

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE  
SAÚDE**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CICLO GRAVÍDICO-  
PUERPERAL: UMA VIVÊNCIA EM SALA DE ESPERA**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO  
- Modalidade Artigo Publicável -**

**Thaise da Rocha Ferraz**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2012**

# **EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CICLO GRAVÍDICO- PUERPERAL: UMA VIVÊNCIA EM SALA DE ESPERA**

**Thaise da Rocha Ferraz**

Trabalho final de conclusão - modalidade artigo publicável – apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Hospitalar, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Ênfase Mãe-Bebê**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elhane Glass Morari-Cassol**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2012**

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada  
em Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CICLO GRAVÍDICO-  
PUERPERAL: UMA VIVÊNCIA EM SALA DE ESPERA**

Elaborado por

**Thaise da Rocha Ferraz**

como requisito parcial para obtenção do grau de

**ESPECIALISTA EM GESTÃO E ATENÇÃO HOSPITALAR NO  
SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE, ÊNFASE MÃE-BEBÊ**

**Comissão Examinadora:**

---

**Elhane Glass Morari-Cassol, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/orientador)

---

**Laura Tais Loureiro Simas, Especialista. (SMS, Santa Maria/RS)**

---

**Izabel Cristina Hoffmann, Mestre. (UFSM)**

---

**Vânia Fighera Olivo, Dra. (UFSM)**

Santa Maria, 22 de março de 2012.

# **EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: UMA VIVÊNCIA EM SALA DE ESPERA**

Thaise da Rocha Ferraz; Elhane Glass Morari-Cassol; Ana Laura Borges Aranda; Juliana Ebling Brondani; Vanessa Lago Morin; Lizandra Flores Pimenta; Elenir Fedosse.

## **Resumo**

O objetivo deste estudo foi conhecer a concepção de mulheres sobre sua vivência em Sala de Espera. Trata-se de uma pesquisa descritiva e analítica de abordagem qualitativa, realizada em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família de um município do interior do estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados deu-se por meio de entrevista semi-estruturada. Foram entrevistadas 15 mulheres que realizaram o pré-natal na referida unidade de saúde e que participaram das atividades em Sala de Espera no período de setembro a dezembro de 2011. A análise dos resultados revelou que a participação nas atividades de Sala de Espera significou um espaço para melhor capacitação das mulheres sobre os processos de gestação, parto, pós-parto, amamentação e outros, além do reconhecimento da Sala de Espera como estratégia de humanização da assistência. As mulheres também criticaram alguns aspectos do modelo de atenção vigente na assistência pré-natal.

Assistência pré-natal; educação em saúde; humanização da assistência

## **Abstract**

The aim of this study was to know the women's conception about their experiences at the Waiting Room. It is a descriptive analytical research with qualitative approach, done at a Strategy Unit of Family Health in a countryside city from Rio Grande do Sul State. The data collection was done through a semi-structured interview. Fifteen women who did prenatal in the aforesaid health unit and who participated in activities at the Waiting Room during the period from September to December of 2011 were interviewed. The results analysis revealed that the participation in activities at the Waiting Room meant a better place to enable women about the process of gestation, delivery, post delivery, breastfeeding and others, beyond the recognition of the Waiting Room as a strategy of

assistance humanization. Also, women pointed critics about the current model of prenatal assistance.

### *Prenatal Care; Health Education; Humanization of Assistance*

## **Introdução**

A promoção da saúde por meio do desenvolvimento de ações educativas é uma prática recomendada e consolidada desde 1986, quando aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde. Nesse ano, foi amplamente discutido o conceito de Saúde, o qual passou a ser compreendido como resultante das condições objetivas de vida como, por exemplo, alimentação, educação, transporte, lazer, acesso aos serviços de saúde, moradia e acesso à posse de terra<sup>1</sup>. Tal conceito, ampliado, de Saúde foi incorporado na Carta Constitucional de 1988, configurando a base para o Sistema Único de Saúde (SUS), que, por sua vez, foi organizado segundo os princípios doutrinários e organizacionais, a saber: a universalidade, a integralidade, a equidade, a participação social e a descentralização da atenção à saúde.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), vertente brasileira da Atenção Primária à Saúde, caracteriza-se como a porta de entrada prioritária do sistema de saúde configurando-se como garantia do direito à saúde e impondo-se como um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde em nosso país<sup>2</sup>.

Convém destacar que desde 2004 encontra-se em vigor a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, tendo sido publicada uma nova versão em 2011<sup>3</sup>, visando a melhor atender as necessidades das mulheres brasileiras. Este documento reflete o compromisso do Ministério da Saúde com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis<sup>3</sup>.

Nesse contexto, ressalta-se a importância das ações educativas na atenção ao ciclo gravídico-puerperal, considerando que o pré-natal constitui-se como um momento oportuno e importante para o desenvolvimento de ações de educação em saúde. Acredita-se que estas contribuem para que as mulheres possam refletir sobre essa vivência, capacitando-as a decidir sobre sua saúde, ao motivar o fortalecimento da autonomia feminina concernente aos cuidados com a sua própria saúde e a de sua família.

