

A RELEVÂNCIA DA COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA PARA O ATENDIMENTO DA DIMENSÃO EMOCIONAL DA GESTANTE NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

SIGNIFICANCE OF THERAPEUTIC COMMUNICATION FOR THE ATTENTION OF THE EMOTIONAL DIMENSION OF PREGNANT WOMEN DURING PRENATAL ASSISTANCE

RELEVANCIA DE LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA PARA EL ATENDIMIENTO DE LA DIMENSIÓN EMOCIO- NAL DE LAS GESTANTES EN LA ASISTENCIA PRENATAL

Waldine Viana da Silva¹
Maguida Costa Stefanelli²
Luiza Akiko Komura Hoga³

Esta pesquisa teve o objetivo de compreender as crenças, valores e práticas dos profissionais de saúde relativas ao relacionamento interpessoal que estabelecem com as gestantes durante a assistência pré-natal e identificar como as gestantes percebem o cuidado recebido. O referencial teórico da pesquisa foi a comunicação terapêutica enfermeira-paciente; foi adotado o método de pesquisa da Etnoenfermagem. Os dados foram coletados de acordo com o processo de Observação-Participação-Reflexão (Modelo OPR) em um ambulatório pré-natal de um hospital universitário da Cidade de São Paulo. Da perspectiva dos profissionais de saúde, emergiu o tema cultural “Convivendo com obstáculos” e o subtítulo “Fazendo o que se pode”; da perspectiva das gestantes, o subtítulo “Conformando-se com o que é oferecido”. Os resultados demonstraram que os profissionais de saúde não estabelecem a comunicação terapêutica de forma adequada na assistência pré-natal e as gestantes desejam a inclusão da dimensão emocional durante o cuidado pré-natal.

PALAVRAS-CHAVE: Comunicação. Cuidado Pré-Natal. Etnografia.

The objective of this research was to comprehend the beliefs, values and practices of health professionals relating to interpersonal relations established with pregnant women during prenatal care; and to identify how the women perceive the care. The theoretic reference of this research was the nurse-patient therapeutic communication. The method used was the ethn nursing research method. The data were collected according to the Observation-Participation-Reflection Model (OPR Model) in a prenatal care clinic from a university hospital in the city of Sao Paulo. From the perspective of the health professionals emerged the cultural theme “Living with Obstacles” and the subtopic “Doing What You Can”; from the perspective of the pregnant women emerged the subtopic “Accepting what is offered”. The

¹ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Disciplina Enfermagem Psiquiátrica do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM).

² Professora Titular. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica (ENP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).

³ Livre-Docente em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica (ENP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).

results illustrate that health professionals do not establish therapeutic communication adequately during prenatal assistance, and that pregnant women wish for the inclusion of the emotional dimension during prenatal care.

KEY WORDS: *Communication. Prenatal Care. Ethnography.*

Esta investigación tuvo como objetivo comprender las creencias, valores y prácticas de los profesionales de salud relativas al relacionamiento interpersonal que establecen con gestantes durante la asistencia prenatal e identificar como las gestantes perciben el cuidado recibido. Se usó como referencial teórico la Comunicación Terapéutica enfermera-paciente y como método de investigación la etnoenfermería. Los datos fueron recolectados por medio del proceso de Observación-Participación-Reflexión (modelo OPR) del servicio de prenatal de consultorios externos de un hospital universitario de la ciudad de São Paulo. De la perspectiva de los profesionales de salud emergió el tema cultural: "Conviviendo con obstáculos" y el subtema cultural "Haciendo lo que se puede" y de la perspectiva de las gestantes el subtema "Conformándose con lo que es ofrecido". Los resultados demostraron que los profesionales de salud no establecen la comunicación terapéutica de forma adecuada en la asistencia prenatal y las gestantes desean la inclusión de la dimensión emocional durante el cuidado prenatal.

PALABRAS-CLAVE: *Comunicación. Cuidado pre-natal. Etnografía.*

INTRODUÇÃO

O enfoque preventivo em saúde mental é um dos desafios da atualidade e traz, em seu bojo, a exigência de profissionais preparados para o atendimento de seus clientes, considerados em sua plenitude enquanto seres humanos.

Falar em saúde mental, remete-nos a exigências como assistência adequada ao pré-natal, de forma a garantir não só o bem-estar físico das gestantes como também a dimensão emocional envolvida, principalmente se considerarmos que esta tem repercussão direta no desenvolvimento físico e no psiquismo fetal e, conseqüentemente, na vida futura deste ser humano.

