

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS**  
**ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA**

**CÍNTIA SOUZA DE ABREU**

**A EXPERIÊNCIA VIVIDA POR GESTANTES E PROFISSIONAIS DA REDE  
PÚBLICA NO PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO AO PERÍODO PRÉ-NATAL**

**CAMPINAS**

**2024**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS**  
**ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA**

**CÍNTIA SOUZA DE ABREU**

**A EXPERIÊNCIA VIVIDA POR GESTANTES E PROFISSIONAIS DA REDE  
PÚBLICA NO PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO AO PERÍODO PRÉ-NATAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Escola de Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, como exigência para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Engler Cury

**CAMPINAS**

**2024**

Sistema de Bibliotecas e Informação - SBI  
Gerador de fichas catalográficas da Universidade PUC-Campinas  
Dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Souza de Abreu, Cíntia

undefinide

A experiência vivida por gestantes e profissionais da rede pública no programa de acompanhamento ao período pré-natal / Cíntia Souza de Abreu. - Campinas: PUC-Campinas, 2024.

246

Orientador: Vera Engler Cury.

Tese ( em Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Escola de Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica de Campina) - , Escola de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2024.

Inclui bibliografia.

1. programa de acompanhamento de pré-natal. 2. relações intersubjetivas. 3. pesquisa fenomenológica.

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS**  
**ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA**

**CÍNTIA SOUZA DE ABREU**

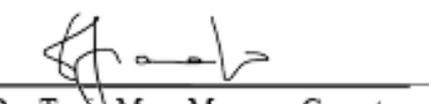
**A EXPERIÊNCIA VIVIDA POR GESTANTES E PROFISSIONAIS**  
**DA REDE PÚBLICA NO PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO**  
**AO PERÍODO PRÉ-NATAL**

Tese defendida e aprovada em 28 de fevereiro de 2024 pela Comissão  
Examinadora



---

Profa. Dra. Vera Engler Cury  
Orientadora da Tese e Presidente da Comissão Examinadora  
Pontificia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas).



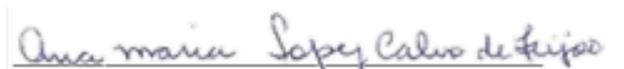
---

Profa. Dra. Tania Mara Marques Granato.  
Pontificia Universidade Católica de Campinas (PUC-campinas)



---

Prof. Dra. Raquel Souza Logo Guzzo.  
Pontificia Universidade Católica de Campinas (PUC-campinas)



---

Profa. Dra. Ana Maria Lopes Calvo de Feijoo.  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** ROSA ANGELA CORTEZ DE BRITO  
Data: 04/03/2024 10:45:15-0300  
Verifique em <https://validar.jf.gov.br>

---

Profa. Dra. Rosa Angela Cortez de Brito.  
Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT)

*Ao meu irmão Odair que sempre acreditou em mim e nos  
meus sonhos, com apoio incondicional as minhas  
escolhas.*

## AGRADECIMENTOS

À minha família.

Aos meus irmãos Odair e Kelly por todo amor e afeto. Pela relação de cuidado e amor incondicional, me trazendo sempre para mais perto de quem sou, proporcionando o meu desenvolvimento como pessoa. À minha cunhada Larissa por sempre me acolher, pelo carinho e companheirismo, pelo cuidado comigo nos detalhes. À minha sobrinha Clara pela sua doçura e amor gratuito, a sua presença torna tudo mais leve.

Aos meus pais.

À minha mãe Maria Lazara pelo empenho e todo trabalho duro vivido para que eu pudesse estudar em tempos tão difíceis como na infância e adolescência.

Ao meu pai José Gonçalves que sempre pergunta quando eu acabo os meus estudos, que mesmo não tendo tido a oportunidade de estudar e não compreendendo muito desse processo, me incentiva a seguir.

Ao meu companheiro, Raphael, sempre paciente, compreensivo e cuidadoso, me incentivando na conclusão desse trabalho.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vera Engler Cury que me acolheu. Construiu uma ponte que ligou Cuiabá a Campinas com compaixão, confiança, generosidade, serenidade e firmeza, provocando reflexões significativas, facilitando a concretização deste trabalho. É gratificante trilhar e realizar esta pesquisa sob as suas orientações.

Aos colegas do grupo de pesquisa pelas trocas e pela aprendizagem significativa vivida nos encontros semanais ao longo desses quatro anos, em especial, à Patricia Regina Bueno Incerpe, à Geni Wolf e à Nadini Brandão pelas trocas e ajuda sempre que necessária.

Às minhas eternas professoras, Juliana Fitaroni e Fernanda Cândido. À Juliana por ter sido a pessoa que possibilitou o meu contato com a ACP na graduação e seguiu facilitando o meu crescimento com trocas afetuosas e enriquecedoras. À Fernanda quem me inseriu na pesquisa e me deu total apoio para alçar voos para o doutorado. Sempre sensível e cuidadosa com o meu bem-estar, transmitindo confiança em mim e empatia pelos meus processos. É um privilégio ter

vocês comigo em todas as etapas da minha formação.

Aos meus amigos de infância Alana, Thaylline e Luiz. Ter vocês comigo há mais de 15 anos é um privilégio imensurável. Ao Luiz por desbravar o caminho da pós-graduação e me convidar para vivenciá-lo também através da sua dedicação ímpar. À Alana sempre corajosa e de bom humor, resgatando em mim a alegria de viver. À Thaylline por sua confiança, pelo companheirismo, apoio e espontaneidade.

Às minhas amigas amadas, que me acompanham desde a graduação, Aline, Kênia, Honorato, Joceana, Rompate e Pâmela, por me verem sempre capaz, humana e por acolherem as minhas fragilidades, estando comigo em momentos significativos.

À Gaia e Têmis (filhas de patas) por possibilitarem a dose diária de caminhada obrigatória, pelo amor incondicional que é partilhar a vida com elas, mantendo vivo em mim a necessidade de se viver as coisas simples do dia a dia.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Tania Mara Marques Granato, ao Prof. Dr. Wanderlei Abadio de Oliveira, à Profa. Dra. Ana Maria Lopes Calvo de Feijoo e à Profa. Dra. Rosa Angela Cortez de Brito pelas contribuições valiosas com este trabalho.

Aos profissionais e gestantes participantes desta pesquisa.

À CAPES,

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

## Resumo

A Organização Mundial de Saúde destaca que a experiência das mulheres com o programa de acompanhamento no período pré-natal é fundamental para a transformação do cuidado e no desenvolvimento saudável das famílias e comunidades. Nesse sentido, compreender as experiências vividas por mulheres e profissionais da saúde no acompanhamento do programa do período pré-natal implica numa atenção às relações intersubjetivas que se desenvolvem entre eles. A pesquisa caracterizou-se como um estudo empírico de natureza qualitativa que objetivou compreender a experiência vivida por mulheres gestantes e por profissionais de saúde em relação ao programa de acompanhamento do período pré-natal disponibilizado pelo SUS numa Unidade Básica de Saúde de um município situado no estado de Mato Grosso. Epistemologicamente, inspirou-se nos conceitos da fenomenologia clássica desenvolvida pelo filósofo Edmund Husserl e por sua discípula Edith Stein, atualizados pelas contribuições contemporâneas da filósofa italiana Angela Ales Bello. Teoricamente, apoia-se nos princípios da Abordagem Centrada na Pessoa, desenvolvida pelo psicólogo humanista norte-americano Carl Rogers. Os participantes foram 11 mulheres gestantes e 12 profissionais de diferentes especialidades em uma equipe multiprofissional da área da saúde pública. A pesquisadora realizou 6 encontros dialógicos presenciais nas dependências da Unidade Básica de Saúde, com três grupos de gestantes e três grupos de profissionais da saúde, com duração aproximada de 1 hora. Os encontros foram iniciados com uma questão norteadora: “gostaria que você compartilhasse comigo como tem sido a sua experiência no programa de acompanhamento do período pré-natal”. Após cada encontro, a pesquisadora escreveu uma narrativa compreensiva contendo suas impressões, sentimentos e ideias a partir da experiência comunicada pelos participantes. Na etapa seguinte, construíram-se duas narrativas sínteses contendo os elementos estruturantes do fenômeno, sendo uma sobre os encontros com os grupos de mulheres gestantes e outra sobre os encontros com os grupos de profissionais. A análise fenomenológica derivada das narrativas sínteses possibilitou interpretar a experiência vivida por gestantes e por profissionais da saúde, destacando-se os seguintes elementos estruturantes: 1) estabelecer interações que facilitem a manifestação das vivências emocionais das gestantes não faz parte da postura dos profissionais; 2) as relações intersubjetivas entre os profissionais da equipe constituem um escudo que os protegem das situações externas ameaçadoras; 3) desamparo e frustração são vivenciados pelos profissionais em função de um desencontro entre as propostas contidas nos documentos do SUS e as experiências cotidianas na UBS; 4) as vivências subjetivas das gestantes impactam no processo de adesão ao programa de acompanhamento durante o período pré-natal; 5) quando os profissionais de saúde assumem atitudes de consideração, reconhecimento das singularidades e compreensão empática, as gestantes sentem-se acolhidas e valorizadas como pessoas e isto facilita a emergência de experiências positivas durante a gestação; 6) os profissionais realizam procedimentos protocolares de natureza técnica como instrumentos no relacionamento com as gestantes, evitando um envolvimento afetivo com elas. Destaca-se a necessidade da presença de psicólogos na equipe de saúde para assegurar uma atenção aos aspectos emocionais vivenciados pelas gestantes e estimular o desenvolvimento de práticas interdisciplinares inovadoras na perspectiva de uma assistência humanizada e integral durante o processo de acompanhamento no período pré-natal.

Palavras-chave: programa de acompanhamento de pré-natal, relações intersubjetivas, atenção psicológica, abordagem centrada na pessoa, pesquisa fenomenológica.

## Abstract

The World Health Organization highlights that women's experience with the prenatal follow-up program is fundamental for the transformation of care and the healthy development of families and communities. In this sense, understanding the experiences lived by women and health professionals in the follow-up of the prenatal program implies attention to the intersubjective relationships that develop between them. The research was characterized as an empirical qualitative study, aiming to understand the lived experience of pregnant women and healthcare professionals regarding the prenatal care program provided by the Unified Health System (SUS) in a Basic Health Unit in a municipality in the state of Mato Grosso. Epistemologically, the research was inspired by the concepts of classical phenomenology developed by philosopher Edmund Husserl and his disciple Edith Stein, updated by the contemporary contributions of Italian philosopher Angela Ales Bello. Theoretically, the research is based on the principles of the Person-Centered Approach developed by the American humanistic psychologist Carl Rogers. Participants included 11 pregnant women and 12 professionals from different specialties in a multidisciplinary public health team. The researcher conducted six in-person dialogical meetings at the Basic Health Unit, divided into three groups of pregnant women and three groups of healthcare professionals, each lasting approximately one hour. Each meeting began with a guiding question: "Would you like to share with me how your experience has been in the prenatal care program?" After each meeting, the researcher wrote a comprehensive narrative expressing her impressions, feelings, and ideas based on the experiences shared by the participants. In the next step, two synthesis narratives were constructed containing the structural elements of the phenomenon: one about the meetings with groups of pregnant women and another about the meetings with groups of professionals. The phenomenological analysis derived from these synthesis narratives allowed for interpreting the experience lived by pregnant women and healthcare professionals, highlighting structural elements such as the importance of establishing interactions that facilitate the expression of emotional experiences by pregnant women and the need for consideration, recognition of singularities, and empathetic understanding by healthcare professionals. The professionals perform protocol procedures of a technical nature as instruments in the relationship with the pregnant women, avoiding an affective involvement with them. The research emphasized the need for the presence of psychologists in the healthcare team to ensure attention to the emotional aspects experienced by pregnant women and to promote innovative interdisciplinary practices, aiming for humanized and comprehensive care during the prenatal period.

Keywords: prenatal care program, intersubjective relationships, psychological attention, person-centered approach, phenomenological research.

## Resumen

La Organización Mundial de la Salud destaca que la experiencia de las mujeres con el programa de seguimiento prenatal es fundamental para la transformación de la atención y el desarrollo saludable de las familias y comunidades. En este sentido, comprender las experiencias vividas por las mujeres y los profesionales de la salud en el seguimiento del programa prenatal implica prestar atención a las relaciones intersubjetivas que se desarrollan entre ellas. La investigación se caracterizó como un estudio empírico de naturaleza cualitativa que tuvo como objetivo comprender la experiencia vivida por mujeres embarazadas y profesionales de la salud en relación con el programa de seguimiento del período prenatal proporcionado por el Sistema Único de Salud (SUS) en una Unidad Básica de Salud en un municipio ubicado en el estado de Mato Grosso. Epistemológicamente, se inspiró en los conceptos de la fenomenología clásica desarrollada por el filósofo Edmund Husserl y su discípula Edith Stein, actualizados por las contribuciones contemporáneas de la filósofa italiana Angela Ales Bello. Teóricamente, se apoya en los principios de la Abordaje Centrado en la Persona, desarrollada por el psicólogo humanista estadounidense Carl Rogers. Los participantes fueron 11 mujeres embarazadas y 12 profesionales de diferentes especialidades en un equipo multiprofesional del área de la salud pública. La investigadora llevó a cabo 6 encuentros dialógicos presenciales en las dependencias de la Unidad Básica de Salud, con tres grupos de mujeres embarazadas y tres grupos de profesionales de la salud, con una duración aproximada de 1 hora. Los encuentros comenzaron con una pregunta orientadora: "¿Te gustaría compartir conmigo cómo ha sido tu experiencia en el programa de seguimiento del período prenatal?". Después de cada encuentro, la investigadora escribió una narrativa comprensiva que contenía sus impresiones, sentimientos e ideas a partir de la experiencia comunicada por los participantes. En la etapa siguiente, se construyeron dos narrativas síntesis que contenían los elementos estructurales del fenómeno, una sobre los encuentros con los grupos de mujeres embarazadas y otra sobre los encuentros con los grupos de profesionales. El análisis fenomenológico derivado de las narrativas síntesis permitió interpretar la experiencia vivida por las mujeres embarazadas y los profesionales de la salud, destacando los siguientes elementos estructurantes: 1) establecer interacciones que faciliten la manifestación de las vivencias emocionales de las mujeres embarazadas no forma parte de la postura de los profesionales; 2) las relaciones intersubjetivas entre los profesionales del equipo constituyen un escudo que los protege de las situaciones externas amenazadoras; 3) desamparo y frustración son vividos por los profesionales debido a un desencuentro entre las propuestas contenidas en los documentos del SUS y las experiencias cotidianas en la UBS; 4) las vivencias subjetivas de las mujeres embarazadas impactan en el proceso de adhesión al programa de seguimiento durante el período prenatal; 5) cuando los profesionales de la salud asumen actitudes de consideración, reconocimiento de las singularidades y comprensión empática, las mujeres embarazadas se sienten acogidas y valoradas como personas, lo que facilita la emergencia de experiencias positivas durante el embarazo; 6) Los profesionales realizan procedimientos protocolarios de carácter técnico como instrumentos en la relación con las gestantes, evitando una afectación afectiva con ellas. Se destaca la necesidad de la presencia de psicólogos en el equipo de salud para asegurar una atención a los aspectos emocionales vividos por las mujeres embarazadas y estimular el desarrollo de prácticas interdisciplinarias

innovadoras en la perspectiva de una asistencia humanizada e integral durante el proceso de seguimiento en el período prenatal.

Palabras clave: programa de seguimiento prenatal, relaciones intersubjetivas, atención psicológica, enfoque centrado en la persona, investigación fenomenológica.