Uma das metodologias de educação em saúde é a Sala de Espera, caracterizada como uma forma produtiva de ocupar um tempo ocioso nas instituições, transformando o período de espera pelas consultas em momento de trabalho; espaço esse em que podem ser desenvolvidos processos educativos e de troca de experiências comuns entre os usuários, possibilitando a interação do conhecimento popular com os saberes dos profissionais de saúde<sup>4</sup>. Ela tem como meta garantir um cuidado humanizado, efetivando a aproximação cada vez maior entre a comunidade e os serviços de saúde, além disso, ela possibilita que os profissionais desenvolvam atividades de educação em saúde, que auxilia na prevenção de doenças e na promoção da saúde, fomenta a melhora na qualidade da assistência prestada, garantindo maior acolhimento aos usuários, compondo-se em uma forma de humanizar os burocratizados serviços prestados<sup>1</sup>.

Apesar das determinações das políticas oficiais a respeito da importância de promover ações que impactem nos indicadores de morbimortalidade materno-infantil, a experiência prática vivenciada pelas autoras, no Programa de Residência Multiprofissional da Universidade onde foi realizado este estudo, indicou certa carência de estratégias educativas no período gravídico-puerperal. É uma realidade no país para a qual urge providências. No cotidiano da atenção interdisciplinar praticada pelas residentes, constatou-se que as mulheres internadas apresentavam-se pouco esclarecidas sobre temas referentes à gestação, ao parto, ao pós-parto, à amamentação, aos direitos da mulher e da gestante. Tal situação impôs-se como uma realidade local e regional que merece uma especial atenção.

Uma pesquisa desenvolvida no Hospital Universitário de Santa Maria - RS, com 137 puérperas que realizaram seus partos no Centro Obstétrico do referido hospital, constatou que 70,8% das puérperas que realizaram pré-natal no município afirmaram ter passado somente por consultas básicas de enfermagem e medicina e por realização de exames<sup>5</sup>. Apenas 17,06% receberam orientações sobre aspectos relacionados à gestação, ao parto, ao pós-parto, como, por exemplo, autocuidado, relações sexuais durante e após a gravidez, métodos contraceptivos, crescimento e desenvolvimento infantil<sup>5</sup>.

Os dados apresentados pela pesquisa sugerem que a atenção pré-natal realizada nos serviços de saúde do município, sobretudo na atenção primária, ainda se encontra centrada no modelo biomédico, ou seja, no tradicional modelo de cuidado focado nos aspectos biológicos/orgânicos.

Pré-natal centrado na consulta e solicitação de exames, coloca em segundo plano as ações educativas e de promoção da saúde, bem como reduz a potencialidade de um

cuidado humanizado, já que as consultas tradicionais, tanto de enfermagem quanto de medicina, tendem a cumprir protocolos (ações) técnicos, as chamadas tecnologias "leveduras"<sup>6</sup>, que conferem agilidade ao pré-natal, liberando os profissionais para outras ações na unidade.

Procurando atender eficazmente às orientações oficiais do SUS e às necessidades das gestantes, as residentes da linha de cuidado mãe-bebê do Programa de Residência citado realizaram uma intervenção caracterizada como atividades de educação em saúde em Sala de Espera, promovidas em duas ESF do município, que impulsionaram a pesquisa intitulada "Concepção de mulheres acerca de suas vivências em Sala de Espera em unidades de Estratégia de Saúde da Família", resultando na elaboração de dois trabalhos, entre eles o presente artigo, cujo objetivo foi conhecer a percepção das mulheres, que realizaram pré-natal em uma dessas ESF, acerca da vivência em Sala de Espera, e, a partir disso, buscar identificar se essa intervenção pode ser considerada efetivamente uma prática humanizada de pré-natal e puerpério.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo descritivo-analítico de abordagem qualitativa. Conforme Minayo<sup>7</sup>, as metodologias de pesquisa qualitativas são "entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais" (p.10). Assim, esse método baseia-se na interpretação do que os sujeitos dizem e expressam.

A coleta de dados foi realizada em uma ESF de um município de médio porte do Rio Grande do Sul em que foram desenvolvidas Salas de Espera para as gestantes que realizavam pré-natal no período de setembro a dezembro de 2011. Essas atividades aconteceram semanalmente, nas segundas-feiras, dia em que as gestantes realizavam a consulta pré-natal, agendadas para o início da tarde, e, enquanto aguardavam a consulta, participavam da Sala de Espera. Este espaço foi mediado por uma nutricionista e uma fisioterapeuta do Programa de Residência e foram discutidos temas diversos referentes ao ciclo gravídico-puerperal que surgiam conforme a demanda das participantes. Algumas vezes a psicóloga residente também participou, como mediadora.