Pesquisas apontam o relacionamento interpessoal entre profissionais de saúde e gestantes como um recurso eficaz de atendimento das suas necessidades emocionais (BONADIO, 1996; HOGA, 1995; MALDONADO, 1985). A assistência à saúde das gestantes não deve se restringir às orientações sobre a adoção de medidas de promoção, prevenção e recuperação dos agravos à saúde, mas incluir a dimensão emocional. Para tanto, é essencial o estabelecimento da comunicação terapêutica por parte dos profissionais, que devem levar em consideração, além de outros aspectos, as características

sociais e culturais das gestantes, assim como suas peculiaridades individuais.

As gestantes, muitas vezes, mostram-se inibidas em revelar suas preocupações e questionamentos relativos às transformações físicas e emocionais próprias do período gestacional. Importa, portanto, que os profissionais de saúde sejam observadores e sensíveis para perceberem as dificuldades que estão sendo enfrentadas por elas, para possibilitar a captação de suas necessidades emocionais, tanto as normais quanto aquelas indicativas de alteração ou agravo à sua saúde.

Tendo em vista a dificuldade para abranger todas as questões apontadas, neste artigo será abordado o tema da comunicação que ocorre entre os membros da equipe de saúde e as gestantes.

OBJETIVOS DA PESQUISA

Compreender crenças, valores e práticas dos profissionais de saúde em relação ao relacionamento interpessoal que estabelecem com as gestantes durante a assistência pré-natal.

Identificar como as gestantes percebem a assistência recebida.

REFERENCIAL TEÓRICO

Considerando que a comunicação é também uma necessidade *humana básica*, sem a qual seria impossível a existência do ser humano, elegemos como base teórica deste estudo alguns princípios da comunicação terapêutica enfermeira-paciente (STEFANELLI, 1993). Esta se embasa nos seguintes referenciais teóricos: Teoria Interpessoal em Psiquiatria (SULLIVAN, 1953), Teoria da Comunicação Humana (RUESCH, 1964), Conceito de Relacionamento Terapêutico Enfermeira-Paciente (PEPLAU, 1952), Relacionamento Interpessoal (TRAVELBEE, 1969) e Teoria do Sentido da Vida (FRANKL, 1986).

O atendimento às necessidades das gestantes depende, quase sempre, do tipo de comunicação que os profissionais de saúde estabelecem com elas. Assim sendo, a adequação no estabelecimento de comunicação dos profissionais de saúde com as gestantes é importante para o alcance dos objetivos propostos na assistência. Tal adequação requer a adoção de estratégias facilitadoras do processo. Para servir como guia, visando estimular a comunicação verbal entre profissionais de saúde e seus clientes, foram elaboradas algumas "Técnicas de Comunicação Terapêutica".

O conjunto de estratégias que compõem essas técnicas servem para nortear o trabalho do enfermeiro e de outros profissionais de saúde, para o estabelecimento de uma comunicação efetiva, porém não devem ser utilizadas de maneira estereotipada. Por assim ser, a adoção das estratégias deve passar por um contínuo processo de adaptação às características próprias das pessoas atendidas e às diferentes situações, nas quais há necessidade de relevar os aspectos culturais e contextuais de sua ocorrência (STEFANELLI, 1993).

A comunicação terapêutica é um recurso importante na assistência à saúde e deveria ser do domínio dos profissionais de saúde, para que eles pudessem desenvolvê-la e utilizá-la no processo de cuidar. Ela possibilita criar estratégias para ajudar as pessoas a lidarem com

experiências que causam ansiedade e a enfrentar situações de crise, de forma íntegra e digna. Além disso, tal recurso possibilita a adaptação das pessoas ao que não pode ser mudado e o estabelecimento de novas situações que possibilitem o alcance de algum grau de auto-realização.

A comunicação terapêutica tem como foco central o conhecimento da comunicação humana, sendo desenvolvida por meio dos conhecimentos já adquiridos nesta área. Preocupa-se com o estabelecimento pleno da comunicação humana para que, por meio dela, seja possível compreender a complexidade e a integralidade do ser humano, que possui uma certa visão de mundo e possui um modo de pensar e agir articulados com seu ambiente de vida.

É comprovada a importância da humanização, que deveria estar presente em todo o processo de assistência à saúde. Cabe aos profissionais de saúde desenvolver recursos, instrumentos, técnicas, habilidades, capacidades e competências para oferecer às gestantes a oportunidade de existência digna, compreensiva e menos solitária (STEFANELLI, 1993).