## Lista de Figuras

<b>Figura 1</b> – Fluxograma da revisão.....	31
--	----

## **Lista de Tabela**

<b>Tabela 1</b> – Estratégia PICO aplicada em pesquisa qualitativa.....	30
<b>Tabela 2</b> – Principais características dos estudos selecionados.....	35
<b>Tabela 3</b> – Caracterização dos profissionais participantes.....	99
<b>Tabela 4</b> – Caracterização das participantes gestantes.....	102

## Lista de Siglas e Abreviações

ACP	Abordagem Centrada na Pessoa
BPM	Batimentos por Minutos
CMR	Cuidados de Maternidade Respeitosos
COVID-19	<i>Corona Vírus Disease</i>
HPV	Papilomavírus Humano
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa da Saúde e da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>1. O PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DO PERÍODO PRÉ-NATAL: DEMARCAÇÕES CONCEITUAIS E REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....</b>	<b>21</b>
1.1 O programa de acompanhamento do período pré-natal do Sistema Único de Saúde (SUS).....	21
1.2 Vivências de profissionais e gestantes durante o programa de pré-natal do SUS.....	26
1.3 Procedimentos.....	29
1.4 Resultados.....	32
1.5 Discussão.....	39
1.6 As relações intersubjetivas no ciclo gestacional.....	39
1.7 O Sistema Público de Saúde (SUS) e a qualidade da assistência.....	44
1.8 Práticas educativas de assistência durante o ciclo gestacional.....	46
1.9 Considerações finais.....	47
<b>2. BASES PSICOLÓGICAS E FENOMENOLÓGICAS PARA UMA COMPREENSÃO SOBRE A EXPERIÊNCIA VIVIDA E AS RELAÇÕES INTERSUBJETIVAS .....</b>	<b>51</b>
2.1 Abordagem Centrada na Pessoa e as relações interpessoais .....	51
2.2 Intersubjetividade, vivência e experiência .....	58
<b>3. O CAMINHO PERCORRIDO METODOLOGICAMENTE: PESQUISA FENOMENOLÓGICA.....</b>	<b>64</b>
3.1 O método fenomenológico de Husserl na compreensão da experiência.....	65
3.2 A Fenomenologia como método em Psicologia.....	71
3.3 O encontro dialógico em grupo.....	81
3.4 Narrativas compreensivas e narrativa síntese: compreensão e interpretação das vivências dos participantes .....	83
3.5 Procedimentos da pesquisa .....	86

3.6 Gestando o encontro com os participantes: inserção no campo da pesquisa .....	89
3.7 Os participantes da pesquisa .....	99
<b>4. A EXPERIÊNCIA VIVIDA DOS PROFISSIONAIS E DAS GESTANTES: NARRATIVAS COMPREENSIVAS E NARRATIVAS SÍNTESES.....</b>	<b>103</b>
4.1 Profissionais: “no SUS ideal seria diferente” .....	103
4.2 Gestantes: “me vê, me escuta!” .....	115
4.3 Profissionais: “A gente tem conseguido apagar fogo” .....	127
4.4 Gestantes: “Toda gravidez vai ser indesejada em algum momento para a mulher, ainda que tenha sido planejada” .....	139
4.5 Gestantes: “são atenciosos e prestativos, mas estão voltados para o ‘feto’”, “estão preocupados com a criança” .....	149
4.6 Profissionais: “Eu escuto, às vezes calada, começam a chorar e eu ofereço esse papel aqui, que é o que eu tenho” .....	160
4.7 Profissionais: narrativa síntese .....	169
4.8 Gestantes: narrativa síntese .....	174
<b>5. ELEMENTOS ESTRUTURANTES DO FENÔMENO INTERSUBJETIVO DE PROFISSIONAIS E GESTANTES NO PROGRAMA PRÉ-NATAL.....</b>	<b>179</b>
5.1 Estabelecer interações que facilitem a manifestação das vivências emocionais das gestantes não faz parte da postura dos profissionais.....	179
5.2 As relações intersubjetivas entre os profissionais da equipe constituem um escudo que os protegem das situações ameaçadoras.....	187
5.3 Desamparo e frustração são vivenciados pelos profissionais em função de um desencontro entre as propostas contidas nos documentos do SUS com as experiências cotidianas na UBS .....	192
5.4 As vivências subjetivas das gestantes impactam no processo de adesão ao programa de acompanhamento do período pré-natal.....	197
5.5 Quando os relacionamentos com os profissionais de saúde são pautados por atitudes de consideração e compreensão empática, as gestantes sentem-se valorizadas como pessoas e isso facilita a emergência de experiências positivas durante a gestação .....	201
5.6 Os profissionais lançam mão de procedimentos protocolares de natureza técnica como seus instrumentos no relacionamento com as gestantes, evitando um envolvimento afetivo com elas .....	206

<b>5.7 Atenção psicológica e a consideração das vivências subjetivas: uma contribuição propositiva.....</b>	<b>212</b>
<b>5.7.1 – Atenção psicológica como recurso no programa de acompanhamento às gestantes em UBS.....</b>	<b>213</b>
<b>5.7.2 – A mulher gestante considerada em sua singularidade.....</b>	<b>217</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>222</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>225</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>242</b>
<b>Apêndice 1 – Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....</b>	<b>241</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>244</b>
<b>Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP.....</b>	<b>244</b>

## APRESENTAÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2016) afirma que “a experiência das mulheres é fundamental para transformar os cuidados pré-natal e para criar famílias e comunidades prósperas”, recomendando que no cuidado ao período pré-natal seja estabelecida uma comunicação efetiva entre equipe e mulheres grávidas, abarcando as “questões fisiológicas, biomédicas, comportamentais e socioculturais por meio de um apoio respeitoso e efetivo, incluindo seus aspectos sociais, culturais, emocionais e psicológicos” (p. 1).

Carneiro (2015) destaca que a gestação e o parto podem se constituir em experiências potencialmente positivas ou inibidoras para o processo de desenvolvimento saudável da mulher. Da mesma forma influem sobre o bebê e demais familiares envolvidos de maneira direta ou indireta nesse processo por conjugarem vivências individuais e coletivas de natureza física, psicológica, social, cultural e religiosa.

As vivências das mulheres na gravidez, parto e pós-parto são temas de debate no cenário nacional e internacional em contextos acadêmicos, na área da saúde, na esfera das políticas públicas e, mais recentemente, nas redes sociais<sup>1</sup>. É possível acompanhar pelas mídias os depoimentos de mulheres famosas ou desconhecidas denunciando algum tipo de violência obstétrica sofrida, escrevendo relatos sobre partos e compartilhando experiências positivas ou negativas durante a gestação, parto e pós-parto.

Diante da pluralidade de significados atribuídos por mulheres ao período gestacional, cabe a indagação: como se dá as experiências vividas por mulheres e profissionais da saúde no acompanhamento do programa do período pré-natal? Para o aprofundamento compreensivo sobre essas vivências no contexto das relações interpessoais que se estruturam ao longo do

---

<sup>1</sup> Facebook, Instagram e Twitter.

processo de acompanhamento concretizado pelo programa disponibilizado pelo SUS de acompanhamento do período pré-natal, intentou-se considerar as experiências vividas tanto pelas gestantes, usuárias do sistema de saúde pública – SUS –, quanto pelos profissionais que compõem a equipe multiprofissional responsável pela condução desse programa.

A OMS reconheceu a importância do atendimento às mulheres gestantes no programa de acompanhamento para assegurar uma experiência gestacional positiva, enfatizando que uma assistência qualificada e humanizada à gestação, parto e puerpério deve incluir práticas interventivas que possibilitem às gestantes atendimentos individualizados e respeitosos, centrados na pessoa em todos os contatos. Igualmente, preconizam a importância de relações interpessoais positivas para o estabelecimento de práticas clínicas integrais, de promoção, de prevenção e de tratamento. Recomenda-se ainda que sejam oferecidas informações, orientações, apoio emocional e psicossocial, e que os profissionais tenham habilidades interpessoais e se pautem por boas práticas clínicas (Organização Mundial de Saúde, 2016).

Nesse sentido, considera-se que tais recomendações da OMS devam ser compreendidas para além de prescrições de caráter geral, mas contextualizadas para cada país, região, local e situação específica vivida por gestantes e profissionais da saúde. Assim, justifica-se a opção por uma pesquisa qualitativa de natureza fenomenológica cuja metodologia possibilita uma aproximação compreensiva e não avaliativa sobre as relações intersubjetivas que emergem no cotidiano das instituições de saúde pública responsáveis por levar a cabo os procedimentos preconizados para o acompanhamento da gestação e do parto.

O método fenomenológico nos permite o acesso aos fenômenos subjetivos e psicológicos, contrapondo-se ao positivismo e à concepção de que o pesquisador deve ser neutro e abandonar as explicações causais dos fenômenos, realizadas pelo positivismo somente no modelo quantitativo explicativo. O método fenomenológico retoma o pesquisador e a sua subjetividade como parte do método e o convoca à atitude fenomenológica de suspensão -

*epoché*, que é o abandono das teses naturais.

O objetivo desta pesquisa, portanto, consistiu em compreender fenomenologicamente a experiência vivida por mulheres gestantes e por profissionais de saúde em relação ao programa de acompanhamento do período pré-natal no contexto de uma UBS de um município do estado de Mato Grosso para desvelar os elementos estruturantes que a constituem como fenômeno humano singular.

Pessoalmente, o interesse da pesquisadora pelas vivências das mulheres durante a gestação e o parto teve início durante o curso de mestrado em Psicologia tendo originado uma dissertação, intitulada: “Gestar autonomia na preparação para o parto: grupo como estratégia da abordagem centrada na gestante”, cuja pesquisa se propôs a acompanhar grupos com 12 gestantes, entre os meses de junho e novembro de 2018 – que estavam sendo assistidas pelo programa de acompanhamento do período pré-natal em duas UBS em um município do estado de Mato Grosso –, para investigar as intervenções psicológicas disponibilizadas às gestantes durante a preparação para o parto. Os resultados daquela pesquisa apontaram aspectos problemáticos nas relações estabelecidas entre a equipe e as gestantes que sugeriam novos estudos.

Diante desses resultados, a pesquisadora interessou-se por empreender novo estudo que possibilitasse compreender as experiências vividas pelas mulheres gestantes e pelos profissionais da equipe de saúde no contexto do programa de acompanhamento do período pré-natal para além das discussões acerca das práticas de atenção fisiológica e da avaliação da qualidade da assistência. Assim, espera-se que os resultados da presente pesquisa possam contribuir com novos conhecimentos para as práticas profissionais que constituem as relações intersubjetivas envolvidas no processo do programa de acompanhamento do período pré-natal da rede pública de saúde brasileira.

O Capítulo 1 apresenta este programa e as suas demarcações conceituais, bem como

uma revisão integrativa da literatura em formato de artigo, discutindo a experiência de profissionais e gestantes acerca da atenção disponibilizada na rede pública de saúde brasileira.

O Capítulo 2 discorre sobre as bases psicológicas e fenomenológicas para uma compreensão sobre a experiência vivida e as relações intersubjetivas. São descritos os conceitos de vivência, experiência e intersubjetividade.

O Capítulo 3 contempla a apresentação do caminho percorrido metodologicamente ao longo da pesquisa.

O Capítulo 4 apresenta as narrativas compreensivas escritas pela pesquisadora com base nos encontros dialógicos sobre as experiências vividas dos profissionais e das gestantes, assim como as duas narrativas sínteses contendo os elementos estruturantes do fenômeno.

O Capítulo 5 apresenta uma análise interpretativa sobre os principais elementos estruturantes das vivências dos profissionais e das gestantes em interlocuções com outros autores e pesquisas que tratam do tema. Apresenta-se, ao final, uma contribuição propositiva para a área da saúde decorrente dos resultados da pesquisa.

## **1. O PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DO PERÍODO PRÉ-NATAL: DEMARCAÇÕES CONCEITUAIS E REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Este capítulo está dividido em duas partes. Na primeira, discorre-se sobre o programa de acompanhamento do período pré-natal e os objetivos do acompanhamento. Em seguida, apresentou-se uma revisão integrativa da literatura entre os anos de 2012 a 2023, exposta em formato de artigo realizada com o intuito de compreender a experiência de profissionais e gestantes acerca da atenção disponibilizada pelo programa de acompanhamento do período pré-natal da rede pública de saúde brasileira.

### **1.1 O programa de acompanhamento do período pré-natal do Sistema Único de Saúde (SUS)**

A saúde da mulher já estava incorporada nas políticas nacionais de saúde brasileira no início do século XX. Na época, limitavam-se às demandas exclusivas da gravidez e do parto. Era uma política de atenção à saúde marcada pelo reducionismo, em que as mulheres eram assistidas apenas no período gravídico-puerperal (Ministério da Saúde, 2004a).

O reconhecimento da mulher como sujeito de direito, com necessidades de atenção que extrapolam a gravidez e o parto, começou a ser considerado em 1984, com a criação pelo Ministério da Saúde do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), dando início ao tensionamento para o rompimento dos princípios hegemônicos reducionistas. Criou-se, então, um programa para atenção à saúde da mulher em que se propunham práticas e ações educativas e preventivas, como a clínica ginecológica, o programa de acompanhamento do período pré-natal, do puerpério e do climatério, o planejamento familiar, a prevenção ao câncer

do colo de útero e outras necessidades, considerando as características das mulheres de cada região do país (Ministério da Saúde, 2004a).

Na década de 1990, com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) gerido pelos princípios de: a) universalização, que reconhece a saúde como direito de todos e de responsabilidade do estado; b) equidade, que se refere ao fato de que todas as pessoas não são iguais, possuem necessidades distintas; c) integralidade, que reconhece a pessoa como um todo, propôs-se, então, uma atenção à saúde caracterizada pela municipalização, reorganização da atenção e estratégia do Programa da Saúde e da Família (PSF).

No ano de 2000, instituiu-se o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) para garantir a cobertura e o acesso total de qualidade no acompanhamento às mulheres e ao bebê no transcorrer do acompanhamento do período pré-natal, parto e pós-parto, reconhecendo que o acesso a esse serviço é uma prática de direito e de cidadania, garantindo o direito à mulher a uma assistência humanizada e segura.

Em 2005, o Ministério da Saúde lançou um manual técnico intitulado “Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada” e descreve que a humanização do programa de acompanhamento do período pré-natal é disponibilizada através de uma relação respeitosa entre equipe e gestantes durante todo o ciclo gravídico puerperal, “com condutas acolhedoras” e com determinadas atitudes na relação dos profissionais com as mulheres gestantes ao longo do processo (Ministério da Saúde, 2005, p. 8).

Ainda em 2005, o Ministério da Saúde reconheceu a necessidade de ações para o alcance da humanização da atenção ao ciclo gestacional e orientou que esta seja iniciada ainda no programa de acompanhamento do período pré-natal. Apresentou que humanizar a atenção ao ciclo gestacional é prezar pela compreensão da pessoa em sua totalidade, dotada de corpo e mente, considerando seu contexto de vida em termos econômico, social e cultural. É também priorizar o estabelecimento de um relacionamento entre os diferentes sujeitos envolvidos no

cuidado e na produção de saúde (Ministério da Saúde, 2005). A descrição da humanização da atenção ao ciclo gestacional coaduna com a proposta de humanização em todos os âmbitos da atenção, que é descrita como um “(...) atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhorias dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (Ministério da Saúde, 2004b, p. 6).

Também em 2005, foi aprovada a lei nº 11.108 de 07 de abril, que versa sobre o direito da mulher de ter o acompanhamento de uma pessoa de sua escolha durante o trabalho de parto e pós-parto. Acenando assim para a importância da rede de apoio e suporte de pessoas significativas e de confiança da mulher a acompanhando neste momento.