Foram incluídas no estudo as gestantes/puérperas com mais de 16 anos de idade, que possuíam condições de compreensão e expressão oral e que aceitaram participar de forma voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE). O quantitativo de participantes desta pesquisa não foi estabelecido “a priori”, pois, na pesquisa qualitativa, os pesquisadores optam por conduzi-la até que as informações se tornem repetitivas<sup>8</sup>.

O método de coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada, guiada por um Roteiro de Entrevista que incluía dados referentes à caracterização dos sujeitos e ao significado da participação das atividades em Sala de Espera, assim como uma avaliação das mulheres em relação à metodologia das atividades, a temática discutida e os profissionais envolvidos. Foram entrevistadas 15 mulheres que participaram das atividades de Sala de Espera nessa unidade de saúde.

As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e analisadas de acordo com o referencial metodológico proposto por Laurence Bardin<sup>9</sup>.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Secretária de Saúde do município e pelo Comitê de Ética da Universidade em que foi realizado o Programa de Residência, sob o número 0262.0.243.000-11, atendendo às prerrogativas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde<sup>10</sup>. Visando a preservar o anonimato de cada participante, foram utilizadas as letras SG (para gestante) e SP (para puérpera), numeradas conforme a ordem de realização das entrevistas.

## Resultados e Discussão

As mulheres entrevistadas participaram das atividades em Sala de Espera durante a realização do pré-natal em uma ESF da região leste do município. A tabela a seguir demonstra alguns aspectos de caracterização de cada uma das entrevistadas:

**Tabela 1 – Caracterização das mulheres entrevistadas**

Sujeitos*	Idade	Escolaridade	Ocupação	Renda (em reais)	Nº de Gestações	Nº de encontros
SG1	27	Ens. Médio Incompleto	Vendedora	800,00	04	02
SG2	36	Ens. Fundamental Incompleto	Do lar	800,00	05	03
SG3	18	Ens. Fundamental Incompleto	Do lar	1600,00	01	01
SG4	25	Ens. Médio Completo	Operadora de loja	800,00	02	02
SP5	26	Ens. Médio Completo	Do lar	500,00	02	02
SP6	29	Ens. Fundamental Incompleto	Do lar	800,00	04	03
SP7	17	Ens. Fundamental Incompleto	Do lar	780,00	02	04
SP8	34	Ens. Médio Completo	Agricultora e artesã	1200,00	01	03
SG9	25	Ens. Médio Incompleto	Atendente de escritório	1600,00	02	01
SP10	17	Ens. Fundamental Completo	Do lar	835,00	01	02



SP11	32	Ens. Fundamental Completo	Cuidadora de Criança	1200,00	02	01
SG12	17	Ens. Fundamental Incompleto	Do lar	Não informou	01	01
SP13	17	Ens. Fundamental Incompleto	Do lar	Não informou	01	04
SP14	18	Ens. Médio Incompleto	Estudante	596,00	01	03
SP15	29	Ens. Médio Completo	Operadora de caixa	1000,00	01	03

\*SG = Entrevistada que era gestante no momento da entrevista

SP = Entrevistada que era puérpera no momento da entrevista

Das 15 mulheres entrevistadas, 40% das participantes encontravam-se no período da adolescência, quatro tinham 17 anos e duas 18 anos. Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente<sup>11</sup>, considera-se adolescente a pessoa entre doze e dezoito anos de idade.

Considerando o número de adolescentes do grupo, muitas eram primigestas (46,6%) e mais da metade (53,3%) apresentou como grau de instrução o ensino fundamental completo ou incompleto. Além disso, a maioria (53,3%) dessas mulheres não estava trabalhando ou estudando e 60% possuíam uma renda entre 500 e 1099 reais. O percentual de adolescentes nesse grupo foi maior do que o apontado pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), para o ano de 2006, que registrou 21,5% de mães com idade entre 10 a 19 anos<sup>12</sup>. Segundo Simões<sup>13</sup>, no Brasil, apesar dos avanços alcançados, nos últimos anos, na inserção de novas gerações no sistema escolar, observa-se que ainda é bastante elevada a proporção de mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) com baixa escolaridade. O autor salienta que a adoção de práticas mais saudáveis e a maior percepção quanto ao cuidado/proteção da saúde dos filhos estariam ligados ao papel da educação materna, como um fator, não só de redução dos níveis de fecundidade, mas também de melhoria das condições de sobrevivência das crianças<sup>13</sup>.

No momento da realização da entrevista, a maioria (09) das mulheres encontrava-se no período pós-parto, porém, a participação nas ações educativas na Sala de Espera foi durante o período de gestação e a maioria (11 mulheres) participou de dois ou mais encontros.

A partir da leitura e interpretação do conteúdo das entrevistas e das observações realizadas durante as mesmas, realizou-se a análise dos discursos dos sujeitos de acordo com o referencial teórico pertinente<sup>8</sup>. Na fase de exploração do material, desvelaram-se duas categorias e três subcategorias: Categoria 1 - Significado da vivência em Sala de Espera, com as subcategorias “Importância da Sala de Espera para as primigestas” e “Espaço do grupo como fator tranquilizante para o momento do parto”; Categoria 2 -

Percepção sobre a Sala de Espera como estratégia de Humanização da Assistência, com a subcategoria “Percepção sobre o Modelo de Assistência à Saúde”.