Mediante estas considerações, acreditamos que a comunicação interpessoal adequada seja fundamental para a promoção da saúde mental das gestantes. Ela é um instrumento que possibilita satisfazer muitas de suas necessidades. Esta meta poderia ser atingida por meio da compreensão das dificuldades expressas pelas gestantes, sendo esta uma etapa fundamental no processo que visa promover seu equilíbrio físico e psíquico.

PERCURSO METODOLÓGICO

Foi utilizada a abordagem qualitativa, mais especificamente o método etnográfico, que tem como meta central a compreensão do modo de vida nos diferentes grupos culturais. A abordagem qualitativa é a mais indicada para o estudo da cultura, pois nesta perspectiva os procedimentos utilizados permitem conhecer pessoas de diferentes orientações culturais a

partir de seu próprio contexto e observar como estas desenvolvem suas práticas diárias (BOGDAN; TAYLOR, 1975).

O Processo de Observação Participação Reflexão (Modelo OPR) foi desenvolvido em um ambulatório de ginecologia e obstetrícia de um hospital de ensino da Cidade de São Paulo (LEININGER, 1991). Colaboraram como informantes 14 componentes da equipe multiprofissional que presta assistência às gestantes, com a seguinte distribuição: enfermeira (1), médicos residentes (4), médica obstetra (1), médica pediatra (1), assistente social (1), psicóloga (1), fisioterapeuta (1), auxiliares de enfermagem (2) e atendentes de enfermagem (2). Foram informantes também 21 gestantes, das quais 15 eram adultas e 6 adolescentes. Os informantes que eram profissionais foram escolhidos com base no domínio e familiaridade com o ambiente cultural estudado. As gestantes foram escolhidas aleatoriamente, principalmente as adultas, em razão da grande rotatividade existente no serviço.

Os informantes da equipe multiprofissional, que tinham preliminarmente concordado em participar do estudo, foram esclarecidos quanto ao teor do projeto de pesquisa. Às gestantes adultas, solicitamos a colaboração na sala de espera do ambulatório, sendo entrevistadas aquelas que manifestavam o desejo de participação, de forma espontânea. A abordagem das adolescentes ocorreu durante o desenvolvimento dos grupos de adolescentes e foram entrevistadas também aquelas que manifestavam o desejo da participação.

A questão norteadora das entrevistas etnográficas, tanto para os profissionais quanto para as gestantes, foi a seguinte: Você poderia descrever como acontece a relação entre os profissionais e as gestantes na assistência pré-natal? Questões adicionais foram colocadas em razão dos conteúdos de cada entrevista, com a finalidade de aprofundar aquilo que estava sendo narrado.

O encerramento da inclusão de novos informantes ocorreu quando percebemos a

ocorrência da repetição contínua de experiência, de ambas as perspectivas de informantes, profissionais e gestantes, um critério de rigor em pesquisa qualitativa denominada saturação de dados (LEININGER, 1991).

O processo de análise deu-se continuamente durante o decorrer da coleta dos dados. O conjunto dos dados foi analisado segundo as fases de análise de dados qualitativos da etnoenfermagem (LEININGER, 1991), composto por quatro fases. Na primeira fase são documentados os dados brutos, que incluem a observação do cenário cultural e as entrevistas etnográficas. A seguir, procede-se à categorização dos dados e identificação dos principais padrões do contexto. Na última fase de análise, o pesquisador formula e apresenta os principais temas e subtemas culturais. Esta última constitui-se na fase de maior aprofundamento, compreendendo a análise, síntese e interpretação dos dados.

O tema cultural e os subtemas foram submetidos a um processo de confirmação, por parte dos informantes-chave⁴, tendo sido um pertencente à categoria dos profissionais de saúde, e outra, à categoria das gestantes. Este cuidado metodológico visou o cumprimento de um critério de rigor em pesquisa estabelecido para a etnoenfermagem (LEININGER, 1991).

Foram obedecidos os aspectos éticos, conforme preconizados na Resolução 196/96 (BRASIL, 1997), que normatiza os aspectos éticos que envolvem a realização de pesquisas com seres humanos. Todos os informantes assinaram um termo de consentimento após terem sido esclarecidos quanto aos quesitos constantes naquela Resolução.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Inicialmente são expostos sumariamente o tema cultural da perspectiva dos profissionais de saúde e o respectivo subtema cultural; na seqüência, o subtema cultural da perspectiva das

⁴ São aqueles que se destacam por ter maior domínio sobre o assunto estudado.

gestantes, igualmente de forma sucinta. Em seguida são expostos os principais aspectos que constituem o tema e subtemas culturais de ambas as perspectivas. Eles são apresentados em conjunto, para retratá-los tal como evidenciados nas entrevistas, ou seja, ambas as perspectivas apresentadas conformam um processo contínuo e inseparável, como pode ser constatado a seguir.