Na série “cadernos de Atenção Básica: saúde sexual e saúde reprodutiva de 2013”, o Ministério da Saúde discute a relevância da relação estabelecida entre os profissionais e os usuários. A relação é reconhecida como fundamental para a qualidade da assistência, da interação, da construção de confiança e do estabelecimento de vínculos, versando sobre o potencial das relações para transformações pessoais na contribuição da produção de saúde (Ministério da Saúde, 2013a).

Nos últimos anos, a OMS vem destacando os Cuidados de Maternidade Respeitosos (CMR), através de ações e elaboração de documentos, como a Declaração para a Prevenção e Eliminação do Desrespeito e Abuso durante o parto em instalações de saúde de 2014, discorrendo sobre os abusos, desrespeitos e violência obstétrica sofrida pelas mulheres mundialmente (Organização Mundial de Saúde, 2014).

Em 2016, o Ministério da Saúde publicou o “Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde” que é uma estratégia para o rompimento e mudanças acerca de construções sociais de gênero, pensando as responsabilidades dos homens em relação à reprodução e cuidados com a criança e a mulher.

Este mesmo documento destaca que para a disponibilização de uma atenção humanizada durante o programa de acompanhamento do período pré-natal deve-se acolher e considerar os sentimentos, as emoções e as especificidades sociais, culturais e subjetivas das mulheres, parceiros e famílias. Os profissionais devem se dispor a auxiliar a mulher e facilitar o processo para diminuição da ansiedade, das inseguranças, do medo do parto e das sensações de solidão, promovendo o bem-estar físico e psicológico ao longo do ciclo gestacional e informar e orientar as gestantes sobre os processos fisiológicos do parto propriamente (Ministério da Saúde, 2016).

Ainda em 2016, também com ênfase no pré-natal, a OMS divulgou um material chamado “Recomendações para o Atendimento de Pré-Natal para uma Experiência Gestacional Positiva”, em que enfatizou a humanização do acompanhamento no transcorrer do programa de acompanhamento do período pré-natal ao puerpério.

Atualmente, a atenção e o cuidado ao ciclo gestacional são reconhecidos nacional e internacionalmente como direitos universais das mulheres. Instituiu-se que o programa de acompanhamento do período pré-natal brasileiro seja realizado nas UBS, sendo que

O objetivo desse acompanhamento de pré-natal é assegurar o desenvolvimento saudável da gestação, permitindo um parto com menores riscos para a mãe e para o bebê. Aspectos psicossociais são também avaliados e as atividades educativas e preventivas devem ser realizadas pelos profissionais do serviço (Ministério da Saúde, 2023, s/p).

Ao descobrir a gestação, a mulher deve procurar a UBS mais próxima da sua moradia para avaliação da inclusão nas consultas de acompanhamento do período pré-natal. O início do acompanhamento deve ocorrer ainda no início da gestação até a 12ª semana. O acompanhamento acontece periodicamente e continuamente. Até a 28ª semana são quinzenais as consultas, da 28ª até a 36ª semana as consultas passam a ser semanais (Ministério da Saúde, 2023, s/p).

As consultas do acompanhamento do período pré-natal também ao companheiro da

gestante, com o intuito da ampliação do acompanhamento da população masculina, assim como a inclusão de debates acerca da paternidade, são extremamente importantes. As ações do acompanhamento tanto com as gestantes quanto com os parceiros devem ocorrer em formato de debates voltado para o planejamento reprodutivo, com o intuito de preparar a gestante para o parto (Ministério da Saúde, 2023).

O objetivo principal do programa de acompanhamento do período pré-natal é a redução dos riscos para a mulher e ou para o bebê, através do acompanhamento dos processos fisiológicos. Já os aspectos psicossociais da gestação ficam como objetivos secundários dentro da proposta.

Todos esses documentos citados acima surgem da evidenciação de violências, de negligências, e, conseqüentemente, da ausência de relações intersubjetivas de qualidade na atenção ofertada no programa de acompanhamento do período pré-natal e acompanhamento do ciclo gestacional de modo geral.

Nota-se que políticas públicas reconhecem o homem enquanto ser relacional, dotado de corpo e de mente e que se desenvolve no contato com o outro, ou seja, que o cuidado humanizado se concretiza no contato humano e não propriamente por meio de uma prática mecânica e indiferente às relações intersubjetivas que se desenvolvem ao longo do processo. Percebe-se, que, o que tem sido proposto pelas políticas públicas de saúde brasileira demanda uma postura de atendimento dos profissionais, de atenção e de cuidado que valorize e facilite o desenvolvimento do potencial da pessoa humana.

No entanto, o fato de haver uma diretriz oficial recomendando a adoção da proposta de humanização nas práticas dos profissionais da saúde pública, não necessariamente implica que este objetivo esteja sendo efetivado no cotidiano dos contextos institucionais públicos onde a assistência está disponibilizada aos usuários. As diretrizes são recomendações, mas a prática delas são ações e atitudes facilitadas por pessoas, sendo, portanto, o cuidado um fazer humano

que envolve indiscriminadamente relações intersubjetivas. Desse modo, entende-se que a assistência humanizada só pode ser definida se considerarmos a experiência vivida partindo das relações estabelecidas entre profissionais e usuários nos contextos concretos onde se efetivam os processos de atenção à saúde.

## **1.2 Vivências de profissionais e gestantes durante o programa de pré-natal do SUS <sup>2</sup>**

Esta revisão objetivou descrever e compreender a experiência de profissionais e de gestantes acerca da atenção disponibilizada pelo programa de acompanhamento do período pré-natal da rede pública de saúde brasileira. Gestação, parto e nascimento constituem uma das vivências mais significativas da experiência humana. Gestar e parir são fenômenos que fazem parte do processo de desenvolvimento físico e psicológico das mulheres.

O programa de acompanhamento do período pré-natal é a porta de entrada para a assistência a mulheres durante o ciclo gravídico puerperal e deve ser iniciado entre a 1<sup>a</sup> e a 12<sup>a</sup> semana de gestação, com a realização mínima de seis consultas até o momento do parto (Ministério da Saúde, 2013b). O acompanhamento do período pré-natal é realizado nas UBS, para as gestantes de risco habitual. Já para as gestantes de alto risco é feito em conjunto com os hospitais maternidades de forma a possibilitar a essas puérperas o acompanhamento por especialidades médicas necessárias.

A assistência ao acompanhamento do período pré-natal é preconizada pela OMS (2016) e pelo Ministério da Saúde (2013b) objetivando o combate à mortalidade materna, grave problema de saúde pública no Brasil. As recomendações para o acompanhamento das gestantes ao longo desse ciclo, visando promover a saúde física e psicológica de cada uma delas, incluem que os profissionais disponibilizem atenção e cuidado respeitoso, assegurando a privacidade, a

---

<sup>2</sup> Artigo em avaliação na “Revista Subjetividades” da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

dignidade, o sigilo, a escolha informada, o respeito, a atenção centrada na gestante, o cuidado com as questões emocionais próprias desta etapa da vida, o atendimento em grupos de gestantes, as visitas domiciliares, o estabelecimento de vínculo, a visita à maternidade e o estímulo da participação paterna nas consultas de acompanhamento do período pré-natal, parto e nascimento. Todo esse processo deve estar pautado pela escuta atenta e sensível com estabelecimento de uma comunicação e vinculação afetiva e eficaz entre equipe e gestante.

Embora tenham sido empregados nas últimas duas décadas grandes esforços para uma atenção à saúde da mulher de modo humanizado, pesquisas recentes (Santos et al., 2012; Santos et al., 2018; Silva et al., 2018) apontam para a predominância do modelo de assistência biomédico no Brasil, com alto índice de intervenções com tecnologias duras.

Andrade e Lima (2014) revelam que as tecnologias de assistência em saúde podem ser compreendidas como duras, leves-duras e leves. As tecnologias duras são os equipamentos, medicamentos e as ferramentas técnicas utilizadas pelos profissionais. As tecnologias leves-duras referem-se às técnicas e ao conhecimento empregado pelos profissionais para obterem resultados na assistência. Já as tecnologias leves são as relações estabelecidas entre os profissionais e os pacientes, desenvolvidas por meio de acolhimento, vínculo, escuta e processos de cuidados advindos da relação intersubjetiva.

Embora seja reconhecida, recomendada e sistematizada a importância do contato humano, das relações afetivas, da escuta e das relações empáticas, o modelo de atenção ao ciclo gestacional no Brasil ainda é um modelo predominantemente tecnocrático. As práticas de atendimentos obstétricos são caracterizadas por três modelos vigentes na modernidade que Davis-Floyd (2000) denomina como: tecnocrático, humanizado e holístico.

O modelo tecnocrático considera corpo e mente separadamente, entendendo o corpo como uma máquina que precisa de reparos. Nesse enfoque, há um distanciamento entre médico e paciente, pois a relação entre eles se configura a partir de critérios padronizados, da

organização de procedimentos gerais e dos protocolos de cuidados. A autoridade, assim, pertence ao médico, priorizando tecnologias duras e intervenções abruptas, que visam um resultado rápido (Davis-Floyd, 2000).

Atualmente, articulam-se estratégias e políticas públicas para que o paradigma da humanização seja alcançado na assistência à saúde no Brasil, uma vez que o modelo humanizado considera corpo e mente como um todo, sendo o corpo um organismo que supõe o paciente como um sujeito relacional, logo, deve haver afeto e o estabelecimento de vínculo entre paciente e a equipe de saúde. Nessa perspectiva, leva-se em consideração ponderações acerca dos anseios institucionais e dos desejos do paciente. As tomadas de decisão e responsabilidades são compartilhadas entre paciente e médico, prezando-se pelo equilíbrio entre tecnologia, ciência e humanismo (Davis-Floyd, 2000 & Lima, 2014).

O modelo humanizado é o que se aproxima das proposituras das políticas públicas de saúde e, também, aquele que considera os aspectos relacionais do cuidado, acentuando as questões emocionais, sociais e culturais, conforme prescritas nas cartilhas de recomendações, orientações e diretrizes do SUS.

Davis-Floyd (2000) apresenta um terceiro modelo de atenção ao ciclo gestacional, o holístico, que concebe corpo, mente e espírito como uma unidade, considerando esta unidade como sistema interligado de energia. Nesse sentido, a cura perpassa pela integralidade em todo o contexto vital. Médico e paciente compõem unidade indispensável, sendo assim, o diagnóstico e o tratamento são compreendidos de dentro para fora. A estrutura da instituição acontece em rede, possibilitando a individualização da assistência. Portanto, a responsabilidade e a autoridade são intrínsecas às pessoas envolvidas, especialmente os pacientes.

Coloca-se à disposição do paciente os conhecimentos científicos e a tecnologia de forma que a manutenção da saúde e do bem-estar sejam planejados como um processo de longo prazo. Rattner (2009, p. 600) sublinha que “(...) o modelo holístico se pauta pela individualização do

cuidado e incorpora, além do entendimento do parto como evento biológico, social, cultural e sexual, o enfoque do nascimento e do parto como eventos da vida espiritual”.

Nessa perspectiva, a gestação é um fenômeno que acontece no âmbito da experiência humana, levando em consideração, também, a esfera espiritual de forma a transcender os aspectos fisiológicos e psicológicos, envolvendo questões profundas da pessoa humana, com vivências que perpassam pelas dimensões corpórea, psíquica e espiritual. Assim, preconiza-se uma atenção integral que considere a pessoa humana em sua totalidade e de maneira indissociável.

Trata-se de um estudo de revisão integrativa que se caracteriza por tornar viável amplas informações acerca de um determinado problema de pesquisa, resultando na construção de um corpo sólido de conhecimento, permitindo definir conceitos, revisar teorias, realizar uma análise metodológica dos estudos ou até mesmo investigar um tópico específico em uma problemática mais ampla (T. Souza et al., 2010; Ercole et al., 2014).

Este estudo percorreu as etapas recomendadas por Ercole et al., (2014), sendo: a) identificar o tema de pesquisa e/ou questão de pesquisa; b) elencar os critérios de inclusão e exclusão dos estudos; c) definir o que se busca encontrar nos artigos, ou seja, quais as informações são relevantes para a pesquisa; d) avaliar os estudos elegíveis; e) interpretar os resultados; f) apresentar os resultados da revisão.

### **1.3 Procedimentos**

Buscando responder à questão: “Como tem sido a vivência das gestantes e dos profissionais que atuam no programa de acompanhamento do período pré-natal na rede pública de saúde brasileira?” através do Portal de Periódico da Capes foram acessadas as seguintes bases de dados: Pubmed/ Medline, Scielo Brasil, BVS-Psi, Literatura Latino Americano e do Caribe em Ciência da Saúde LILACS, Periódicos Eletrônicos da Psicologia PEPSIC, American

Psychological Association- PsycInfo com a utilização dos descritores: a) “cuidado AND pré-natal AND gravidez AND vivência”; b) “cuidado pré-natal AND gravidez AND experiência”; c) “cuidado; pré-natal AND equipe AND vivência” e d) “cuidado AND pré-natal AND equipe AND experiência”. Foram considerados artigos publicados em português, inglês e espanhol e os termos utilizados consultados previamente na Terminologia em Psicologia disponível na BVS-Psi. Todo esse processo foi desenvolvido mediante a estratégia PICO<sup>3</sup>, conforme ilustrada na tabela 1.

**Tabela 1 – Estratégia PICO aplicada em pesquisa qualitativa**

		<b>Descritores</b>
<b>P- População/ Paciente/Problema</b>	Profissionais e Gestantes	Gestante Equipe Gravidez
<b>I -Fenômeno de Interesse</b>	Vivências de profissionais e gestantes no período pré-natal	Vivência Experiência
<b>Co- Contexto</b>	Programa do período pré-natal da rede pública de saúde brasileira	Pré-natal Cuidado

*Fonte:* elaborado pela pesquisadora

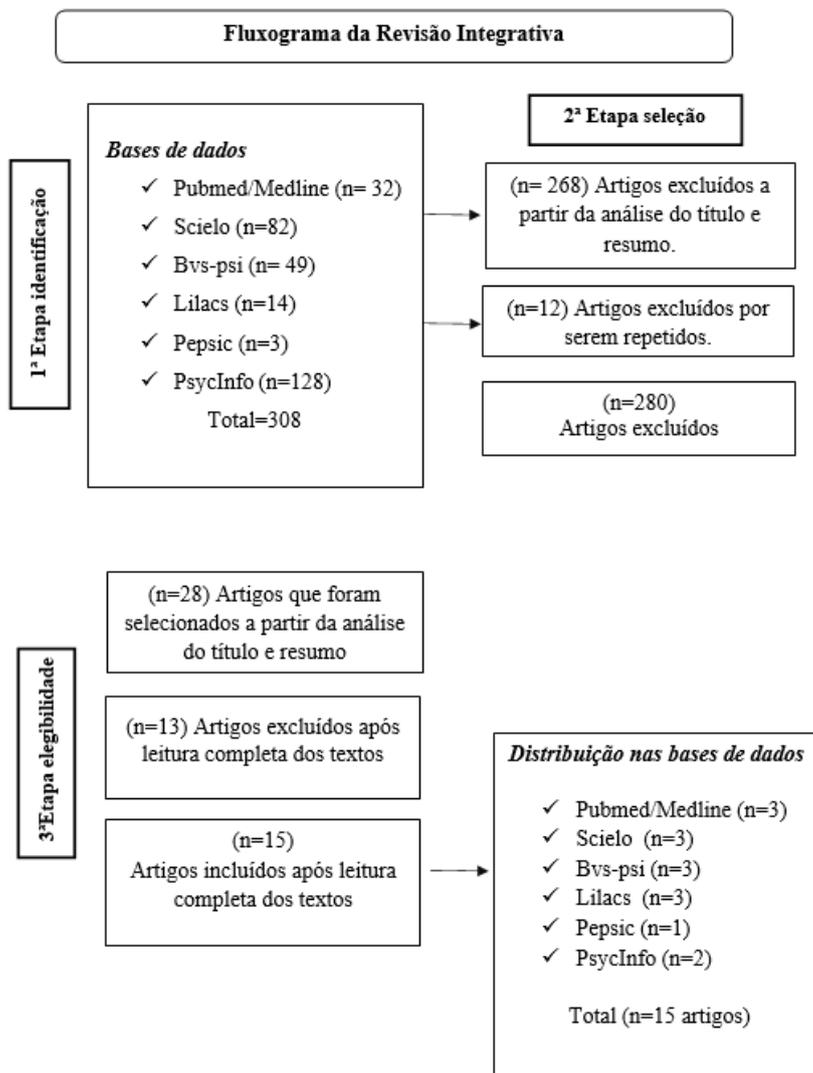
No primeiro momento aplicaram-se os filtros relacionados aos critérios de inclusão: a) artigos publicados no período de 2012 a 2023; b) revisados por pares; c) pesquisas brasileiras;

<sup>3</sup>A estratégia PICO é um modelo de estruturação para a elaboração da pergunta que será respondida com a pesquisa. PICO representa um acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação e “Outcomes” (desfecho) (Mamédio, Pimenta & Nobres, 2007). PICO é adaptação da estratégia em que o P (população), I (fenômeno de interesse), a utilização do Co (contexto do estudo. Indicando assim, que o CO-desfecho não faz parte da estratégia desta pesquisa). (Galvão, Pereira & Gomes, 2014).

d) pesquisas empíricas. Foram encontrados 308 artigos distribuídos nas bases de dados, lustrados no fluxograma na figura 1.