### **Significado da vivência em Sala de Espera**

Algumas das entrevistadas consideraram as atividades de Sala de Espera como um espaço importante de esclarecimento de dúvidas e de aprendizado, conforme se observa em seus depoimentos:

Eu achei que foi bem bom pra gente tirar dúvidas também, tem muitas dúvidas que a gente fica no início. (SG3)

[...] Então aquela salinha de espera foi boa, né, foi boa porque a gente aprendeu muita coisa ali também, muita coisa que a gente não sabia... (...) então eu acho bem importante aquela salinha ali. (SG2)

[...] pra mim foi muito bom eu aprendi bastante coisa lá com elas, porque elas conversavam bastante, elas tiravam minhas dúvidas que eu tinha bastante e eu perguntava bastante [...] (SP10)

A importância da Sala de Espera como um espaço que favorece o aprendizado e a oportunidade de sanar eventuais dúvidas que surgem no período da gestação são fatores recorrentes nas falas. As mulheres sentiram-se mais capacitadas a compreender o processo em que se encontravam e os cuidados que esse período requer. Nesse sentido, a educação em saúde, além de promover espaços para a interação entre usuários e equipe de saúde, relaciona-se intimamente com a promoção da saúde, que se constitui como um instrumento de empoderamento dos indivíduos para aumentar o controle sobre suas vidas, refletindo diretamente no processo saúde-doença<sup>14</sup>.

Algumas mulheres destacaram, ainda, a oportunidade da troca de vivências entre o grupo e as dúvidas em comum, levantadas, muitas vezes, por outras participantes:

[...] elas deixam o pessoal super à vontade pra falar, pra perguntar, pra cada um dizer sua experiência, dividir experiência também é ajudar porque tem gente que não sabe nada, tu ouve a experiência do outro de uma coisa que tu tinha dúvida e não sabia como era e de repente alguém relata, né. (SP8)

Pra mim foi bom, porque cada um que tava ali na sala respondeu diferente, né, então cada uma foi tirando as dúvidas e quem não sabia aprendeu com quem sabia também. Tinha gente que sabia mais que a gente, aí foi bom. (SP5)

A partir desses depoimentos, percebe-se que as participantes da Sala de Espera valorizaram a interação entre o grupo, ressaltando a troca de vivências e as dúvidas que são aproveitadas por todas, proporcionando aprendizados. Disso, constata-se que as

mulheres, quando participavam das atividades em Sala de Espera, comportavam-se como um grupo com interesses comuns, que busca aprender e sanar dúvidas. A princípio, pessoas que estão em sala de espera, aguardando pela consulta, não constituem um grupo propriamente dito, mas um agrupamento<sup>15</sup>. Entretanto, quando profissionais da saúde apropriam-se desse espaço para desenvolvimento de atividades educativas, forma-se um trabalho de grupo, pois os integrantes estarão então reunidos, face a face, em torno de uma tarefa e de um objetivo comum aos seus interesses<sup>15</sup>.

Vale destacar que nesse espaço, essencialmente educativo, o diálogo se torna a ferramenta principal, pois, como afirma Freire<sup>16</sup>, o diálogo é a base da educação e cabe ao profissional de saúde transformar a vivência das pessoas em educação. Assim, o diálogo permite que todos os sujeitos participem, exponham seus saberes, compartilhem vivências e também superem crenças, mitos e tabus nesse processo de aprendizagem. O autor afirma, ainda, que quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender<sup>16</sup>, defendendo a troca de saberes no processo educativo, valorizada nos depoimentos das participantes da Sala de Espera. Dessa forma, torna-se essencial considerar o conhecimento popular, a cultura, as limitações e a realidade sócio-econômica do sujeito assistido para a prática do cuidado, e o diálogo faz-se imprescindível para que se estabeleça um processo educacional significativo em saúde.

Nessa perspectiva, as atividades educativas em Sala de Espera aproximam-se da metodologia de educação problematizadora, fundamentada em Freire (1983; 1997), na busca pela inserção crítica e reflexiva do homem na realidade, a fim de que haja uma transformação social, troca de experiências, questionamento, individualização e humanização. Para isto, são utilizadas experiências cotidianas do aprendiz, em uma relação dialógica e participativa<sup>17</sup>.