O tema e subtema cultural e os respectivos componentes são exemplificados por pequenos trechos extraídos das entrevistas e este é um recurso que confere fidedignidade aos resultados (LEININGER, 1991). A denominação atribuída aos profissionais e às gestantes trata da utilização de nomes fictícios, como forma de preservar o anonimato.

“Convivendo com obstáculos”, “Fazendo o que se pode” constituem o tema cultural e respectivo subtema do âmbito dos profissionais integrantes da equipe de assistência às gestantes. Eles revelam que, diante dos obstáculos enfrentados durante a assistência prestada às gestantes, que emerge como o aspecto principal da experiência dos profissionais na assistência pré-natal, eles tentam atendê-las na medida de suas possibilidades e limitações.

As gestantes, por sua vez, “conformam-se com o que é oferecido”. Esta situação reflete vivências no decorrer da assistência pré-natal, nas quais elas ficam à mercê da assistência que lhes é oferecida, e emergiu como o subtema da perspectiva das gestantes.

O tema e os sub-temas culturais evidenciam as crenças, valores e práticas relativas a assistência prestada pelos profissionais de saúde às gestantes e os sentimentos manifestos por estas em relação ao atendimento recebido na instituição. No contexto estudado, o aspecto que permeia o processo da assistência pré-natal é o convívio dos profissionais com obstáculos que incidem sobre a relação profissional, que se manifestam de forma variada e produzem conseqüências malélicas ao processo de comunicação e de saúde mental. As dificuldades tornam-se mais acentuadas quando os membros

da equipe não estabelecem comunicação adequada com as gestante e este fato não possibilita o estabelecimento do vínculo profissional/cliente.

Os membros da equipe multiprofissional convivem com diversos obstáculos no seu dia-dia da assistência pré-natal, contexto no qual os profissionais fazem o que podem para tentar oferecer a assistência que acreditam ser adequada.

Durante a observação das consultas médicas às gestantes adultas, foi possível constatar que tanto a grande demanda de gestantes como a grande quantidade de médicos residentes e estagiários de medicina prejudicam a qualidade do atendimento. Esta condição é determinada pela forma como são escalados para prestar atendimento no pré-natal, o que provoca uma grande rotatividade. Os próprios estagiários reconhecem que este processo de trabalho impede o estabelecimento do vínculo com as gestantes, o que acaba prejudicando o atendimento integral, visto que a clientela não tem a possibilidade de manifestar os seus anseios.

Médico Residente 1: “Acho que a primeira consulta deve ser feita procurando saber os mínimos detalhes sobre a gestante, para facilitar o entendimento do próximo médico que irá atendê-la.”

As gestantes, por sua vez, continuam com suas demandas não atendidas, e dentre estas está a necessidade de falar de si como pessoas, expressar seus sentimentos, medos, entre outros.

Papoula: “A gente fica sensível e por qualquer coisa está chorando e a alma da gravidez é não se preocupar com nada.”

Crisântemo: “Tenho medo do nenê nascer com problemas, mas durante as consulta não tem tempo para falar dessas coisas.”

Junquilha: “Eu choro quase sempre por causa do pai dele que me abandonou, e se falarmos um pouco mais alto comigo eu choro muito, mas não tenho com quem falar sobre isso.”

Rosa: “Fico nervosa e com medo de perder o bebê, mas essas coisas não têm com quem falar aqui, no pré-natal. Sempre peço a Deus que dê saúde pra ele e que ele nasça normal.”

Os profissionais de saúde evidenciaram a necessidade de ter melhor preparo nos aspectos relativos ao relacionamento entre profissionais e clientes, pois estes conteúdos são vitais a uma assistência de qualidade. Alguns referiram que tal preparação não corresponde ao grau de responsabilidade que lhes é atribuído quando assumem as clientes/pacientes. Ao fazer tal afirmação, referem-se à ausência de embasamento teórico em seus cursos de origem, principalmente no tocante ao relacionamento interpessoal, aspectos emocionais do processo de assistência e à comunicação terapêutica.