**Figura 1**

*Fluxograma da revisão*



*Fonte:* elaborado pelas autoras, 2023

Após a aplicação dos critérios de exclusão: a) teses, dissertações, revisões da literatura; b) artigos que não respondessem à questão da pesquisa; c) artigos repetidos, foram selecionados 12 artigos.

O início da seleção dos artigos se deu com a leitura dos títulos e dos resumos. Posteriormente, os artigos selecionados foram lidos na íntegra, compondo assim um *corpus* de 12 artigos que atenderam a todos os critérios de seleção.

Como procedimento de análise, buscou-se conhecer os elementos que constituem a experiência dos profissionais e das gestantes em relação à atenção e ao cuidado disponibilizados durante o acompanhamento pelo programa de assistência ao período pré-natal. Em seguida, sistematizaram-se as áreas de publicações dos artigos e descreveram as amostras e o enfoque dado em cada estudo relacionado ao tema investigado. Por fim, foi possível construir categorias temáticas que desvelaram a experiência vivida por profissionais e gestantes ao longo do programa de acompanhamento do período pré-natal.

#### **1.4 Resultados**

Todos os artigos selecionados foram estudos empíricos e estão distribuídos nas seguintes áreas: quatro artigos da área de enfermagem, três da área de psicologia, dois da área de medicina, dois da área de saúde coletiva e um da área de saúde pública. Dos doze artigos, dez foram publicados em língua portuguesa, um em inglês e um em espanhol.

Dois artigos se referiam ao acompanhamento do ciclo gestacional para adolescentes (M. Santos et al., 2012; Del Risco-Sanchez et al., 2021). Somente Del Risco-Sanchez et al. (2021) se dedicaram a compreender a percepção de diferentes profissionais sobre as boas práticas no cuidado ao ciclo gestacional para adolescentes. Dois artigos investigaram o cuidado no ciclo gestacional à paciente de alto risco a partir da percepção das gestantes em torno da atenção e cuidado recebidos. Pereira et al., 2016; Medeiros et al., 2019; Henriques et al., 2015 estudaram a atenção em grupo de gestantes como prática complementar do acompanhamento do período pré-natal. Os demais (R. Silva et al., 2012; Piccinini et al., 2012; Gonçalves et al., 2016; A. Silva et al., 2018; C. Silva & Pegoraro, 2018; L. Santos et al., 2018; V. Andrade et al., 2019)

investigaram o cuidado a pacientes de risco habitual a partir da perspectiva das gestantes.

Nenhum artigo teve a sua amostra composta por gestantes e profissionais de uma mesma UBS. Somente um artigo menciona o agente comunitário de saúde (R. Silva et al., 2012). Nenhum artigo se refere à vivência do cuidado prestado pelo dentista que também integra a equipe multiprofissional de saúde e proporciona serviços de atenção bucal durante o acompanhamento do período pré-natal. Apenas dois artigos mencionam o profissional da área de nutrição (M. Santos et al., 2012; Pereira et al., 2016) e um artigo menciona o profissional da área da assistência social (Pereira, et al., 2016). Quatro artigos citam o psicólogo (Piccinini et al., 2012; A. Silva & Pegoraro, 2018; V. Andrade et al., 2019; Pereira et al., 2016), mas nenhum deles investigou a vivência do cuidado prestado por este profissional, seja na perspectiva das gestantes ou dos próprios psicólogos.

Foi possível elencar algumas características dos estudos por área de publicação: os artigos publicados pela área da enfermagem são de L. Santos et al. (2018) que realizaram uma entrevista semiestruturada com 17 mulheres, em Palmas, Tocantins. Já A. Silva et al. (2018) entrevistaram 12 mulheres assistidas em uma UBS da cidade de Niterói, Rio de Janeiro, buscando conhecer os valores subjetivos expressos pelas gestantes sobre o programa de acompanhamento do período pré-natal. A pesquisa de Gonçalves et al. (2016) teve a sua amostra composta por 83 enfermeiros do sul do estado do Espírito Santo, objetivando identificar as atitudes dos enfermeiros na atenção às gestantes de baixo risco a partir de entrevistas semiestruturadas. Medeiros et al. (2019) realizaram uma pesquisa em uma maternidade pública do Sul do Brasil, referência em assistência à gestação de alto risco, com 319 mulheres. A coleta dos dados aconteceu via transcrição das informações contidas no cartão de acompanhamento do período pré-natal, prontuário hospitalar e uma entrevista semiestruturada com as gestantes de alto risco que acabaram de realizar o parto no hospital maternidade.

Ambos os estudos da área da enfermagem apontam para a predominância do modelo

biomédico na atenção ao acompanhamento do período pré-natal, seja em gestantes de risco habitual ou naquelas de alto risco e evidenciam dificuldades na comunicação e nas relações interpessoais entre a equipe e as gestantes.

Os estudos da área de psicologia diferem dos demais pelo interesse por compreender a vivência e a percepção das gestantes sobre o programa de acompanhamento do período pré-natal levando em consideração o cuidado com os aspectos emocionais (Piccinini et al., 2012; C. Silva & Pegoraro, 2018; V. Andrade et al., 2019). Esses estudos corroboraram que se dá pouca atenção às vivências emocionais no acompanhamento às gestantes e revelaram a necessidade, apontada por elas, do cuidado para com a saúde mental durante o ciclo gestacional. O estudo de Piccinini et al. (2012) foi composto por uma amostra de 36 mulheres assistidas em diferentes UBS da Cidade de Porto Alegre. Já C. Silva e Pegoraro (2018) realizaram entrevistas semiestruturadas com 11 mulheres do Município de Uberlândia, Minas Gerais. V. Andrade et al. (2019) investigaram as vivências da assistência no programa de acompanhamento do período pré-natal em duas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, por meio de entrevistas abertas.

As pesquisas da área da saúde coletiva foram realizadas por R. Silva et al. (2012) e M. Santos et al. (2012) que se dedicaram a compreender as vivências das relações intersubjetivas estabelecidas entre equipe e gestantes. Os dois estudos corroboram a concepção de que a boa assistência é aquela em que há diálogo, relações afetivas empáticas entre equipe e gestantes. No entanto, essas atitudes estiveram ausentes das experiências das gestantes participantes das pesquisas. R. Silva et al. (2012) realizaram o estudo em nove UBS do Município de Juazeiro do Norte, Ceará, por meio da observação dos atendimentos e registros em diários de campo. M. Santos et al. (2012) observaram os atendimentos individuais e em grupos ao longo do acompanhamento do período pré-natal de uma maternidade situada na cidade do Rio de Janeiro.

A área da medicina foi representada pelo estudo de Pereira, et al. (2016) feito com 15

gestantes de alto risco, no Ceará. Os pesquisadores investigaram os sentimentos e as perspectivas do atendimento durante o acompanhamento do período pré-natal com gestantes de alto risco, dialogando sobre a prática e a conduta dos profissionais. Del Risco-Sanchez et al. (2021) realizaram entrevistas semiestruturadas e grupo focal com dez profissionais de diferentes especialidades, em um hospital universitário da rede pública, em Campinas, São Paulo.

A pesquisa realizada na área da saúde pública por Henriques et al. (2015), no Município de Picuí, Paraíba, com grupos de gestantes em UBS contou com oito participantes mulheres. Os autores realizaram entrevistas semiestruturadas para conhecerem a percepção das gestantes sobre o grupo de grávidas como atividade complementar ao acompanhamento do período pré-natal

**Tabela 2 – Principais características dos estudos selecionados**

<b>Autor e ano</b>	<b>Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Método</b>	<b>Periódico</b>
R. Silva et al. (2012)	Cartografia do cuidado na saúde da gestante.	Mapear a trajetória do cuidado à gestante no serviço da Atenção Básica	Qualitativo com a utilização da cartografia	Ciência & saúde coletiva
M. Santos et al. (2012)	A relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescente gestante: distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humanizada	Analisar as relações entre profissionais de saúde e adolescentes gestantes nos espaços do programa de pré-natal de uma	Qualitativo apoiada na vertente interpretativa (os autores não discorrem sobre qual perspectiva interpretativa se trata).	Ciência & saúde coletiva

		maternidade pública do município do Rio de Janeiro.		
Piccinini et al. (2012)	Percepções e Sentimentos de Gestantes sobre o Pré-natal	Investigar as percepções e os sentimentos de gestantes sobre a assistência pré-natal e se as demandas emocionais eram consideradas no atendimento.	Qualitativa	Psicologia, teoria e pesquisa.
Henriques et al. (2015)	Grupo de gestantes: contribuições e potencialidades na complementaridade da assistência pré-natal	Verificar as contribuições e potencialidades de um grupo de gestantes enquanto subsídio complementar à assistência pré-natal	Exploratória com abordagem qualitativa	Revista Brasileira em Promoção da Saúde (RBPS)
Gonçalves et al. (2016)	Atenção ao pré-natal de baixo risco: atitudes dos enfermeiros da estratégia saúde da família	identificar as atitudes dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na atenção ao pré-natal de baixo risco	Qualiquantitativa e recorte transversa	Revista Enfermagem UERJ
Pereira et al. (2016)	Percepção de gestantes diante das	Identificar a percepção das	Estudo descritivo-exploratório com	International

	dificuldades de acesso ao pré-natal de alto risco.	gestantes diante da descoberta da gestação de alto risco e as dificuldades de acesso ao pré-natal de alto risco.	abordagem qualitativa.	Archives of Medicine
A. Silva et al. (2018)	A humanização do cuidado pré-natal na perspectiva valorativa das mulheres gestantes.	Identificar e analisar os valores expressos nos discursos das mulheres/gestantes acompanhadas no Programa de Pré-Natal, a respeito da assistência recebida.	Estudo fenomenológico Qualitativa	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental
C. Silva & Pegoraro (2018)	A Vivência do Acompanhamento Pré-Natal Segundo Mulheres Assistidas na Rede Pública de Saúde	Compreender a vivência do acompanhamento pré-natal na perspectiva de mulheres assistidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).	Qualitativo	Revista Psicologia e Saúde
Santos et al. (2018)	Características do pré-natal na perspectiva de mulheres atendidas em unidades de atenção primária à saúde	Descrever as características da assistência pré-natal na perspectiva das usuárias do serviço em Unidades de	Qualitativo, descritivo, exploratório	Revista de Enfermagem UFPE on-line

Atenção Primária à Saúde.				
V. Andrade et al. (2019)	A Percepção da Gestante sobre a Qualidade do Atendimento Pré-Natal em UBS, Campo Grande, MS	Contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do município de Campo Grande, MS, construindo saberes segundo a percepção da gestante.	Descritivo exploratório de natureza qualitativa	Revista Psicologia e Saúde
Medeiros et al. (2019)	Acompanhamento pré-natal da gestação de alto risco no serviço público	Analisar o acompanhamento pré-natal da gestação de alto risco no serviço público.	estudo transversal analítico	Revista Brasileira de Enfermagem Reben
Del Risco-Sánchez et al. (2021)	Boas práticas no pré-natal de gestantes adolescentes: perspectivas dos profissionais de saúde.	Sistematizar boas práticas de pré-natal em um serviço de referência para gestantes adolescentes de Campinas, São Paulo, Brasil, na perspectiva dos profissionais de	Qualitativo	Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología

*Fonte:* Elaborada pelas autoras.

O material selecionado gerou algumas categorias temáticas, que apresentam vivências significativas em relação ao cuidado durante o período gestacional.

### **1.5 Discussão**

Organizaram-se três categorias que apresentam alguns elementos da experiência dos profissionais e das gestantes relacionados ao cuidado ofertado durante o programa de acompanhamento do período pré-natal pelo sistema público de saúde brasileira: 1) As relações intersubjetivas no ciclo gestacional; 2) O Sistema Público de Saúde (SUS) e a qualidade da assistência, e 3) Práticas educativas de assistência durante o ciclo gestacional.

### **1.6 As relações intersubjetivas no ciclo gestacional**

As relações interpessoais são importantes na vivência do cuidado no contexto do programa de acompanhamento do período pré-natal. As relações intersubjetivas percebidas pelas gestantes como positivas representaram uma experiência significativa para a efetivação do cuidado e promoveram adesão ao programa e aos procedimentos técnicos-laboratoriais. No entanto, as relações vividas entre profissionais e gestantes não parecem primar por atitudes de empatia e horizontalidade por parte dos primeiros, ocasionando uma prática assistencial na qual predomina uma postura pedagógica impositiva por parte dos profissionais que se justificam pela intenção de fornecer orientação (M. Santos et al., 2012; R. Silva et al., 2012; Piccinini et al., 2012).

Constata-se nos artigos selecionados haver dificuldades para estabelecer uma relação positiva entre equipe e gestantes, com comunicação afetiva e efetiva, com consideração aos

aspectos subjetivos da experiência pessoal do gestar para poderem contribuir para uma assistência integral. A ausência de uma relação de boa qualidade compromete a oferta de boas práticas clínicas integradas, com o necessário apoio emocional às gestantes, facilitado pelos profissionais, por meio de relações intersubjetivas (Piccinini et al., 2012; R. Silva et al., 2012, L. Santos et al., 2018; A. Silva et al., 2018; Del Risco-Sanchez et al., 2021).

Gonçalves et al. (2016) revelaram atitudes de persistência, habilidades interpessoais, como comunicação, escuta e conhecimento do profissional da enfermagem no programa de acompanhamento do período pré-natal como favoráveis para a realização do acolhimento e do estabelecimento de vínculo. É preciso persistência do enfermeiro para acolher as gestantes e um bom conhecimento prático para a construção do vínculo.

Os estudos de Piccinini et al., (2012) e R. Silva et al., (2012) apontaram que os profissionais da saúde, em especial, o médico, são considerados pelas gestantes como referências para elucidações acerca dos aspectos relativos à saúde da gestante e do bebê. Para que possam confiar no médico e na equipe é necessário um bom relacionamento que promova adesão das pacientes às orientações e aos conhecimentos disponibilizados, contribuindo para poderem rever suas próprias rotinas de autocuidado e os significados que atribuem à gestação e ao parto. Entretanto, segundo A. Silva et al. (2018) as consultas com os médicos são percebidas pelas gestantes como momentos em que estes profissionais efetivam a entrega dos resultados dos exames, solicitam novos, realizam exames clínicos e fazem perguntas sobre sintomas físicos.