### Importância da Sala de Espera para as primigestas

Algumas mulheres ressaltam a relevância do espaço de discussão em grupo para aquelas que serão mães pela primeira vez e/ou gestantes adolescentes, justificando o pouco ou até mesmo a ausência de conhecimento e de experiência para lidar com as situações vivenciadas na gestação, no parto e no pós-parto, o que inclui os cuidados com o recém nascido, a amamentação e o período puerperal. As entrevistadas se referiram a elas mesmas, a terceiras e algumas compararam a própria experiência anterior com a atual:

[...] eu acho importante porque ali tem mães de primeira viagem, como a gente diz. Então precisam de uma conversa, muitas vezes elas não querem perguntar, ficam meio constrangidas. [...]Então eu acho bem importante pra essas mais novas, né. Ali tem bastantes mães adolescentes... (SG2)

Pra mim foi maravilhoso, foi a minha salvação, porque, como eu era minha primeira gestação e eu nunca cuidei de uma criança antes, eu não tinha nem noção do que fazer, nunca estive grávida, não tinha noção de nada, né, então pra mim foi 100%. (SP8)

Como comentado anteriormente, no grupo de entrevistadas havia seis adolescentes e sete primigestas. O fato de serem inexperientes talvez justifique o sentimento de necessidade, expresso em suas falas, por um espaço destinado a esse grupo, em que elas aprenderam tanto e sentiram-se mais confiantes.

A gravidez na adolescência está relacionada à situação de vulnerabilidade social, à falta de informação e acesso aos serviços de saúde, e ao baixo *status* de meninas adolescentes nas relações sociais vigentes, mormente das pobres e negras<sup>18</sup>. Nesse sentido, são pertinentes as considerações das entrevistadas, reconhecendo a singularidade dessa situação.

As conversações em Sala de Espera devem se constituir das convergências das múltiplas opiniões e posicionamentos das partes integrantes, permitindo que quem ensina em alguns momentos aprenda em outros<sup>19</sup>. Não podem, por isso, demarcar o lado dos que sabem e o dos que nada conhecem, pois em uma interação mediada pelo diálogo não há lado definido para aprender nem para ensinar<sup>19</sup>.

Transformar estas práticas em espaços dialógicos e problematizadores, que propiciem um aprendizado mútuo entre todos os sujeitos e, acima de tudo, signifiquem maior autonomia dos sujeitos sobre sua vida, pode ser o maior desafio na implementação das práticas educativas na saúde, pois é imprescindível que cada sujeito seja valorizado e considerado na sua individualidade<sup>19</sup>.

#### Espaço do grupo como fator tranquilizante para o momento do parto

Na análise desta subcategoria, ressalta-se o fato de que os relatos referentes a esse tema surgiram principalmente entre as puérperas, pois apenas uma entrevistada que ainda estava gestando atribuiu à Sala de Espera o significado de contribuir para alívio dos medos relacionados ao parto. Este caso específico refere-se a uma gestante que

vivenciou uma experiência de parto vaginal traumática e que, na gestação atual, temia a possibilidade de outro parto difícil e doloroso. Observa-se pelo fragmento de seu relato, transcrito a seguir, a sensação de tranquilidade que pôde experimentar em relação à experiência do parto futuro:

Ah, eu comecei a contar a minha história pra ela aí ela foi explicando que o primeiro não é igual ao segundo, o teu primeiro foi assim, o teu segundo não vai ser [...] Aí parece que depois que ela me falou aquilo me tranqüilizou bastante (SG9)

É fundamental para a humanização do parto o adequado preparo da gestante para o momento do nascimento, cuidado que deve ser iniciado imediatamente, durante o pré-natal. O preparo da gestante para o parto abrange a incorporação de um conjunto de cuidados, medidas e atividades que têm como objetivo oferecer à mulher a possibilidade de vivenciar a experiência do trabalho de parto e parto como processos fisiológicos, sentindo-se protagonista desse processo<sup>20</sup>.

O relato das puérperas que responderam positivamente às ações na Sala de Espera é diferenciado, pois parte de uma experiência de parto já realizado, e a participação na Sala de Espera, dessa forma, mostra-se efetiva no sentido de preparar emocionalmente para o momento do parto, conforme se observa nas falas a seguir:

Ah, me ajudou, assim, que eu fui mais tranqüila pra ganhar dele, que dela eu fui nervosa. Dela eu fiquei apavorada [...] não sabia como é que era, nem nada. Aí dele eu fui mais calma ,assim, sabe. [...] então é muito importante, sim, ter o conhecimento e já não chegar lá como eu cheguei. (SP5)

Olha acho que foi na hora de eu ganhar ela [assunto mais importante] porque eu estava com bastante medo, sabe, inclusive assim, sabe, de eu não machucar ela, mas elas me tranqüilizaram bastante. (SP10)

[...] eu estava bastante com medo nessa parte assim [parto], foi o que me tranqüilizou bastante, essas conversas. [...] Tinham gestantes que estavam com medo [...] e as gurias tranqüilizavam a gente... (SP15)

A gestação caracteriza-se por ser um período de mudanças físicas, psicológicas e sócio-econômicas que podem deixar a mulher em situação de vulnerabilidade e suscetibilidade frente a interferências externas. Nesse sentido, os trabalhos educativos em grupo durante esse período oportunizam à mulher e ao acompanhante elaborarem e expressarem sentimentos e medos a fim de esclarecerem dúvidas e enfrentarem dificuldades. Em algumas circunstâncias, essa abordagem pode provocar alívio do estresse emocional. A dinâmica de grupo também pode ajudar o indivíduo a perceber sua própria demanda<sup>21</sup>.