Embora os membros da equipe de saúde não cheguem a manifestar explicitamente suas limitações e o desejo de um melhor preparo para a compreensão e o reconhecimento dos aspectos emocionais envolvidos na relação que estabelecem com as gestantes, na realidade eles possuem a expectativa deste tipo de conhecimento e de capacitação. A maioria dos membros da equipe de saúde reconhece não ter preparo adequado para trabalhar os aspectos emocionais da gestante. Quando se deparam com alguma questão relacionada com a saúde mental, que demanda maior atenção, a conduta tomada é no sentido do encaminhamento das gestantes para o serviço de psicologia hospitalar.

Médico Residente 2: “Não fomos preparados no curso de medicina para lidar com aspecto emocional nem nosso, nem dos pacientes, e isso fica difícil.”

Médico Residente 3: “Se eu vejo que não posso ajudar, não posso dar mais, e sei que ela precisa de apoio, eu encaminho para o serviço de psicologia.”

Médica Obstetra: “Eu não trabalho muito com o emocional das gestantes; eu procuro conversar com elas dentro do que é possível.”

Foi possível observar que existe consciência por parte de alguns profissionais de saúde sobre a falta de preparo adequado para lidar com os aspectos emocionais. Suas manifestações de comportamento e afirmações demonstraram que fazem o que podem para atender as gestantes da forma que acreditam ser a mais adequada.

Estes profissionais reconhecem a importância de um atendimento pré-natal eficiente, abran-

gente e que contemple os aspectos de saúde mental. Possuem plena ciência de que durante a primeira fase da gestação rompem-se as cicatrizes de situações de perda, de pavor dos pais, de história de aborto anterior, que aumentam a vulnerabilidade das gestantes, entre outros. Entretanto, ao mesmo tempo, não conseguem lidar com tais questões porque são obrigados a seguir rotinas que, segundo a sua percepção, restringem o tipo de assistência almejada. Um dos residentes visualizou o atendimento pré-natal como impessoal, referindo-se ao preenchimento de impressos de anamnese obstétrica como limitação à abertura do diálogo e do contato interpessoal desejado pelo profissional.

Médico Residente 4: “Há uma precariedade no diálogo com a gestante determinada pela obediência cega de um roteiro de anamnese e que nos torna, aparentemente, desinteressados de qualquer contato interpessoal.”

A mesma percepção se dá também com as gestantes, pois elas avaliam a comunicação como sendo automatizada e cerceada por um impresso, que prejudica a plena interação. O modo como o registro documental dos dados é feito está, freqüentemente, intermediando a relação entre profissional e gestante e este fato é visto por elas de forma negativa.

Girassol: “Os médicos dão boa tarde, pegam o cartão, me olham e perguntam como estou, medem minha barriga, ouvem o nenê e passam ferro, vêem de novo o cartão, dizem pra gente andar sempre com ele e tchau.”

Ao contrário do que foi observado com as gestantes adultas, no atendimento às adolescentes há maior possibilidade na manutenção do vínculo, devido à existência de uma série de oportunidades de interação entre profissionais da equipe e tal clientela. Com as gestantes adolescentes, evidencia-se o *fazer o que se pode*, que reflete a preocupação dos profissionais de saúde que prestam atendimento a este grupo.

Médica Pediatra: “Uma das coisas que nós temos é o vínculo com as meninas, o que devemos manter. A nossa proposta é fazer um trabalho psicoprofilático e para isso temos que ter interação com a equipe para darmos uma assistência humanizada.”

Assistente Social: “Informações, principalmente sobre a documentação do bebê que as adolescentes desconhecem e o pai também, pois é adolescente e talvez saiba menos. Com a equipe também, é muito boa a troca de informações, eu aprendo com o médico, com a enfermeira, cada um falando a sua parte enriquece muito.”

Durante o processo de observação participante foi possível notar a escassez de recursos humanos e materiais e a grande demanda de gestantes aguardando atendimento. Percebemos que as gestantes aceitam o que lhes é oferecido como bom, adequado e suficiente, embora tenham críticas em relação ao atendimento. Avaliam que isso resulta da alta demanda do serviço, o que limita a disponibilidade e a atenção dos profissionais da equipe de saúde no atendimento às suas necessidades emocionais.

Camélia: “O ruim é esperar, a gente cansa, é muita gente pra ser atendida.”

Lírio: “Para mim está sendo ótimo, os médicos são maravilhosos, atendem bem, não tenho problemas no atendimento.”

