir para este resultado, por estarem mais próximos às gestantes do que nas UBST. Ainda assim, os percentuais apontados pelas UBST (74,1% e 71,2%) podem denotar um esforço das mesmas em atender à demanda espontânea que chega a ser de quatro a oito vezes maior que a das UBSF - Tabela 5. Para Cianciarullo¹⁶, a opinião do cliente é importante para monitorar a qualidade, especialmente se desejarmos informações sobre a aceitabilidade da interação paciente-profissional e sobre aquelas que envolvam o conforto do cliente.

Na análise quanto ao **grau de felicidade** - Tabela 6 - houve homogeneidade entre as UBST e UBSF, apontando índices superiores a 63 %; entretanto, a UBST Icarai - 85,7% apresentou valo-

res mais satisfatórios que as demais. E mesmo com apenas um enfermeiro, a gestante da UBST Icarai é um pouco mais feliz que as demais (tendo em vista o significado ímpar deste profissional no acompanhamento à gestante). Já na UBST Jd Mirna - 63%, poderíamos arriscar a dizer que mais uma vez o resultado refletiu o esforço realizado em particular da equipe pré-natal, que mesmo com o alto número de pessoas desassistidas, aponta valores menos satisfatórios? Isto nos remete à citação de Escobar¹² de que a qualidade pode ser a **melhor assistência a ser oferecida por uma Unidade com os recursos existentes**. Williams, citado por Turrini²³, reforça este pensamento colocando que a satisfação do cliente poderia ser incluída na contribuição à garantia de qualidade como um atributo da **qualidade de cuidado**, como resultado legitimado e desejado, ou seja, o **cuidado** não pode ser considerado de excelente qualidade a não ser que o paciente sinta-se satisfeito²³.

Salomé³² foi muito feliz quando exprimiu os sentimentos de alguém que clama por ser escutado. Numa adaptação à realidade da gestante, como se fosse a sua voz, deixaremos sussurrar nos ouvidos do leitor suas palavras: [...] **quando lhe peço sua escuta, estou lhe pedindo para estar presente, nesse instante tão frágil em que estou à minha procura através de uma palavra, por vezes, desajeitada, inquietante, injusta ou caótica. Tenho necessidade de seu ouvido, tolerância e paciência para exprimir o que me parece ser o mais difícil, assim como o mais acessível. Sim, simplesmente me escutar:**

Conclusões

Em algumas questões, a UBST foi referida como melhor que a UBSE, o que nos surpreende positi-

vamente diante da limitação histórica de infraestrutura, sobretudo de RH, com que se trabalha neste modelo de atenção, na região da Subprefeitura Capela do Socorro, agravada pelo número de população SUS dependente ser quase entre três a quatro vezes maior que nas UBSE.

Constatou-se que, nos dois modelos de atendimento aqui estudados, pode-se realizar excelente trabalho de Saúde Pública na temática da escuta e do diálogo no pré-natal. Como também pudemos verificar, há necessidade de se aperfeiçoar o Programa de Saúde da Família quanto à **escuta e o diálogo no pré-natal** na região estudada, pois diante das diretrizes preconizadas pelo PSF, poderíamos esperar melhores resultados.

Na cidade de São Paulo, vivemos a fase de consolidação do SUS. Diante dos inúmeros problemas de exclusão social (dentre outros), percebemos que, em se tratando da Subprefeitura Capela do Socorro, ainda há necessidade de muito investimento e implementação das políticas públicas existentes, no intuito de estruturar a rede pública.

Acreditamos que este possa ser um dos caminhos para o resgate da **escuta e do diálogo** como estratégia de **qualidade na assistência à gestante**, proporcionando infra-estrutura que verdadeiramente viabilize as mudanças de paradigma no atendimento e nos aproxime cada vez mais da efetivação da universalidade, equidade e integralidade na periferia mais excluída de São Paulo.

Um sorriso, um meneio positivo de cabeça, o contato dos olhos, o toque no lugar certo, ou seja, no braço, no ombro ou na mão, o uso adequado do silêncio e da voz suave são sinais que auxiliam nos relacionamentos interpessoais e na comunicação efetiva. Na saúde, não são necessariamente os grandes planos que dão certo, mas são os pequenos detalhes que alteram a qualidade das relações²⁹.

Colaboradores

Novo NF, prof. doutor, trabalhou na concepção teórica, construção dos dados estatísticos e redação do texto. Armond JE, prof^a doutora, trabalhou na concepção teórica, elaboração e redação do texto.

Agradecimento

Agradecimento especial ao Doutor Evaldo de Oliveira Filho, pelo auxílio na revisão do texto final, e a David Boldrin Durães Pereira pela digitação e formatação de tabelas.