Observa-se a falta de diálogo na relação médico-paciente no sentido de abertura a uma escuta desse profissional a outros aspectos vividos pela gestante para além das questões fisiológicas e daquelas relacionadas à saúde do feto. Soma-se a isso outro fator que dificulta o estabelecimento de uma relação interpessoal significativa e de qualidade: a dificuldade do médico em estabelecer uma relação empática com as gestantes, em decorrência de sua formação

e de aspectos pessoais.

Quando a gestação é de alto risco, a figura do médico ganha ainda mais destaque e relevância para as gestantes. A vivência de uma gestação de alto risco acarreta medos, angústia e insegurança, portanto, uma boa relação entre médico e paciente é necessária para esclarecer dúvidas e acolher esses sentimentos. Contudo, as participantes do estudo de Pereira et al. (2016) desconheciam as causas que as levaram a serem diagnosticadas como tendo uma gravidez de alto risco, pois os médicos não as esclareceram de maneira compreensível sobre porque estavam assim caracterizadas.

Medeiros et al. (2019) concluíram que 87% das gestantes de alto risco participantes do estudo conheciam os motivos do encaminhamento para o acompanhamento do período pré-natal de alto risco, pois estava escrito no cartão de pré-natal delas, no entanto, de modo geral, que as informações fornecidas eram insuficientes, pois estavam relacionadas aos aspectos fisiológicos e aos exames, não levando em conta suas dúvidas e demandas emocionais.

Ambos os estudos salientam os entraves na comunicação entre a equipe e as gestantes de alto risco, dificultando a elaboração, a organização e a ressignificação emocional desta experiência por parte delas. Uma comunicação qualificada e efetiva é basilar no contexto da saúde para o paciente desenvolver autonomia e autocuidado em seu processo de saúde e doença, no caso das gestantes, no processo gravídico puerperal (Medeiros et al., 2019).

A atenção e o cuidado vividos durante o acompanhamento do período pré-natal por adolescentes se assemelham com as do pré-natal de risco habitual e de alto risco no que se refere às relações intersubjetivas e modelo de atenção biomédico. Segundo M. Santos et al. (2012) há a prevalência de fatores negativos no programa de acompanhamento do período pré-natal ofertado às adolescentes, com a predominância do modelo de atenção tecnocrático em detrimento dos fatores de ordem psicossocioculturais que perpassam o gestar nessa fase da vida.

As gestantes assistidas pelas UBS comumente não são encaminhadas pela sua condição

de gravidez na adolescência para um programa de acompanhamento do período pré-natal especializado nessa fase do desenvolvimento, embora em algumas regiões do Brasil haja espaços especializado de atenção na rede pública de saúde. Os profissionais em sua maioria possuem uma formação generalista no que tange à atenção ao acompanhamento do período pré-natal. De modo geral, cabe aos profissionais e às equipes das UBS buscarem conhecer a realidade psicossocial e cultural do gestar na adolescência para melhorias na oferta do acompanhamento do período pré-natal para essa população.

Os dados sobre as vivências dos profissionais no atendimento às gestantes adolescentes contrastam com as vivências das próprias adolescentes, segundo M. Santos et al. (2012). No estudo de Del Risco-Sanchez et al. (2021), os profissionais participantes da pesquisa revelaram ter consideração com o fato de que gestar na adolescência demanda um acompanhamento que considere os fatores psicossocioculturais e ponderaram sobre a necessidade de reflexões sobre a hiper sexualização das adolescentes pelos adultos, a compreensão das questões intergeracionais da maternidade precoce, as questões escolares, o convívio com os pares e o início da atividade sexual.

Os profissionais que participaram daquela pesquisa demonstraram ainda conhecimento de que a adolescência por si só é um momento de mudanças, de busca por uma identidade, e que, quando coincide com a gestação, resulta em uma experiência de profundas transformações em um momento de crise vital no processo de desenvolvimento. Desta maneira, estão atentos para poderem disponibilizar um cuidado sensível e centrado nas especificidades das usuárias (Del Risco-Sanchez et al., 2021).

Deve-se salientar, no entanto, que o estudo de Del Risco-Sanchez et al. (2021) foi realizado com profissionais que em sua maioria eram especializados no atendimento a adolescentes, em um contexto capacitado para o atendimento às gestantes adolescentes, num hospital universitário, ao passo que o estudo de M. Santos et al. (2012) ocorreu no programa de

acompanhamento do período pré-natal de uma maternidade com profissionais que atendem tanto gestantes de risco habitual quanto aquelas de alto risco e adolescentes gestantes. Nesse sentido, considerou-se relevante a realização de novos estudos que privilegiem uma escuta diferenciada à equipe de saúde e às usuárias, preferencialmente na mesma UBS.

Alguns dos estudos discutidos nesta revisão (Piccinini et al., 2012; R. Silva et al., 2012; Pereira et al., 2016; L. Santos et al., 2018; A. Silva et al., 2018; V. Andrade et al. 2019; Del Risco-Sanchez et al., 2021) compartilham de um posicionamento teórico que considera a gravidez como uma vivência que envolve mudanças físicas, psicológicas, sociais e familiares de forma a tornar importante o cuidado com a saúde mental das gestantes.

Caracterizaram o acompanhamento ao ciclo gestacional para além do âmbito do cuidado com as questões fisiológicas, entendendo que ele se configura como um espaço de acolhimento às emoções e aos sentimentos das gestantes. Reconhecem que relações equipe-gestantes pautadas por uma escuta qualificada e sensível por parte dos profissionais, por atitudes de acolhimento das incertezas e da angústia, são facilitadoras para a manifestação por parte das pacientes de sentimentos intensos, negativos, confusos ou desorganizadores. Da mesma forma, possibilitam o compartilhamento de alegrias, expectativas positivas e fantasias a respeito do parto e do encontro com o bebê recém-nascido.

Foi possível constatar também, a partir dos estudos selecionadas nessa revisão que há uma predominância na assistência ao acompanhamento do período pré-natal de fatores fisiológicos e de um distanciamento da equipe em relação à subjetividade singular de cada gestante. Os profissionais assumem uma conduta biologicista, direcionando-se exclusivamente à saúde da criança, deixando de lado as necessidades psicossociais das futuras mães (M. Santos et al., 2012; L. Santos et al., 2018).

Observou-se, ainda, a utilização de diferentes nomenclaturas por parte dos autores das pesquisas selecionadas para se referirem à escuta e à comunicação como tecnologias leves do

cuidado, preconizadas pelo Ministério da Saúde (2013b) e OMS (2016). No anseio de expressarem e sistematizarem uma prática clínica embasada no contato e no estabelecimento de um cuidado humanizado e integral, empregam nas suas discussões diversos termos como: “autêntica escuta interessada”, “escuta qualificada”, “escuta atenta”, “comunicação afetiva e efetiva”, “escuta terapêutica atenta”, “escuta sensível,” sem se preocuparem em definir com clareza cada um deles (M. Santos et al., 2012; L. Santos et al., 2018; A. Silva et al., 2018; V. Andrade et al., 2019).

Nessa acepção, os artigos confluem para pouca utilização da escuta como uma tecnologia do cuidado, havendo pouca consideração ao potencial da escuta para a constituição do vínculo. Além do mais, o vínculo é uma vivência para além da adesão e inserção das usuárias no programa de acompanhamento do período pré-natal (M. Santos et al., 2018; A. Silva et al., 2018; V. Andrade et al., 2019). Conseqüentemente, a disponibilidade e a qualidade do atendimento, sob a forma de atitudes de escuta e acolhimento, durante este período, ficam comprometidas, tornando-se preocupantes, uma vez que se constituem em elementos essenciais para o estabelecimento de um bom vínculo, preconizado pelo SUS na Atenção Básica de Saúde (Pereira et al., 2016).

### **1.7 O Sistema Público de Saúde (SUS) e a qualidade da assistência**

A vivência de serem acompanhadas durante o ciclo gestacional pela rede pública de saúde se revelou como um aspecto percebido pelas gestantes como não satisfatório quanto aos relacionamentos interpessoais desenvolvidos com os membros das equipes de saúde, tanto em função da organização do serviço como pela qualidade da assistência. Segundo M. Santos et al. (2012), R. Silva et al., (2012), Piccinini et al. (2012), C. Silva e Pegoraro, (2018) as gestantes desconfiam do processo de acompanhamento ofertado pelas UBS, via sistema SUS, por terem a sensação de que quando são bem atendidas e bem acompanhadas é porque tiveram sorte. De

modo geral, as consultas e demais acompanhamentos foram avaliados como insuficientes pelas gestantes. Elas percebem a rede privada de saúde como tendo maior qualidade, resolutividade nos exames e procedimentos necessários no transcorrer da gestação e do parto.

V. Andrade et al. (2019) elencaram três dificuldades no acompanhamento da rede pública de saúde: no acesso à primeira consulta, tempo de espera exacerbado e ausência de vínculo com os profissionais que realizam a assistência. Mesmo as gestantes de alto risco enfrentam uma longa fila de espera por uma atenção especializada no acompanhamento do período pré-natal. Para Pereira et al. (2016), no acompanhamento a gestantes de alto risco, o olhar atento dos profissionais se faz preciso não só para diagnosticar precocemente, mas, igualmente, para realizar as solicitações dos encaminhamentos e cobrar dos responsáveis a adesão o mais rápido possível destas gestantes, para que se possa assegurar os princípios de equidade, universalidade e integralidade. Outro fator evidenciado é a precariedade da estrutura física e a má gestão dos equipamentos de saúde que tem se mostrado deficitária, embora os espaços de atendimento sejam considerados aseados. Faz-se necessário maior organização e utensílios básicos, como cadeiras, papel higiênico, entre outros, pois isso traz a sensação de maior organização para as gestantes (M. Santos et al., 2018; C. Silva & Pegoraro, 2018).

Somada a tais questões, a troca/alta rotatividade dos médicos nas UBS gera insegurança e desconforto às gestantes. Com um número mínimo de profissionais de saúde para compor cada equipe, o atendimento contínuo e regular é inviabilizado, tornando-se fragmentado e inadequado. Os agendamentos das consultas durante o ciclo gestacional limitados a um único dia da semana, por ordem de chegada, também provocam a sensação nas gestantes de um atendimento rápido e sem profundidade, acarretando experiências negativas (M. Santos et al., 2018).

### **1.8 Práticas educativas de assistência durante o ciclo gestacional**

Constatou-se a adoção de práticas profissionais na assistência de cunho educativo baseado numa relação hierárquica entre quem sabe – especialista – e quem nada sabe – o paciente. As práticas se apresentaram como técnicas em sua grande maioria, resultando em um baixo aproveitamento das consultas como espaço privilegiado para a educação em saúde e cuidado integral (M. Santos et al., 2012; R. Silva et al., 2012). Nessa acepção, V. Andrade et al. (2019) ressaltam que as práticas educativas devem ocorrer para além de informar, com aproximação entre os profissionais e as gestantes, visando à promoção de saúde e à assistência humanizada.

São poucos os profissionais que pautam as suas ações educativas a partir de uma abordagem integral e humanizada que se distancie das práticas hegemônicas em saúde e se aproxime de uma postura em que a presença ativa e disponível do profissional está centrada nas demandas das usuárias, com trocas dialógicas e facilitação da autonomia das gestantes (V. Andrade et al., 2019).

A prática de educação em saúde é uma ação importante durante o ciclo gestacional, sendo um dos profissionais responsáveis por esse fazer, o enfermeiro. Gonçalves et al. (2016) destacam que o profissional da enfermagem precisa conhecer a comunidade onde está inserida a UBS para a realização de um programa de educação em saúde contextualizada.

O espaço em grupo é uma ação importante de assistência complementar ao programa de acompanhamento do período pré-natal. Este aspecto foi evidenciado em diferentes estudos (A. Santos, Souders & Baião, 2012; R. Silva et al., 2012; Piccinini et al., 2012; Henriques et al., 2015; C. Silva & Pegoraro, 2018; V. Andrade et al., 2019) que consideram a intervenção em grupo como exitosa e importante. Henriques et al. (2015) concluíram que o grupo de gestantes possui potencialidades para uma atenção dinâmica e promove a saúde das gestantes tanto no âmbito individual como coletivo.

No entanto, o grupo não pode ser compreendido apenas como uma possibilidade de práticas educativas, constituindo-se, também, como um espaço propício a compartilhamento de experiências, diálogos e ressignificação de vivências pessoais, ou seja, como uma intervenção de atenção psicológica. Porém, A. Santos, Souders & Baião (2012); C. Silva & Pegoraro (2018) observaram que a atenção integral em atividades grupais durante o acompanhamento do período pré-natal, quando são ofertadas, o são exclusivamente por profissionais da área de saúde mental.

As gestantes consideram importante e relevante os atendimentos realizados por profissionais com formação em saúde mental. Por exemplo, elas diferenciam as ações dos psicólogos das demais práticas exercidas por outros profissionais das UBS e instituições hospitalares. Contudo, entendem que precisam buscar o atendimento psicológico em outros espaços, pois são raras as ocasiões em que os demais profissionais das equipes de saúde acolhem as suas emoções e angústias e atentam para os aspectos emocionais do gestar e parir para além de práticas de orientação e assistência protocolar (Piccinini et al., 2012).

Os estudos inseridos nesta revisão evidenciaram que o grupo em sua maioria é permeado por intervenções e discussões acerca do momento do parto, cuidados com o bebê e inserção paterna, no entanto, são poucos os grupos em que há a consideração sobre os aspectos psicológicos da mulher grávida. Para V. Andrade et al. (2019) isso faz com que as gestantes reconheçam o programa de acompanhamento do período pré-natal como algo restrito somente a uma assistência para com a sua saúde e do feto nas dimensões fisiológicas, de prevenção e tratamento de doenças, com poucas vivências de promoção de saúde.

## **1.9 Considerações finais**

Conclui-se, então, que com essa revisão integrativa que a experiência vivida por mulheres gestantes em relação ao processo de assistência durante o ciclo gestacional na rede pública de saúde brasileira é caracterizada por: 1) dificuldades no estabelecimento de relações

intersubjetivas positivas em decorrência da predominância do modelo biomédico; 2) insegurança em relação ao programa de acompanhamento do período pré-natal ofertado pelo SUS que é avaliado negativamente pelas gestantes; 3) práticas assistenciais desenvolvidas sob a forma de orientações quanto à saúde da mulher e do feto, com ausência de atenção e acolhimento às vivências psicológicas e aos aspectos subjetivos do gestar e parir.

Em decorrência da predominância do modelo biomédico, a figura do médico é tida como o profissional de referência para informar sobre a saúde do bebê, realizações de exames clínicos, leituras de resultados de exames e avaliação dos aspectos saudáveis da gestação. Dificuldades no estabelecimento de relações intersubjetivas de qualidade acarretam numa assistência não centrada nas gestantes de modo integral, indo assim na contramão da assistência recomendada. A adoção de relações hierarquizadas faz com que as práticas da equipe de saúde estejam desconectadas das necessidades das gestantes e a comunicação não aconteça.