Iris: “Tem uma enfermeira que é atenciosa, quando tira a pressão pergunta se você está bem, quantos meses você está, e pergunta se a gente é casada.”

Outro aspecto importante da perspectiva física e emocional das gestantes é a presença de sentimentos que até então eram desconhecidos. São conteúdos que elas sentem vontade de expressar, mas que nem sempre se sentem encorajadas para tal.

Bem-me-quer: “Eu sou tímida e não gosto de perguntar nada, acho que eles é que deviam perguntar tudo pra mim, mas só perguntam como é que eu estou e eu digo que estou bem. Da vez passada, peguei uma médica muito boa, me fez um monte de perguntas.”

O modo como uma pessoa se comporta revela aspectos de seu *self* e também, muitas vezes, a necessidade que ela tem de se relacionar. Em inúmeras ocasiões, as gestantes chegam à procura de ajuda, porém, nem sempre chegam a receber o atendimento desejado; entretanto, mesmo nestas circunstâncias, aceitam o que lhes é oferecido.

Muitas mulheres expressaram que durante a gestação passam por várias situações em que emergem sentimentos de medo do parto, da dor inerente ao processo e apreensões em relação à saúde do bebê. Porém, quase sempre não receberam atendimento a estas demandas.

Camélia: “Não tenho a menor idéia de como é o parto.”

Bem-me-quer: “Não sei nada sobre o parto, nenhum médico me falou sobre isso.”

Com as adolescentes tal condição torna-se mais amena, devido à existência do grupo onde elas têm oportunidade de expor suas inquietações, questionamentos e outros sentimentos e ser atendidas em suas necessidades.

Papoula: “Eu tinha muito medo de ganhar nenê, agora, depois das reuniões, não tenho mais nem um pouquinho.”

Azaléia: “Eu tenho medo. Às vezes, eu acho que não tenho, porque nas reuniões a gente é orientada.”

As gestantes demonstram sentimento de conformismo com o estilo de atendimento, ao expressarem que, apesar de não ter sido dada a devida relevância aos seus anseios e dúvidas, elas simplesmente dizem estar bem. Observamos que, mesmo estando com o sentimento de resignação diante da situação, continuam com a expectativa do bom atendimento.

Durante a observação dos grupos de gestantes adolescentes e as entrevistas, muitas gestantes expuseram seus sentimentos de tristeza, lembraram as experiências traumáticas vivenciadas com natimortos, o comportamento dos maridos, os receios da internação e citaram o apoio que gostariam de receber dos familiares no momento do parto para amenizar a solidão.

Violeta: “Eu tenho tristeza em alguns momentos, mas eu procuro não me deixar levar para não passar a tristeza pro nenê.”

Crisântemo: “Eu estou bem. Mas parece que tenho um trauma; eu não consigo pegar um bebezinho, sabe? Eu peguei no colo o meu filho morto assim que ele nasceu.”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No percurso da pesquisa foi possível identificar sentimentos e pensamentos relacionados com a experiência de prestar e receber assistência pré-natal, durante o qual evidenciaram-se valores, crenças, preconceitos, expectativas, limitações e possibilidades, entre outros, e revelações que propiciaram o alcance dos objetivos propostos.

Os residentes e acadêmicos que compõem grande parte do grupo que presta atendimento médico no cenário deste estudo, além das atividades junto às gestantes, convivem com a preocupação com o aprendizado e a formação profissional. Como os currículos acadêmicos não priorizam os aspectos psicossociais dos clientes de saúde e, em alguns casos, nem dos próprios profissionais, muitos não conseguem visualizar além dos dados clínicos, prontuários a serem preenchidos e o diagnóstico.

A dificuldade de percepção e de preparo no atendimento dos aspectos emocionais e no relacionamento terapêutico faz com que os profissionais de saúde se valham de mecanismos de defesa que, muitas vezes, os levam a não perceber as gestantes como pessoas e isto faz com que eles se ocultem atrás do prontuário. Frequentemente, se utilizam de um vocabulário difícil durante o diálogo com as gestantes e esta prática gera dúvidas, incompreensão e queixas por parte delas.

Azaléa: “Às vezes, não entendo o que o médico diz, tem palavra difícil, mas eu faço que entendo.”