A partir dos relatos das participantes e das recomendações das políticas públicas, pode-se afirmar que as atividades educativas em Sala de Espera atingiram o objetivo de preparar melhor as mulheres para o momento do parto, bem como desmitificar tabus, medos e preconceitos, contribuindo para uma experiência de parto mais tranquila.

### **Percepção sobre a Sala de Espera como estratégia de humanização da Assistência**

Algumas entrevistadas trazem nos seus relatos aspectos relacionados a uma atenção humanizada, expressando, especialmente, alguns sentimentos com relação à participação na Sala de Espera, como se pode observar nos relatos a seguir:

[...] elas deixam o pessoal super à vontade pra falar, pra perguntar, pra cada uma dizer sua experiência. (SP8)

Sempre a gente perguntava, na mesma hora eram tiradas as dúvidas, sempre, sempre. A participação era ótima, sem falar na simpatia, né, era uma delícia ficar lá conversando. (SP13)

Foi bem esclarecido, foi uma simpatia total assim, a gente se sentia bem à vontade com elas. Foi muito bom. (SP15)

Em outros momentos, também expressaram que o espaço do grupo tornara-se uma oportunidade de desinibição, propícia para a realização de perguntas:

[...] porque muita coisa eu tenho vergonha de perguntar pra minha mãe, aí perguntei lá pra elas lá, mas eu achei muito importante. (SP10)

Foi ótimo, eu gostei. Daí vai perdendo a vergonha, de repente uma tá com vergonha, daí... eu notei que tinha umas mais fechadinhas no começo, aí a gente começou a perguntar, aí elas começaram a perguntar também, se soltaram, aí isso é legal. (SP11)

É, ali eu me sentia mais à vontade, né, ali já era um grupo, então já era próprio, então ali eu aproveitava a ocasião pra tirar todas as minhas dúvidas. (SP13)

Ressalta-se a importância que as mulheres atribuíram à atitude acolhedora dos profissionais de saúde (fisioterapeuta e nutricionista) que mediaram a Sala de Espera, deixando-as mais “à vontade” para falar, perguntar, compartilhar experiências e desinibirem-se, facilitando, assim, a criação de um vínculo entre todos os participantes.

Segundo a Política Nacional de Humanização<sup>22</sup>, tanto profissionais quanto usuários, individual ou coletivamente, transferem afetos. É necessário aprender a prestar atenção a esses fluxos de afetos para melhor compreender-se e compreender o outro e

poder ajudar a pessoa a ganhar mais autonomia e lidar com sua situação de modo favorável a ela<sup>22</sup>. Dessa forma, o profissional deve contribuir para a criação de um espaço aberto e de escuta na assistência às gestantes, pois, a essência das ações daqueles que realizam processo educativo com valorização dos sujeitos deve ser a de oferecer o fortalecimento pessoal dos seres humanos com quem interagem.

O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de”, que afirma o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização<sup>23</sup>.

#### Percepção sobre o Modelo de Assistência à Saúde

Algumas falas das entrevistadas apontam aspectos que podem ser atribuídos ao Modelo de Assistência à Saúde. A antropóloga Davis-Floyd<sup>24</sup> relata que a sociedade ocidental é caracterizada por um paradigma tecnocrático, em que há uma adoração à ciência e à tecnologia e que, assim como em toda cultura, a medicina acaba incorporando as bases e crenças da sociedade que a criou. Portanto, o modelo de assistência vigente é igualmente tecnocrático e tem por princípios a separação mente-corpo, o corpo considerado como uma máquina, o paciente como um objeto, o distanciamento entre médico e paciente, a autoridade e responsabilidade apenas do médico e não do paciente, a supervalorização da ciência e tecnologia, o sistema ganancioso, a intolerância a outras modalidades de assistência<sup>24</sup>.

Por outro lado, o modelo humanista, atualmente, vem ganhando cada vez mais adeptos. A própria política de saúde brasileira, o SUS em seus princípios, tem um caráter humanista, tendo lançado em 2004 a Política Nacional de Humanização que preconiza a valorização da dimensão subjetiva e social do sujeito em todas as práticas de atenção no SUS<sup>25</sup>.