Referências

1. Bíblia Sagrada. A Bíblia Sagrada. 2ª ed. Barueri: Sociedade Bíblica do Brasil; 1996. Salmo 130:2.
2. Burley-Allen M. *The Forgotten Skill - a self-teaching guide. What is Listening and What Can It Do for You?* New York: John Wiley & Sons; 1995. p.1-13.
3. Rogers C. In: AmatuZZi MM. O que é ouvir. *Revista Semestral de Estudos de Psicologia* 1990; 7(1):87-97.
4. Mariotti H. Um método de reflexão conjunta e observação compartilhada da experiência. *Thot* 2001; 76:6-30.
5. Ferreira ABH. *Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1995.
6. Bohm D. *Diálogo: comunicação e redes de convivência*. São Paulo: Palas Athena; 2005.
7. Chiesa AM, Verissimo MDLOR. *A educação na prática do PSE. Manual de Enfermagem*. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS); 2001. p.34-37.
8. Stefanelli MC. Prefácio. In: Silva WV. *A comunicação interpessoal entre os profissionais de saúde e gestantes na assistência pré-natal - repercussões da gravidez no contexto cultural e emocional*. São Paulo: Editora Manole; 2002. p.7
9. Silva WV. *A comunicação interpessoal entre os profissionais de saúde e gestantes na assistência pré-natal. Repercussões da gravidez no contexto cultural e emocional*. São Paulo: Editora Manole; 2002. p. 15-21.
10. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro V, Aragão VMF, *et al*. Fatores associados à inadequação do uso da assistência Pré-natal. *Cad. Saúde Pública* 1999; 37(4):4.
11. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(5).
12. Escobar EMA. Aspectos conceituais da avaliação da qualidade em serviços de saúde. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Cunha ICKO, Silva GT, organizadoras. *Saúde na família e na comunidade*. São Paulo: Robe Editorial; 2002. p. 93-101.
13. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990; 114:1115-118.
14. Mattos RA. Os sentidos da integralidade - algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS- UERJ/ABRASCO; 2001. p. 39-64.
15. Souza MF, Mendes A, organizadores. *Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira*. São Paulo: Hucitec; 2003.
16. Cianciarullo TI. Compreendendo a família no cenário de uma nova estratégia de saúde. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Cunha ICKO, Silva GTR, organizadoras. *Saúde na Família e na Comunidade*. São Paulo: Robe Editorial; 2002. p. 17-34.
17. Prado SRLA. *Integralidade - um estudo a partir da atenção básica à saúde da criança em modelos assistenciais distintos* [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2005.
18. São Paulo (Município). Portaria Intersecretarial 6/SMS/SGM/SGP 2002. Dispõe sobre a criação da estrutura organizacional das Subprefeituras. *Diário Oficial do Município de São Paulo* 2002; 21 dez.
19. Prefeitura do Município de São Paulo 2006. Secretaria Municipal de Planejamento- SEMPLA/ Deinfo. Censo Demográfico 2000. Estimativa 2005; 2006. [acessado 2006 Mar 31]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br>

20. Prefeitura do Município de São Paulo 2006. Secretaria Municipal de Planejamento - SEMPLA/TABNET Win 322.2: SINASC Nascidos vivos; 2006. [acessado 2006 Mar 31]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br>
21. IBGE, Censo 2000. Projeção população 2004. Instituto Polis; 1998. [Pesquisa].
22. Siegel S, Castellan Jr NJ. *Nonparametric Statistics* 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1988.
23. Turrini RNT. Resolutividade dos serviços de saúde e satisfação do cliente. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Cunha ICKO, Silva GTR, organizadoras. *Saúde na família e na comunidade*. São Paulo: Robe Eeditorial; 2002. p.102.
24. Vaistman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Rev C S Col* 2005; 10(3):599-613.
25. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2001. p. 65-112.
26. Delfino MRR, Patrício ZM, Martins AS, Silvério MR. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. *Rev C S Col* 2004; 9(4).
27. Silva WV. *Convivendo com obstáculos e fazendo o que se pode: a comunicação interpessoal na assistência pré-natal* [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1999.
28. Teixeira RR. O Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2003. p.89-101.
29. Silva MJP. O papel da comunicação na humanização da atenção saúde. *Bioética* 2002; 10(2).
30. Gotardo ILB. *A percepção de mulheres sobre a assistência recebida em seu processo de ser mãe: um cenário de bons e maus tratos* [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2003.
31. Lacerda A, Valla V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no Cuidado à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO; 2003. p.186.
32. Salomé J. *Cativando a ternura: o amor cria ternura que sobrevive ao amor*. Petrópolis: Vozes; 1994. p.42-43.

Artigo apresentado em 16/04/2006

Aprovado em 26/06/2006

Versão final apresentada em 21/09/2006