É importante salientar que, mesmo nos atendimentos que são realizados em curto período de tempo, é possível a utilização de uma comunicação adequada e consciente, desde que os profissionais tenham tal preocupação. Por exemplo, a identificação das gestantes pelo nome, utilização de vocabulário que facilite a compreensão do que está se tentando transmitir e adequação no uso dos termos, com utilização de palavras de fácil entendimento pelas gestantes. É necessário também a consideração de que cada gestante é originária de uma cultura e encontra-se, desde o pré-natal, enfrentando

rotinas hospitalares, em geral desconhecidas para elas, o que pode estar aumentando sua ansiedade e sentimento de insegurança (STEFANELLI, 1993).

A falta de capacidade de concentração em relação às mensagens verbais e não verbais emitidas pelas gestantes é uma barreira à comunicação terapêutica, e a ocorrência deste fato foi percebida durante a observação realizada, desde a entrada da gestante no setor de pré-natal até a realização da consulta. O mesmo fato foi percebido também durante a observação dos grupos de adolescentes.

Escutar uma pessoa implica em percebê-la tal como, de fato, ela é, e não reduzi-la a um prontuário. É necessário compreender e valorizar as experiências e as várias dimensões relativas à vida do outro, compreender a relação entre profissional/cliente e acreditar na troca de saberes, quando o profissional pode demonstrar uma atitude de despojamento de seu poder e autoridade (LEITÃO, 1995).

No entanto, durante a observação das consultas foi possível perceber que o preenchimento dos impressos era o que mais preocupava os médicos. Alguns quase não levantavam a cabeça para olhar a gestante, perceber sua expressão quando citava alguma queixa e nem chegavam a notar que elas não se queixavam por uma questão de inibição, temor ou bloqueio e, até mesmo, pela situação de subordinação na relação profissional-cliente.

Violeta: “Tem uns médicos que perguntam mais que os outros, mas têm outros que ficam calados quase a consulta toda, só falam pra escrever na ficha.”

Na relação com o cliente o objetivo básico deve ser o atendimento de suas frustrações, conflitos e ansiedades, que devem ser tratados de modo a favorecer o amadurecimento, ou seja, o desenvolvimento saudável da personalidade, o que, em outras palavras, significa promover a saúde mental (PEPLAU, 1952).

Durante a assistência à saúde das gestantes, os profissionais de saúde devem ter em mente que, além de considerar a relação que desenvolvem com elas, devem visualizá-las como seres

inseridos numa rede de relações socioculturais e familiares, além da que ocorre na estrutura de atendimento pré-natal. O impacto destas relações influencia as mudanças que ocorrem em seu comportamento de preparo para o papel materno.

Neste âmbito, torna-se fundamental que os profissionais de saúde façam uma constante reflexão e autocritica relativa à relação de gênero prevalente na sociedade brasileira, a da supremacia masculina, que pode estar permeando também a relação estabelecida com as gestantes. É necessário considerar que estas podem estar sujeitas ao domínio de gênero, em seu cotidiano social e, inclusive, em sua própria família.

A necessidade de reflexão e cuidado para a não reiteração do domínio de gênero na assistência à saúde é um alerta destinado especialmente à população médica masculina. Segundo dados por nós evidenciados, há predomínio masculino na profissão médica, sobretudo na medicina hospitalar e nos hospitais universitários, como no caso do cenário cultural descrito nesta pesquisa. A eles cabe não apenas tratar ou centrar suas ações em determinado tratamento considerando-o como único ato concreto em matéria de saúde; mas sim cuidar da saúde das gestantes, que é produto de um saber-fazer mais amplo e integral (LOPES; MEYER; WALDOW, 1996). Essa filosofia de assistência demanda que os médicos se destrem de seus posicionamentos hegemônicos quanto ao saber e na relação de gênero que estabelecem com a equipe de saúde e as próprias gestantes, pois estas não desejam ser vítimas da dicotomia entre tratamento e cuidado.

A orientação fornecida às gestantes no cuidado pré-natal poderia incluir também o atendimento às necessidades psicossociais, como suporte à promoção e preservação da saúde mental. Isto é fundamental para o preparo pleno da gestante e sua família, no desempenho adequado de suas novas funções pessoais e sociais inerentes ao papel materno.

No cenário deste estudo, entretanto, tal forma de assistência nem sempre se fez

presente, com exceção do grupo das adolescentes. Foram raras as informações e explicações dadas às gestantes adultas sobre qualquer mudança que possa ocorrer em seu corpo, nos âmbitos físico e mental. Durante a fase de observação, foi possível notar comentários alusivos a estes aspectos da assistência, feitos por gestantes adultas. Caso as gestantes não tivessem a iniciativa de perguntar, solicitar esclarecimentos de alguma situação, resultados de exames ou mesmo expor suas dúvidas, permaneciam sem respostas para seus questionamentos.