Concernente ao modelo de atenção obstétrica, duas mulheres entrevistadas revelam uma percepção rica e ampliada sobre a Sala de Espera e o pré-natal. Elas dizem que o pré-natal não deveria limitar-se apenas à consulta clínica e que o espaço de educação em saúde, na metodologia da Sala de Espera, é um complemento essencial para um pré-natal de melhor qualidade. Uma delas chega a atribuir o mesmo grau de

importância à consulta de pré-natal e à Sala de Espera. A seguir estão reproduzidos dois fragmentos das entrevistas destas participantes:

[...]A gente só ia ali, consultava e vinha embora. [...]Porque eu acho assim, que gestante não é só tu ir lá e escutar o coração do neném e ver como que ta... Que tem explicações, tu querer saber mais da vida da gente naquele período, depois. [...] E se a gente não está num meio disso aí, de ter um grupo pra explicar assim pra gente, a gente acaba fazendo coisas, de repente, perde o bebê, fica doente, daí vai dizer “ah, mas eu não sabia!”. Exatamente, porque não sabia. Porque não tinha informação, né. A informação é muito importante eu acho que pra tudo. Pra tudo, tu estar bem informada tu ficar mais tranquila [...] (SG2)

Pra mim foi maravilhoso, uma oportunidade de eu perguntar e aprender coisas que a gente jamais consegue ter oportunidade de perguntar e aprender direto com o médico. O médico é muito rápido, muito objetivo, muito prático. [...] Eu acho que não só importante como é essencial, acho que é uma coisa que complementa, que dá uma qualidade melhor ao atendimento. [...] Deveria ter sempre em todos os postinhos de saúde da cidade. [...]Então eu acho que isso aí deveria ser tão importante quanto a consulta, em todos os lugares.(SP8)

Não se pode simplesmente atribuir à escolaridade o elevado grau de compreensão acerca da amplitude das ações necessárias e ao mesmo tempo complementares na atenção pré-natal que estas mulheres manifestaram, pois, uma delas, por exemplo, cursou apenas até a quinta série do ensino fundamental. Elas trazem opiniões consonantes com o que advoga a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher<sup>4</sup> ao valorizar a importância das ações educativas no atendimento às mulheres. Ou seja, as entrevistadas conseguiram identificar que um pré-natal qualificado não é aquele contemplado apenas pela consulta (como é tradicionalmente realizado), mas que integra práticas educativas.

Nesse sentido, é importante observar que, por meio da metodologia da Sala de Espera, é possível estimular a humanização do atendimento, ao proporcionar um ambiente de acolhimento aos usuários e familiares que utilizam os serviços de saúde, criando espaços de diálogo, de estreitamento das relações entre o usuário e o trabalhador. Assim, esses espaços transformar-se em um alicerce para melhorar a qualidade do atendimento, resultando em um serviço mais humano e ampliando o conceito de cuidado biológico para um cuidado integral do usuário<sup>14</sup>.

Além disso, ressalta-se a necessidade de que outros profissionais, além dos contemplados na equipe básica, integrem-se nas atividades educativas na atenção primária, como foi oportunizado nesta vivência em Sala de Espera relatada, ampliando assim, as potencialidades de educação para o autocuidado dos usuários. De acordo com



Fazenda<sup>26</sup> a multidisciplinaridade leva o profissional a reconhecer os limites de seu saber para acolher as contribuições das outras profissões, uma complementando a outra, substituindo a separação por uma convergência, a fim de alcançar objetivos comuns.

Alguns depoimentos revelam outros aspectos do Modelo de Assistência pré-natal, conforme as falas a seguir:

Ai, eu achei que foi bom porque daí tu não fica esperando, esperando. Daí tu troca... Tu troca conhecimento, né. (SG4)

Ah, melhorar, que eu acho que deveria melhorar era o espaço, que eu acho muito pequeno aquele espaço... Apesar que ali não tem uma estrutura boa pra ter um maior espaço, né. Mas de repente um maior espaço, pra que, pra gente poder se reunir ali, não só o grupinho daquele dia de consulta, mas com todos os grupos, todas as gestantes. (SG2)

Eu acho que é importante que tivesse mais tempo pra aquelas que são as primeiras a serem atendidas. Tu entrando ali, cinco minutos e já te chamam, porque já é a tua vez, quem ficou com a quinta, sexta ficha daí vai ter mais tempo pra aproveitar mais. (SP8)

O primeiro depoimento revela que, antes da realização da Sala de Espera, o tempo de espera para consulta médica era um tempo ocioso e provavelmente fatigante, pois as gestantes eram todas agendadas para o início da tarde, sendo chamadas para consulta por ordem de chegada. Em contrapartida, com a realização da Sala de Espera, a participante SP8 reclama do pouco tempo de participação nesse espaço para a primeira a ser atendida. Percebe-se que a percepção do tempo de espera inverte-se, visto que a atenção está mais humanizada, e, assim, a gestante já não tinha mais pressa para realizar a consulta e o desejo de imediatamente ir embora, pois o tempo de espera não era então ocioso, mas propiciava conhecimento e troca de vivências entre as gestantes.

Este é o chamado modelo de atendimento humanista descrito por Davis-Floyd<sup>24</sup>, que atribui aos humanistas um desejo de tornar a “tecnomedicina” mais relacional e responder a cada indivíduo. Há um equilíbrio entre as necessidades da instituição e as dos indivíduos e as decisões e responsabilidades são compartilhadas entre profissional e usuário. Nesse modelo há, ainda, um enfoque na prevenção das enfermidades e uma flexibilidade a outras modalidades de assistência<sup>24</sup>.