Os elementos trazidos pelas usuárias ao avaliarem negativamente o programa de acompanhamento do período pré-natal da rede pública de saúde apontam para a não efetivação da diretriz da ambiência do espaço de cuidado, preconizada pela Política Nacional de Humanização (PNH). A ambiência abarca o espaço físico, social, profissional e relacional, e deve estar sintonizada com o objetivo de uma atenção resolutiva e acolhedora. Ademais, a Política Nacional de Humanização (PNH) resguarda a valorização da ambiência a partir da transversalidade, indissociabilidade da atenção e da gestão. Assim, preza pelo espaço físico de confortabilidade, sendo este espaço uma ferramenta facilitadora do trabalho e *locus* de encontro entre as pessoas (Ministério da Saúde, 2004b).

No que tange às práticas e ações educativas presentes na assistência ao acompanhamento do período pré-natal, considera-se que tais práticas são uma ferramenta de assistência importante no contexto da saúde, porém, precisam estar articuladas com as necessidades das gestantes e levar em consideração os aspectos psicológicos, relacionais,

culturais, dentre outros, vividos ao longo de uma gestação. Portanto, identificaram-se dificuldades no estabelecimento e realização de práticas dialógicas e intersubjetivas do cuidado.

Empregou-se o termo “práticas dialógicas e intersubjetivas do cuidado” para se referir à construção e à efetivação de uma atenção que considere a integralidade da pessoa. A dialogicidade da prática é compreendida como aquela que se dá por meio da participação ativa dos usuários. O conceito de relação dialógica aqui empregado está vinculado à proposta do filósofo Buber (1982) sobre a relação – **eu** (paciente) – **tu** (equipe), permeada por um encontro genuíno entre pessoas em igualdade de condição, num contexto relacional de corresponsabilização. A intersubjetividade se revela mediante uma consideração para com as manifestações singulares da subjetividade das gestantes consideradas em sua alteridade.

O termo “cuidado” busca conceber as práticas profissionais da equipe de saúde para além da assistência em sua acepção mais tradicional, isto é, como ações e procedimentos técnicos. O cuidado num sentido mais amplo e interpessoal caracteriza-se por uma relação íntima, intersubjetiva, dialógica, vivenciada entre quem cuida e quem é cuidado (Oliveira & V. Cury, 2020).

Os estudos selecionados para esta revisão apontaram problemas semelhantes vivenciados pelas gestantes em relação ao programa de acompanhamento do período pré-natal em diferentes regiões do Brasil. Considerou-se como fator limitador deste estudo o fato de haver apenas um artigo incluído nesta revisão que relatava a percepção dos profissionais e nenhum estudo foi encontrado que incluísse como participantes membros da equipe de profissionais e gestantes. Assim, nesta revisão integrativa não foi possível descrever a articulação entre as vivências dos profissionais e das gestantes. Outrossim, considerou-se necessária e pertinente a realização de pesquisas que abarquem as diferentes especialidades que compõem a equipe de profissionais da rede de saúde pública, preconizada pelo Ministério da Saúde brasileiro, para este tipo de programa de acompanhamento do período pré-natal, para que se possa compreender

a assistência de modo mais abrangente, para além das práticas biomédicas, considerando os elementos significativos das vivências dos diferentes profissionais envolvidos.

## **2. BASES PSICOLÓGICAS E FENOMENOLÓGICAS PARA UMA COMPREENSÃO SOBRE A EXPERIÊNCIA VIVIDA E AS RELAÇÕES INTERSUBJETIVAS**

Este capítulo apresenta a Abordagem Centrada na Pessoa, ACP, que norteou a compreensão psicológica dos elementos significativos que consistiram nos resultados desta pesquisa e a compreensão sobre subjetividade, vivência e experiência, conceitos-chave deste estudo. Iniciar-se-á com uma breve apresentação dos princípios teóricos da Abordagem Centrada na Pessoa sobre as relações interpessoais e, em seguida, será efetivada uma contextualização dos conceitos.

### **2.1 Abordagem Centrada na Pessoa e as relações interpessoais**

Abordagem Centrada na Pessoa foi criada e desenvolvida pelo psicólogo norte-americano Carl Ransom Rogers entre as décadas de 1950 e 1980. A Abordagem Centrada na Pessoa é uma abordagem psicológica que se desenvolveu no contexto da Psicologia Humanista norte-americana, definida pelo próprio Rogers como “(...) um ponto de vista, uma filosofia, um modo de ver a vida, um modo de ser, que se aplica a qualquer situação onde o crescimento de uma pessoa, de um grupo, de uma comunidade faça parte dos objetivos” (Rogers, 1986, p. 3). No início, Rogers esteve interessado, principalmente, em descrever e compreender a relação terapeuta-cliente no contexto da psicoterapia individual, pois concluiu a partir de sua experiência clínica que a relação é o elemento que desencadeia e mantém o processo terapêutico, ao possibilitar ao cliente vivenciar sem ameaças externas, num ambiente facilitador, as suas experiências, atualizando seus significados. Ao obter seu PhD em Psicologia Clínica pela Universidade de Columbia nos Estados Unidos, Rogers dedicou-se à psicoterapia individual durante os doze anos em que trabalhou no Child Center no estado de Rochester, mas,

gradualmente, foi percebendo que suas hipóteses clínicas poderiam ser também aplicáveis aos grupos de encontro e aos encontros de comunidade. Assim, ampliou os princípios da Terapia Centrada no Cliente, considerando-a um posicionamento ético e político sobre as relações humanas como um todo, uma proposta sobre um jeito de ser em contextos sociais e culturais (Amatuzzi, 2012). A denominação Abordagem Centrada na Pessoa, substituiu a partir da década de setenta do século XX a denominação anterior, Terapia Centrada no Cliente.

Para Amatuzzi (2012), Rogers assumiu um posicionamento radical ao afirmar que em uma relação de ajuda psicológica, devemos abandonar as técnicas, os procedimentos protocolares padronizados e as estratégias pré-estabelecidas para assumirmos o papel de um facilitador para o encontro do outro consigo mesmo num processo de autoconhecimento que potencializa o crescimento psicológico.

Nesse sentido, a Abordagem Centrada na Pessoa compreende o ser humano como dotado de uma *tendência à atualização* “(...) presente em cada organismo vivo; não importa em que nível filogenético, há um fluxo subjacente de movimento em direção à realização construtiva das possibilidades que lhe são inerentes”. A pessoa humana possui dentro de si amplos recursos para a autocompreensão; tendo a tendência para modificar os autoconceitos, as atitudes e seu comportamento autônomo. “(...) Há também nos seres humanos uma tendência natural a um desenvolvimento mais completo e mais complexo” (Rogers, 1987, p. 47).

Essa visão de homem enfatiza os aspectos saudáveis do ser humano e sua possibilidade inata para crescer e desenvolver-se tanto física quanto psicologicamente no sentido do amadurecimento e de uma maior complexidade. Assim, a pessoa tem potencialmente a capacidade e o impulso para compreender-se e ao mundo ao seu redor, munida de uma tendência inerente que a direciona a uma busca constante pelo bem-estar, autopreservação, autonomia e liberdade que só podem concretizar-se na convivência com outras pessoas, já que se trata de um organismo que ao nascer não é capaz de sobreviver sem receber atenção e

cuidados. As relações interpessoais são, portanto, a base e a motivação para que o processo de crescimento psicológico possa ser desencadeado no bebê e floresça ao longo da vida.

Em sua obra, “Tornar-se Pessoa,” inicialmente publicada em 1961, Rogers descreve o clima psicológico facilitador para o crescimento pessoal e para a liberação da tendência atualizante por meio de três atitudes por parte do psicoterapeuta: compreensão empática, consideração positiva incondicional e congruência ou autenticidade. Posteriormente, ele postulou que essas atitudes têm importância para além da relação terapêutica, podendo ser consideradas para diferentes contextos e situações nos quais o objetivo seja o desenvolvimento da pessoa (Rogers, 2000).

A primeira atitude proposta por Rogers, a compreensão empática, foi sendo lapidada conceitualmente, até que se chegou a esta nomenclatura. No livro “Psicoterapia e Consulta Psicológica”, publicado em 1942, Rogers não empregava ainda o termo empatia. Referia-se a uma “relação calorosa”, com uma capacidade de resposta por parte do terapeuta que se vê “envolvido afetivamente” em certa medida na relação com o cliente (Rogers, 1997).

No livro “Terapia Centrada no Cliente,” publicada em 1951, Rogers se refere a um “experimentar ativo”, “junto ao cliente” e afirma tratar-se de um esforço para entrar na pele do cliente, de modo a compreender como ele vive suas emoções e sentimentos (Rogers, 1992). Já na obra “Psicoterapia e Relações Humanas”, publicada em 1977, Rogers refere-se a empatia ou compreensão empática, descrevendo-a como a percepção acurada sobre a outra pessoa, sobre seus valores pessoais e simbolizações subjetivas. Utiliza a expressão “como se fosse” para se referir ao fato de que não se pode perder de vista que são sentimentos da outra pessoa, dos quais há aproximação e apreensão, mas não são os nossos sentimentos (Rogers & Kigent, 1977).

Na obra “Um Jeito de Ser”, uma de suas últimas, publicada em 1980, Rogers descreve a compreensão empática como a atitude de captar:

(...) com precisão os sentimentos e significados pessoais que o cliente está vivendo e

comunica essa compreensão ao cliente. Quando está em sua melhor forma, o terapeuta pode entrar tão profundamente no mundo interno do paciente que se torna capaz de esclarecer não só o significado daquilo que o cliente está consciente como também do que se encontra abaixo do nível de consciência. Este tipo de escuta ativa e sensível é extremamente raro em nossas vidas. Pensamos estar ouvindo, mas muito raramente ouvimos e compreendemos verdadeiramente, com real empatia (Rogers, 1987, p. 46).

Já a atitude de consideração positiva incondicional corresponde a uma aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos manifestados pelo cliente, inclusive as inconsistências e ambiguidades. Considerar a pessoa do cliente positiva e incondicionalmente refere-se a um apreço pela pessoa singularizada, permitindo-lhe ter seus próprios sentimentos e experiências (Wood, 2010).

Nas palavras de Rogers (1987, p. 45) trata-se de uma:

(...) atitude calorosa, positiva e de aceitação para com aquilo que *está* no seu cliente, isso facilita a mudança. Isto implica que o terapeuta esteja realmente pronto a aceitar o cliente, seja o que for que este esteja sentindo no momento — medo, confusão, desgosto, orgulho, cólera, ódio, amor, coragem, admiração. Significa que o terapeuta se preocupa com seu cliente de uma forma não-possessiva, que o aprecia mais na sua totalidade do que de uma forma condicional, que não se contenta com aceitar simplesmente o seu cliente quando este segue determinados caminhos e com desaprová-lo quando segue outros.

A terceira atitude denomina-se congruência ou autenticidade do terapeuta. Rogers a descreveu como um estado de acordo interno consigo mesmo, um estado harmônico, aberto aos próprios sentimentos, escutando-se, elaborando e expressando-se. É referida como o momento de encontro da pessoa do terapeuta com a pessoa do cliente (Rogers, 1987). Rogers, no livro “Um Jeito de Ser”, enfatiza:

(...) quando o que estou vivenciando num determinado momento está presente em minha consciência e quando o que está presente em minha consciência está presente em minha comunicação, então cada um desses três níveis está emparelhado ou é congruente. Nesses momentos, estou integrado ou inteiro, estou inteiramente íntegro (Rogers, 1987, p. 13).

Trata-se de comunicar o que se sente ao adentrar na relação com outro, de modo que se confia nos sentimentos oriundos desse contato como sentimentos reais e preciosos para a relação.

O título da obra “Tornar-se Pessoa” é sugestivo ao enfatizar a proposta de Rogers sobre o processo de autoconhecimento que se desenvolve ao longo da vida e que possibilita às pessoas uma abertura ao encontro com o outro e ao eu. Refere-se à autoaceitação, autoconfiança e autoconsciência como derivações da tendência à atualização – o processo de tornar-se pessoa. Nessa mesma obra, Rogers descreve a sua compreensão de “pessoa”, como sendo “(...) um processo fluído, não uma entidade fixa e estática; um rio corrente de mudanças, não um bloco de material sólido; uma constelação de potencialidades continuamente mutáveis, não uma quantidade fixa de traços” (Rogers, 2000, p. 100).

Ao assumir o crescimento psicológico como um processo que tende a motivar a pessoa a tornar-se um ser humano socialmente participativo e dotado de potencial criativo que a impele a uma convivência construtiva e saudável com os outros, a Abordagem Centrada na Pessoa emerge no cenário da Psicologia como uma abordagem emancipatória na medida em que a pessoa madura renuncia a qualquer controle ou tomada de decisão pelo outro. A Abordagem Centrada na Pessoa se ocupa em facilitar “(...) a posse de si mesma pelo cliente e das estratégias pelas quais isso pode ser alcançado; a colocação do *locus* da tomada de decisão e a responsabilidade pelos efeitos dessas. É politicamente centrada-no-cliente” (Rogers, 1986, p. 22).

A Abordagem Centrada na Pessoa pode ser considerada uma prática que prima por uma postura ética nas relações interpessoais desde o seu surgimento, quando ainda em um dos seus primeiros livros “Psicoterapia e Consulta Psicológica” (1942), Rogers reflete sobre o método psicoterápico não diretivo, discorrendo sobre uma postura do terapeuta voltada para a facilitação do crescimento do cliente e não para uma modificação de comportamento ou para uma hierarquização na qual o cliente deve curvar-se aos conhecimentos do especialista (Rogers, 1997).

O ponto de vista não diretivo confere um grande valor ao direito que todo indivíduo tem de ser psicologicamente independente e de manter a sua integridade psíquica. O ponto de vista diretivo confere um alto valor ao conformismo social e ao direito do mais apto dirigir o menos apto (Rogers, 1997, p. 127).

Todavia, Rogers demorou a escrever sobre “uma política das relações interpessoais”. Será somente na obra “Sobre o Poder Pessoal” (1977) que ele irá discorrer sobre a política das profissões de ajuda, questionando-se sobre a lógica que embasa o poder e o controle exercidos pelas profissões assistenciais e de ajuda psicológica, associando-a ao modelo médico tradicional. Para ele, ao se considerar a tendência atualização como inerente ao ser humano, a necessidade de controle e poder exercido sobre o outro se desfaz, perde o sentido. “Portanto, a simples descrição da premissa fundamental da terapia centrada no cliente significa fazer-se uma afirmação política contestadora” (Rogers, 1986, p. 18).

Ao discorrer sobre o clima psicológico favorável ao crescimento psicológico do cliente, Rogers o descreve como propiciador de uma tomada de decisão, de condução da própria vida, pelo fato do psicoterapeuta ser um facilitador ao renunciar o poder e o controle da relação entre eles.

A atitude de consideração positiva incondicional é confirmadora do respeito ao cliente em relação a sua singularidade, na ausência do estabelecimento de uma condição para que ele

possa ser aceito do modo como é. Através da compreensão empática, o terapeuta modifica a política interpessoal do relacionamento, possibilitando que o cliente compreenda melhor a si a partir da compreensão do psicoterapeuta e que, assim, possa fazer suas próprias escolhas (Rogers, 1986).

É importante destacar que essas três atitudes não são técnicas para se estabelecer uma relação de ajuda, pelo contrário:

O que Rogers trouxe não foi uma nova técnica para a mesma finalidade. Ele trouxe outra finalidade e atitudes consequentes com essa outra finalidade. Ele não descobriu um procedimento mais eficaz para solucionar os problemas das pessoas: ele mudou o modo de se conceber os problemas e as relações de ajuda. Nesse sentido, sua contribuição não foi tecnológica, mas ética: ele não trouxe meios novos e sim fins novos. Mudanças de paradigma (Amatuzzi, 2012, p. 13).

A Abordagem Centrada na Pessoa propõe uma atenção e cuidado com o outro de modo integral. Sendo o cuidado um espaço para o desenvolvimento e a autonomia das pessoas, lugar de tomada de consciência de si, fortalecimento dos recursos subjetivos, um espaço dialógico, em que a responsabilidade é compartilhada e a relação intersubjetiva é valorizada.