Este fato, assim como os demais descritos anteriormente, constituem obstáculos a uma assistência pré-natal almejada, com os quais as gestantes e os profissionais de saúde convivem no cotidiano do serviço de pré-natal. As usuárias conformam-se com o que lhes é oferecido, pois, muito embora não estejam plenamente satisfeitas com a assistência, reconhecem seu valor e, principalmente, porque fazer o pré-natal na instituição também constitui-se numa forma de assegurar sua própria vaga no momento do parto, o que também contribui significativamente para a promoção de seu bem-estar.

Quanto à saúde mental, pouco se comenta de concreto sobre sua importância no pré-natal. O desequilíbrio emocional é comum na gravidez, pois esta pode agir como um fator que desencadeia a enfermidade mental, particularmente naquelas mais vulneráveis aos diferentes fatores de risco como problemas econômicos, dificuldades conjugais, gravidez não planejada, escasso suporte financeiro e antecedentes psiquiátricos. Considerando tais fatores, seria louvável que as unidades pré-natais dispusessem de um serviço de ajuda terapêutica às gestantes, pela alta preponderância do transtorno emocional nesta fase (RAPHAEL-LEFT, 1997).

Este estudo evidenciou que a comunicação é uma competência a ser desenvolvida e incorporada no modo de ser de cada profissional de saúde, para que possa fazer uso da comunicação, um suporte para a promoção da saúde mental das gestantes e de outras pessoas, ou seja, tornar o uso adequado da comunicação um modo de ser.

Quando duas pessoas encontram-se numa relação criativa ocorre um senso ininterrupto de reciprocidade e união durante a experiência. Ambas estão envolvidas num processo de satisfação mútua que passa a ser uma experiência de crescimento.

Conviver com obstáculos e fazer o que é possível não é tarefa fácil, a não ser que o sistema institucional reformule a forma de compreensão em relação à assistência pré-natal. Esta envolve as gestantes e suas peculiaridades socioculturais, sentimentos e esperanças, e também a estrutura e a cultura institucional e as particularidades pessoais e profissionais de todas as pessoas envolvidas na assistência.

Na valorização e consideração a todos os aspectos que envolvem a assistência às gestantes, poderemos enfrentar os desafios do desenvolvimento técnico-científico, que levam o ser humano a experimentar, cada vez mais, a solidão, com um pouco mais de solidariedade e respeito àqueles que necessitam desse conhecimento para possibilitar o atendimento pleno das demandas por cuidados das gestantes. É preciso reconhecer que a comunicação que se estabelece entre profissionais de saúde e as gestantes é um aspecto relevante da assistência e constitui um passo importante para a efetivação de um cuidado de qualidade.

REFERÊNCIAS

- BOGDAN, R.C.; TAYLOR, S.J. **Introduction to qualitative research methods**. 2. ed. New York: John Wiley, 1975.
- BONADIO, I.C. **“Ser tratada como gente”**: a vivência de mulheres atendidas no serviço de pré-natal de uma instituição filantrópica. 1996. 200 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1997.
- FRANKL, V.E. **Psicoterapia e sentido da vida: fundamentos da logoterapia e análise existencial**. São Paulo: Quadrante, 1986.
- HOGA, L. A. K. **À mercê do cotidiano da anticoncepção: a mulher seguindo o seu caminho**. 1995. 247 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, 1995.
- LEININGER, M.M. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing, 1991.
- LEITÃO, L.R.G. Não basta apenas ouvir, é preciso escutar. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, v. 2, p. 46-49, 1995.
- LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E.; WALDOW, V.R. **Gênero & saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- MALDONADO, M.T. **Psicologia da gravidez**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1985.
- PEPLAU, H.E. **Interpersonal relations in nursing**. New York: Putnan's, 1952.
- RAPHAEL-LEFT, J. **Gravidez: a história interior**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- RUESCH, J. **Comunicacion terapêutica**. Buenos Aires: Paidós, 1964.
- STEFANELLI, M.C. **Comunicação com paciente: teoria e ensino**. 2. ed. São Paulo: Robe, 1993.
- SULLIVAN, H.S. **The interpersonal theory of psychiatry**. New York: Norton, 1953.
- TRAVELBEE, J. **Intervention in psychiatric nursing: process in the one-to-one relationship**. Philadelphia: Davis, 1969.