Nessa direção, a promoção de atividades de Sala de Espera foi uma estratégia usada pelas residentes, a qual contemplou tanto as necessidades dos usuários, por educação em saúde e ocupação do tempo ocioso, quanto da unidade de saúde, pois não modificou a rotina da unidade, visando à humanização da assistência. Porém,

precisamos que mudanças mais profundas ocorram no Modelo de Atenção, pois as atividades educativas não precisam, necessariamente, estar vinculadas às consultas, uma vez que esta metodologia tem alguns inconvenientes como bem apontou a depoente (SP8): há pouco tempo de participação na Sala de Espera para aquela que é primeira a ser chamada para a consulta. Ressalta-se que precisam ocorrer mudanças nos Modelos de Atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde<sup>25</sup>.

Outro aspecto abordado nos depoimentos foi a dimensão do espaço físico, considerado pequeno, em que era realizada a Sala de Espera, pois impedia a participação de todas as gestantes envolvidas na atividade, como desejava a entrevistada SG2. Ou seja, não há na unidade de saúde um espaço destinado a atividades de grupo. Essa situação é o reflexo de que o Modelo de Atenção vigente não considera interessante, ao construir uma unidade de saúde, que exista um espaço para tal finalidade.

Conforme a Política Nacional de Humanização<sup>25</sup>, no Brasil há um Modelo de Atenção centrado na relação queixa-conduta, uma precária interação dentro das equipes e um despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção. Faz-se necessário que o setor saúde esteja aberto para as mudanças sociais e cumpra de maneira mais ampla o seu papel de educador e promotor da saúde<sup>27</sup>.

### **Considerações Finais**

A concepção das mulheres acerca da vivência em Sala de Espera foi de que este espaço proporcionou aprendizado, esclarecimento de dúvidas, troca de vivências e oportunidade de desinibição. Ressaltaram a importância das atividades desenvolvidas em Sala de Espera, principalmente para as primigestas, motivando a desmistificação de medos com relação ao parto, preparando e tranquilizando-as para este momento. Os resultados indicaram ainda, que as atividades educativas proporcionaram uma atenção pré-natal mais humanizada, inclusive mulheres questionaram o Modelo de Atenção vigente: centrado em consultas e procedimentos técnicos.

Assim, considera-se que a vivência positiva dessas mulheres nas atividades de Sala de Espera aponta para mudanças no atual Modelo de Atenção pré-natal. A promoção de atividades educativas em grupo e por equipe multiprofissional apresentou-

se como importante complemento da prática clínica, configurando-se, pois, como uma ação fundamental para qualificação da atenção pré-natal.

## Referências

1. Rodrigues AD, Dallanora CR, Rosa J, Germani ARM. Sala de Espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. *Vivências*. 2009; 5(7):101-106.
2. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
3. 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: Ministério da Saúde; 2011.
4. Veríssimo DS, Valle ERM. A experiência vivida por pessoas com tumor cerebral e por seus familiares. *Psicol. Argum.* 2006; 24(45):45-57, abr-jun.
5. Ceron MI, Barbieri A, Fonseca LM, Fedosse E. Assistência pré-natal na percepção de puérperas provenientes de diferentes serviços de saúde. *Rev CEFAC*. 2011 (no prelo).
6. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR et al (orgs.). Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. São Paulo: Xamã; 1998.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
8. Streubert HJ, Carpenter DR. Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista. 2. ed. Loures: Lusociência; 2002.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70; 1977.
10. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 2002. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996.
11. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente / Ministério da Saúde. – 3 ed. – Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
12. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE - Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil, Rio de Janeiro; 2009.

13. Simões CCS. A transição da fecundidade no Brasil: Análise de seus determinantes e as novas questões demográficas. São Paulo: Arbeit Factory Editora e Comunicação, 2006.
14. Nora CRD, Mânica F, Germani ARM. Sala de Espera uma Ferramenta para Efetivar a Educação em Saúde. *Revista Saúde e Pesquisa*. 2009; set./dez, 2(3):397-402.
15. Zimerman DE et al. Como trabalhamos com grupo. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
16. Freire P. Pedagogia da autonomia. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1997.
17. Freire P. Educação como prática de liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983.
18. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
19. Colomé CLM, Landerdahl MC. Sala de Espera: Espaço para a (Re)Construção do conhecimento em Saúde. In: Nietzsche EA (Org.). O Processo Educativo na Formação e na Práxis dos Profissionais da Saúde: Desafios, Compromissos e Utopias. 1ed. Santa Maria: UFSM, 2009, 1:261-268.
20. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
21. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: Diretrizes e Procedimentos Básicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
22. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular, 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
23. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Acolhimento nas práticas de produção de saúde, 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
24. Davis-Floyd R. Del Médico al Sanador. Buenos Aires: Creavida. 1 ed. 2004.
25. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
26. Fazenda ICA. Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa. 2 ed. São Paulo: Papyrus, 1995.

27. Ministério da Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.