Ressalta-se que embora se tenha descrito as atitudes separadamente, elas compõem um fluxo experiencial, estão entrelaçadas continuamente e acontecem simultaneamente na vivência relacional, no contato com o outro e consigo próprio. Desse modo, as atitudes só são possíveis de serem exercidas por um psicoterapeuta com boa formação profissional e com maturidade psíquica, de forma a ser capaz de estabelecer uma comunicação afetiva e efetiva, que perceba o outro e a si como subjetividades distintas, ou seja, consciente da alteridade que possibilita o encontro.

## 2.2 Intersubjetividade, vivência e experiência

Intersubjetividade, vivência e experiência são conceitos que nortearam teoricamente esta pesquisa, uma vez que houve questionamentos como ponto de partida acerca da experiência vivida de gestantes e profissionais acerca do cuidado. Nessa perspectiva, Vivência – *erlebnis* – não é sinônimo de Experiência – *experire* –, no sentido de um hábito aprendido. Conforme já advertiu Husserl (1938–1959), deve-se primar pela utilização de termos unívocos, de modo que estes guardem propriamente o sentido das proposições fenomenológicas.

Foi adotada a conceituação de Vivência (*Erlebnis*) como aquilo que acontece enquanto pessoa humana, seja na nossa relação com o mundo e com as outras pessoas ou na relação com o nosso próprio mundo interno. É o que “eu vivo”, “aquilo que estou vivendo agora.” Toda vivência é vivida por um eu, ou seja, possui um sentido e significado que é sempre presente “(...) inserindo-se dentro de um fluxo de vivências anteriores e mantendo, ao mesmo tempo, uma conexão com elas (é um fluxo) e o seu caráter de novidade” (B. Cury & Mahfoud, 2013, p. 218).

Já a Experiência, *experire*, é movimento, pois o termo latino *experire* refere-se ao movimento *cognoscitivo*, “então, experiência pode ter o significado de um movimento cognoscitivo ou de experiência psíquica. Quando temos estados vitais e sentimentos vitais, temos experiências” (Ales Bello, 2015, p. 77). Ao se falar em experiência na fenomenologia husserliana, está se referindo à relação que o homem tem consigo mesmo e com as coisas externas. Para se conhecer o sentido das coisas, parte-se da consciência a qual o indivíduo tem sobre determinada vivência, e, é nesse caminho que a experiência sobrevém das vivências das quais há a consciência. A experiência corresponde aos primeiros níveis do nosso conhecimento, uma vez que se percebe as coisas em diversos níveis: mínimos e mais elaborados (Ales Bello, 2015).

A consciência é o que permite cada um ir às coisas mesmas, tendo em vista que a

essência do fenômeno se apresenta à consciência. Consciência assim conceituada *não* é estanque, já que sempre é consciência de algo, só existindo em relação a um objeto. A consciência é o “(...) dar-se conta das coisas”, e não se trata de um lugar, tampouco de um baú com um amontoado de coisas. É na consciência que se espelham as dimensões da pessoa, sendo que é “(...) constituída de experiências vividas conscientemente; eis porque se lhes dá o nome de vivências, *Erlebnisse*” (Ales Bello, 2019a, pp. 30–31).

Segundo Husserl (2006, p. 84) “(...) a expressão consciência abrange todos os vividos”. A consciência significa a noção acerca da existência das coisas que estão diante de mim, o “(...) que ocorre de imediato, que é designado de maneira mais simples, como um *cogito* cartesiano, como ‘eu penso’” (p. 86). Ter consciência significa que há a noção clara do que acontece pelas vivências desses acontecimentos: alguém vê o livro, mas não necessariamente se reflete sobre ele, porém, há a consciência de que ele é visto. Primeiro se sabe e depois se reflete sobre esse saber. Perceber, portanto, é o primeiro nível da consciência e o refletir a respeito do percebido já é uma nova vivência, um segundo nível da consciência (Ales Bello, 2006; Ales Bello, 2015).

A experiência é mais global e as vivências são singulares, são de cada pessoa, correspondem ao que está dentro de cada um, na esfera psíquica e espiritual, e ao que está fora, na realidade externa. Assim, a vivência é uma unidade que compõe a experiência. É importante destacar que “(...) para a fenomenologia de Husserl, ‘espírito’ expressa a dimensão dos atos voluntários, dos juízos de valor e das questões éticas, não se confundindo com algo místico no sentido religioso” (Fadda & V. Cury, 2021, p. 4). Embora vivência e experiência sejam sempre acontecimentos do “ser” humano:

Se inscreve, na pessoa que a vive, dentro de um fluxo de vivências próprias daquela pessoa e pode ser então analisada em relação ao modo como o sujeito toma aquela vivência para si. Nesse sentido a vivência se torna única: é algo universal tomado por um sujeito particular (B. Cury & Mahfoud, 2013, pp. 218–219).

De acordo com Fadda e V. Cury (2021, p. 4): “(...) as vivências retratam todas as operações realizadas pelo ser humano, em que cada vivência doa o seu sentido ou essência” e, é através da percepção que entramos em contato com o mundo. Por isso que é na pessoa humana que se revelam as vivências, não sendo ela produto da pessoa, mas algo que lhe é próprio, percebida através da dimensão corpórea que provocam reações psíquicas para além das reações físicas (Ales Bello, 2015; Queiroz & Mathias, 2019).

Através da percepção há um desencadeamento de vivências (recordar, imaginar, fantasiar, refletir, etc.) pelo direcionamento que se faz para os objetos que se encontram diante de nós. O direcionar ao objeto é compreendido por Husserl como intencionalidade: estar direcionado para algo, ter consciência de algo, consciência de si. O direcionamento da consciência ao objeto pode ser *imanente* (exterior) ou *transcendental* (interior) (Cardoso & Massimi, 2013). “Ainda que o objeto percebido seja diverso, ou que tenhamos percepções diferentes, todos ativamos a percepção” (Ales Bello, 2006, p. 49). Esta é uma estrutura das vivências humanas.

Consciência e intencionalidade guardam relação direta com a vivência e experiência vivida, pois é na consciência que se encontra a experiência viva, que é a vivência. A intencionalidade revela a especificidade da consciência, ou seja, ser sempre consciência de algo, ao passo que a intencionalidade guarda uma característica primordial das essências das experiências vividas, visto que toda vivência tem de um jeito ou de outro uma intencionalidade.

Husserl (2006, p. 189) explica que a intencionalidade “é uma peculiaridade da essência da esfera de vividos, em geral, visto que de alguma maneira todos os vividos participam da intencionalidade (...)”. Ademais, “(...) a intencionalidade é aquilo que caracteriza a *consciência* no sentido forte, e que justifica, ao mesmo tempo, designar todo o fluxo de vivido como fluxo de consciência e como unidade de uma *única* consciência”.

Husserl observou que o termo experiência era utilizado com outros sentidos e, então,

demarcou esse caminho: experiência emerge das vivências sobre as quais somos cômicos, “(...) portanto, experiência se refere em particular aos primeiros níveis do nosso conhecimento” e “as vivências são de diferentes tipos: perceptivas, imaginativas, de recordação, do pensamento, com qualidades diversas (...)” (Ales Bello, 2015, p. 78).

Mas e a intersubjetividade? A intersubjetividade compreendida nessa perspectiva fenomenológica está intrinsecamente relacionada à vivência e à experiência, uma vez que as vivências provocam trocas subjetivas (Bezerra, 2021). A intersubjetividade é fenômeno de interesse da filosofia, das ciências humanas e sociais e da própria psicologia. No contexto da prática profissional na área da saúde há uma crescente busca pela compreensão e emprego de práticas dialógicas intersubjetivas (Marques Stenzel, 2022).

Para Husserl (2017) a intersubjetividade se desdobra por meio do encontro comigo mesmo como pessoa, pois é desse encontro que se torna possível encontrar o outro eu através da percepção. “(...) Quando outro eu entra em nosso campo de percepção, ocorre o emparelhamento do nosso eu e do outro eu em decorrência das associações que acontecem na passividade da consciência e que fundam a apercepção por semelhança” (Fadda & V. Cury, 2021, p. 6).

Trata-se da percepção do outro e da sua subjetividade através da base hilética <sup>4</sup>da corporeidade. Dá-se conta do outro e do que se está vivenciando pela empatia: sentindo aquilo que o outro sente, sentindo o outro. A empatia é condição intersubjetiva do ser (Ales Bello, 2014; Marques Stenzel, 2022). Assim, a experiência intersubjetiva se dá mediante o acontecimento da relação entre um eu e um tu, sendo através desta relação que nos desenvolvemos enquanto pessoas humanas (Fadda & V. Cury, 2021; Husserl, 2017).

Fadda e V. Cury (2021) enfatizam que Husserl em sua proposta filosófica almejou que

---

<sup>4</sup> (...) *Tudo o que é hilético* entra como componente *real* no vivido concreto, ao passo que o que “se exhibe, “se perfila” nele, como múltiplo, entra no *noema* (Husserl, 2006, p. 225).

a fenomenologia também fosse uma psicologia pura, para que através desta se pudesse alcançar o campo do potencial humano. Rogers em sua proposta psicológica descreveu que o campo da realização do potencial humano é alcançado somente através das relações humanas. Partindo desta compreensão, as referidas autoras entendem a relação psicoterapêutica proposta por Rogers como um fenômeno intersubjetivo. Assim, consideram possível uma aproximação entre a fenomenologia de Husserl com as hipóteses teóricas de Rogers.

No contexto da saúde, o estudo de Bacellar, Rocha e Flôr (2012) destaca que o modelo de atenção à saúde brasileira passou por mudanças de paradigma ao longo das duas últimas décadas. Tais mudanças demandam uma reorganização das práxis, mudanças na concepção de homem e compreensão acerca da saúde/doença por parte dos profissionais. Para aquelas autoras, o que tem sido proposto pelas políticas públicas de saúde brasileira demanda uma postura de atendimento, atenção e cuidado que valorizem o potencial da pessoa humana. Para a valorização do potencial humano, as autoras consideram que as atitudes da Abordagem Centrada na Pessoa, podem contribuir para a efetivação da interdisciplinaridade e humanização da assistência.

Conforme já mencionado, a Abordagem Centrada na Pessoa, pode ser aplicada em diversos contextos nos quais o objetivo seja o desenvolvimento psicológico do ser humano, desse modo, uma relação vivida através das atitudes de compreensão empática, consideração positiva incondicional e congruência, facilitada pelos profissionais da rede de saúde é benevolente para que o cuidado durante o processo gestacional possa ser considerado um acontecer da intersubjetividade humana. O acompanhamento da gestante constitui-se em processo de encontro entre subjetividades, médico-gestante, enfermeira-gestante, agente comunitário de saúde-gestante, dentista-gestante, objetivando a promoção da saúde da mulher e do bebê.

Nota-se que o estabelecimento de uma relação intersubjetiva advém do contato que

acontece em um dado contexto, de uma historicidade e temporalidade, com uma comunicação afetiva e efetiva, que deve estar pautado em um encontro inter-humano dialógico-eu-tu empático, contato este que pode trazer novos sentidos para as práticas de atenção e cuidado. A compreensão de intersubjetividade é tida, portanto, como um fenômeno psicológico relacional, sendo as relações fundamentais para o desenvolvimento humano, atenção e cuidado à saúde.

### 3. O CAMINHO PERCORRIDO METODOLOGICAMENTE: PESQUISA FENOMENOLÓGICA

Esta é uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória, epistemologicamente identificada como estudo fenomenológico de matriz clássica, inspirada na proposta do filósofo alemão Edmund Husserl (1889–1938). A fenomenologia é um método investigativo e de análise compreensiva. Teoricamente, apoia-se no referencial da Abordagem Centrada na Pessoa, desenvolvida pelo psicólogo norte-americano Carl R. Rogers (1902–1987), o que permite subsidiar as discussões e compreensões do fenômeno em foco. A pesquisa psicológica acontece no contexto natural em que acontecem as vivências das mulheres gestantes e dos profissionais de saúde em relação aos cuidados disponibilizados durante o ciclo gestacional, caracterizando-se como uma pesquisa empírica.

Dizer que esta pesquisa é empírica significa que se buscou ir além da empiria, “(...) almejando individuar os elementos que a possibilitam em sua totalidade, não para um sujeito particular, mas para os sujeitos que se situem nesta experiência” (Barreira, 2017, p. 337). Nesse sentido, visualiza-se a coadunação com o método fenomenológico, que traz consistência metodológica às investigações empíricas.

Considera-se que em pesquisas psicológicas com enunciados filosóficos a compreensão da vivência se desdobra em diferentes direções, com uma análise do ser humano amplo e complexo nas suas dimensões corpórea, psíquica e espiritual, sendo o ponto de partida não a realidade factual, mas a experiência humana com a vivência da realidade factual (Ales Bello, 2013; Barreira, 2017; V. Cury, 2021). A pesquisa com esses contornos evocou na pesquisadora a abertura para a autenticidade intelectual e disponibilidade em revelar o que emergiu da própria pesquisa. Despida de hipóteses *a priori* e pré-conceitos, voltou-se para a compreensão ética e singular de como o fenômeno se mostrou, “sem adaptá-las à própria pesquisa, aos próprios

objetivos, aos próprios interesses e a finalidades pré-constituídas” (Ales Bello, 2006, p. 31). Assim, a pesquisadora não aspirou ser neutra ao assumir estar inserida como parte fundamental da pesquisa numa postura dialógica com os participantes.

### **3.1 O método fenomenológico de Husserl na compreensão da experiência**

A fenomenologia se caracteriza como a ciência das essências, da experiência que descreve os elementos que a consciência intui sobre os fenômenos. Husserl parte da vivência da consciência imediata, visto que “toda vivência intelectual e toda vivência em geral, enquanto é realizada, pode ser transformada em objeto de um intuir e de um apreender puros, e nesse intuir é doação absoluta” (Husserl, 2020, p. 87).

Para Husserl, os objetos se apresentam à consciência, mas não fazem parte dela. Trata-se do ato de conhecer — noese e a coisa conhecida noema. O método se debruça, portanto, nos objetos presentes intencionalmente na consciência (noema) e realiza a *epoché fenomenológica* — a *redução eidética* e *redução transcendental*, para alcançar os elementos essenciais do fenômeno (Cardoso & Massimi, 2013).

O método fenomenológico de Husserl deve ser compreendido primeiramente como uma *atitude* ou *postura*, constituída de ideias. É um método próprio, uma tomada de decisão, um ato livre voltado para a concepção rigorosa do conhecimento. Nesse sentido, a tarefa da fenomenologia é a de compreender as significações das vivências da consciência. Com esse intuito o método explora a *consciência* e como esta se relaciona com o objeto, e o descreve tal como esse se manifesta (Ales Bello, 2019b).

O método é pautado pela atitude da reflexão acerca dos fenômenos da consciência para verificar os diversos sentidos e significados do ser e do existir a partir da consciência. Husserl considera que todo humano consegue compreender a essência das coisas pelo intuir das mesmas. Os fatos existem, mas nos interessa o sentido deles. Para cumprir esta análise devemos

então colocar entre parênteses a existência dos fatos para podermos conhecer o sentido (Ales Bello, 2006).

A intuição da essência difere da percepção, visto que a intuição é o sentido atribuído ao que percebemos, ou seja, pela intuição identificam-se os fatos/objetos percebidos. Desse modo, coloca-se “entre parêntese tudo o que dificulta a evidência do que é essencial, por isso cada ‘coisa’ — material, intelectual, espiritual — tem uma essência que se oferece à visão, própria da intuição intelectual” (Ales Bello, 2019b, p. 20).

Há então a convocação para se colocar entre parênteses as convicções que se tem sobre os fatos, através da suspensão de “*qualquer juízo sobre a existência espaço-temporal*”, mais do que suspender o julgar dos objetos e a sua existência, é ainda mais radical, é a ruptura com o mundo natural e a atitude natural do conhecimento (Husserl, 2006, p. 81). É a busca por revelar a ligação entre consciência e mundo visando à realização da análise das vivências intencionais da consciência, para assim revelar o sentido do fenômeno.

Romper com a atitude natural do conhecimento é se abster da orientação espontânea que se realiza no dia a dia, na vida cotidiana, ao se direcionar às coisas com a consciência ingênua, percebendo-se as coisas como exterior e real. Na atitude fenomenológica, ambos, sujeito e mundo, são vistos como concebidos na consciência. “Dessa forma, todo o mundo que nos cerca, tanto o físico quanto o psicofísico, os corpos e as almas humanas e animais (incluindo a pessoa psicofísica do próprio pesquisador), é entregue à exclusão ou redução” (Stein, 2004, p. 19. Tradução das autoras).

Isso significa que enquanto pesquisadores, não se deixa de ser um ser humano e nem de se colocar no discurso, mas que, como parte do método, a redução fenomenológica se aplica à cada existência empírica, o que impede de registrar proposições que possuam implícito e explícito conhecimentos pré-fixados (Husserl, 2013). Assim, realiza-se uma aproximação gradual, retornando às coisas mesmas para um “ver eidético que é efetivamente, oferecido por

meio da intuição. Husserl usa o termo grego *eidōs* e aqueles alemães *Wesen* e *Essenz*, mas também *Sinn*, para indicar a essência, que, no seu modo de ver, é o objetivo do conhecimento humano” (Ales Bello, 2019a, pp. 20–21).

O método é aplicado ao eu mesmo, e se inicia na atitude da *epoché*, para que só reste a relação entre percepção e percebido: uma relação eidética de pura imanência. Para tal compreensão, Husserl dá o exemplo de um pé de maçã florido no próprio jardim verde de cada um. Ele convida o leitor a supor que está olhando com prazer e satisfação. Na atitude natural, prazer e satisfação não são percebidos imediatamente, visto que na atitude natural, a macieira existe no mundo exterior-transcendente, já o prazer e a satisfação existem em cada pessoa, é um estado psíquico. Há um homem real, uma macieira real e uma percepção real com relações subsistentes reais. “(...) a percepção é mera alucinação, o percebido, essa macieira que está diante de nós, não existe na realidade ‘efetiva’. A relação real antes visada como subsistindo realmente agora é interrompida” (Husserl, 2006, p. 203). Há, portanto, duas macieiras, uma no jardim e outra enquanto objeto real na consciência.

Inicia-se a atitude fenomenológica pela suspensão do mundo transcendente, a relação real entre percepção e percebido, o mundo físico e psíquico, e então, pode-se perguntar o que será encontrado da essência nos vividos **noéticos** da percepção e apreciação prazerosa, restará assim:

(...) manifestamente uma relação entre percepção e percebido (assim como entre prazer e aquilo que apraz), uma relação que entra na condição de dado eidético em “pura imanência”, a saber, puramente com base no vivido de percepção e de prazer fenomenologicamente traduzido tal como se insere no fluxo transcendental de vividos (Husserl, 2006, p. 204).

Em seus estudos, Husserl constatou que pela redução fenomenológica era possível a descrição das vivências da consciência, com o alcance da indubitabilidade da percepção

imane, a evidência apodítica, visto que a apreensão reflexiva encontra-se vivido, ou seja, aprendeu-se a vivência pura “(...) cuja existência não pode por princípio ser negada, ou seja, é impossível por princípio a evidência de que ele não seja; seria um contrassenso tomar por possível que um vivido *assim dado na verdade não seja*” (Husserl, 2006, p. 108).

Nessa acepção, Stein (2004) destaca que não se pode recorrer à posição de existência, porém também não se pode excluir a experiência das coisas de cada ser. A vivência não está sujeita a qualquer dúvida, pois esta permanece imutável em sua totalidade e por isso pode ser objeto de consideração. Portanto, o exame da vivência em si se inicia na *epoché* e segue sendo operacionalizado pela redução eidética e redução transcendental. Na redução eidética se acessam os aspectos invariantes do fenômeno, bem como os aspectos empíricos variantes, voltando-se para o conhecimento do objeto que aparece para a consciência, o **noema**, e o vivenciar desse objeto, o **noesis**.

Interrogou-se sobre as partes do vivido que o estrutura de fato, olhando para as partes dependentes ou momentos dependentes entre si. O grupo de pesquisa do qual orientadora e pesquisadora são membros, realiza a *epoché* desde a formulação da questão de pesquisa, conforme descrito no tópico 3.2 *Fenomenologia como método em psicologia*. Em seguida, foi-se realizada a primeira etapa da redução eidética com o *encontro dialógico*, momento em que se voltou para o modo como o objeto empírico aparece como noema, ou seja, como é percebido pelo participante. Nessa etapa, visou-se conhecer como o participante vivencia singularmente a experiência compartilhada no encontro. Foi então, operacionalizada a redução da singularidade da experiência empírica do participante sendo descrita como consciência intencional enquanto objeto singularmente percebido. A experiência compartilhada não está desarticulada dos fatos, histórias e das especificidades existenciais relatadas pelo participante, tratando-se de uma apreensão noematicamente, ou seja, do fenômeno apreendido conscientemente (imanentemente) (Barreira, 2017).

Observa-se que “imanência e transcendência se alternam continuamente seguindo o movimento analítico”, visto que ao perceber a sua própria vivência, o participante realiza um ato perceptivo imanente (visto de dentro), ao passo que essas vivências são percebidas sobre o prisma do olhar do pesquisador, sendo transcendententes (visto de fora) (Ales Bello, 2019a, p. 17).

No entanto, não é possível descrever simplesmente o ato perceptivo numa compreensão fenomenológica. Após contato com as vivências, a apreensão destas acontece nas esferas subjetivas e objetivas com a consideração do objeto percebido, pois o objeto é parte constitutiva da vivência. Porém, a percepção é fundamental nesse processo, sendo “a percepção sempre percepção de alguma coisa; a recordação é sempre recordação de algo; a imaginação, a reflexão, a vontade, a fantasia, todas as vivências são vivências de alguma coisa” (Cardoso & Massimi, 2013, p. 59).

O homem está em contato com o mundo físico através das sensações e este contato é percebido por cada um. A percepção dos acontecimentos desencadeia múltiplas operações de modo passivo, resultantes em sínteses do que é percebido. Mas nesse processo, a consciência não está ativa. As operações de modos passivos, ou sínteses passivas são descritas por Ales Bello (2004; 2015) como um caminho que antecede a percepção. As informações foram agrupadas de modo a nem se perceber que tais elementos estavam sendo reunidos. Por exemplo, pense em um copo em cima da mesa. Há então a percepção do copo através da realização de operações antes mesmo de chegar a tal percepção do copo, pois se distingue o copo dos demais objetos: da mesa, do pano de prato, do garfo, da faca, de nós mesmos, sem se dar conta da realização de todo esse processo.

O perceber é o voltar-se para o objeto e apreendê-lo, o que significa o destacar desse objeto, que, enquanto percebido, acontece sobre um fundo de experiência. “Toda percepção de coisa tem, assim, um halo de *intuições de fundo* (ou de visões de fundo, ou *‘vivido de consciência’* ou, mais brevemente, ‘consciência’, e mesmo consciência *‘de’* tudo aquilo que

está de fato contido no ‘fundo’ objetivo cointuído” (Husserl, 2006, p. 87).

O processo de perceber, de se voltar, intencionalmente, para a consciência que vivencia a experiência é constituinte da primeira etapa da redução eidética operacionalizada nesta pesquisa através do encontro dialógico, que colocou a pesquisadora em contato com a vivência dos participantes. Posteriormente, o segundo momento da redução, foi a descrição significativa da experiência de cada participante apreendida pela pesquisadora, sendo que a operacionalização e a comunicação desta redução foi realizada via *narrativa compreensiva*.

A redução eidética descreve as vivências da consciência apartadas das noções empíricas, pois assim é possível apreender a essência na própria intuição. As vivências podem se apresentar na consciência de modo singular, todavia, deve-se refletir sobre tal singularidade, almejando conhecer os elementos invariantes destas vivências e a sua essência. Esse processo fará emergir um novo fenômeno, novas vivências e reflexões (Barreira, 2017).

Deve-se, portanto, submeter essas novas vivências e reflexões emergentes da redução eidética à *redução transcendental*, através do “viver e dar-se conta do vivido, uma segunda ordem de vivência que, acompanhadas das operações fenomenológicas, explicitam a vivência originária” (Barreira, 2017, p. 322). Trata-se de suspender o próprio eu e os atos, para o alcance do eu transcendental, chegando ao contato imediato com as coisas e evidências originárias na consciência, “colocando todas as transcendências fora do circuito” (Husserl, 2006, p. 143). A *redução transcendental* foi operacionalizada e comunicada neste estudo via *Narrativa Síntese*.

Na redução transcendental, há o direcionamento da experiência crua para se conhecer a forma essencial da sua estrutura assumida na consciência. Este movimento é tido por Ales Bello (2019a) como a passagem dos **atos perceptivos** para os **atos reflexivos**, em que se busca encontrar elementos intencionais essenciais do fenômeno que partimos anteriormente da percepção de diferentes sujeitos sobre suas vivências, realizando um agrupamento de sentidos essenciais identificados. “Trata-se de perfilar, diferentes relatos de experiência previamente

submetidos à redução psicológica numa variação analítica eidética e intersubjetiva que compõe a análise transcendental” (Barreira, 2017, p. 356).

É importante destacar que, embora se descreva as reduções separadamente, essas são inseparáveis, cada uma está focada em um cerne do fenômeno. Na redução transcendental, a redução eidética continua sendo precisa, mas agora, é apoio, ela não se esvaece. Este é um método que possibilita pensar na analogia do brinquedo ioiô, ir e vir, zigue-zague. Uma vez apreendido, os vividos em suas essências pela redução eidética, encontra-se o campo do conhecimento eidético, e então se deve desbravá-lo, sendo este desbravar a redução transcendental, análise do sujeito, do eu transcendental, considerando que as vivências são vividas por uma pessoa que se direciona para as coisas, de onde busca a significação.

### **3.2 A Fenomenologia como método em Psicologia**

Mediante a adoção desse método, entende-se como necessárias algumas considerações da operacionalização metodológica, sendo essas: 1) a formulação da questão de pesquisa; 2) contexto da pesquisa e inserção do pesquisador no campo da pesquisa; 3) a escolha intencional dos participantes da pesquisa; 4) o encontro dialógico entre pesquisador e participante; 5) narrativas compreensivas e narrativas sínteses.

A fenomenologia é uma proposta filosófica de investigação para apreensão e compreensão das vivências humanas, do sentido das coisas, do fenômeno que se manifesta. Para Husserl, a Psicologia deveria ser uma ciência dos fundamentos da experiência humana e a fenomenologia um método de investigação apropriado para as ciências humanas, em geral, ou para a análise da *subjetividade* e da *consciência*. “Fenomenologia: designa uma ciência, uma conexão de disciplinas científicas; mas a fenomenologia designa, igualmente acima de tudo, um método e uma atitude do pensar: a atitude do pensar especificamente *filosófica*, o método especificamente *filosófico*” (Husserl, 2020, p. 79).

As pesquisas que adotam este caminho metodológico são interventivas pelo seu caráter de estudo dos fenômenos no contexto natural em que eles ocorrem e pela afetação de todos que delas participam. Trata-se de uma pesquisa socialmente envolvida, e eticamente valorativa do encontro com o outro (Sysmanski & V. Cury, 2004). A pesquisa nesse formato é artesanal e precisa de cautela para não incorrer em uma simplificação e no abandono da coerência e de uma linguagem criteriosa.

Ales Bello (2019a) demarca que pesquisas conduzidas no estilo husserliano são investigações em *círculos concêntricos*, que partem do ser humano para compreender como acontece o contato com o mundo das coisas e da cultura, retornando sempre para as fontes do método fenomenológico, seguindo os caminhos propostos por Husserl: *epoché – redução eidética — redução transcendental*. É uma investigação voltada para a “apreensão da realidade onde se dá o resgate da subjetividade e a sua re colocação num contexto histórico e mundano” (Holanda, 2014, p. 27).

“O método fenomenológico é um método *antes* mesmo do método de determinação das coisas, isto é, de um método para trazer à apreensão do olhar o campo das coisas da consciência transcendental pura (...)” (Husserl, 2006, p. 144). A adoção do método se perfaz desde o interrogar que o pesquisador faz a si, inicialmente, acerca do seu interesse de pesquisa. Ele precisa questionar-se sobre como interroga o fenômeno e sobre seus próprios interesses acerca do tema. Nesse processo, a questão de pesquisa precisa ser compatível com o fazer do método fenomenológico.

Barreira (2017, p. 329) salienta que “a ausência de uma problematização fenomenológica na formulação da pesquisa significa, na prática, uma apropriação instrumental de recursos conceituais que têm seus sentidos reflexivos mutilados, ao serem adotados como meros procedimentos técnicos de um método de pesquisa”.

Logo, a pergunta que se faz inicialmente não é “para que”, nem “por que”, tão pouco

“quanto”. Ao se perguntar “por que”, estamos realizando um tipo de pergunta de pesquisa que se refere à definição de causalidade. Ao formular uma pergunta pautada no “para que”, está-se partindo do pressuposto de que há um motivo e então, há o afastamento daquilo que o próprio fenômeno é. Já o “quanto?” trata-se de uma pretensão de mensuração. Nesse sentido, ao se adotar o método fenomenológico, é necessário ter em mente que não se está voltado para dedução, indução ou mensuração, mas sim para a descrição do fenômeno (Barreira, 2017). “Em termos da construção da pergunta de pesquisa, isso implica no trabalho – muitas vezes árduo – de articular uma formulação em que se explicita como abordaremos o tema e o recorte escolhido sob a perspectiva dos processos de mútua constituição entre subjetividade e mundo-da-vida” (Leite & Mahfoud, 2010, p. 3).

Desse modo, iniciou-se essa pesquisa perguntando: “como se dá as experiências vividas por mulheres e profissionais da saúde durante o acompanhamento do programa do período pré-natal?”. Ao se fazer este tipo de pergunta, é preciso refletir sobre como esse fenômeno é acessado, num movimento de abertura para conhecer e compreender a experiência das pessoas que o vivenciam. Assim, pela suspensão das causas e das motivações, foi realizada uma ruptura com a atitude natural. Antes de se formular os objetivos da pesquisa, efetivou-se a passagem do esvaziamento do objeto, ou seja, foi suspenso o que se sabe sobre o objeto em termos teóricos e conceituais para buscar a identificação da experiência vivida.

A segunda consideração diz respeito ao contexto da pesquisa e a inserção do pesquisador no campo da pesquisa. O pesquisador deve inserir-se na realidade social do espaço, almejando relacionar-se intersubjetivamente com as pessoas no contexto em que se dá a pesquisa. O pesquisador é um estranho nesse espaço e também estranha tal contexto. A sua inserção possibilita uma aproximação para compartilhamento do dia a dia, resultando em mobilizações cognitivas e subjetivas.

O pesquisador insere-se intencionalmente no contexto da pesquisa, mergulhando no

cotidiano das pessoas, deixando-se afetar pelas experiências das relações e pelo ser do outro (V. Cury, 2021). Há o envolvimento do sujeito “(...) ou dos sujeitos, incluindo aí o próprio pesquisador e todos os envolvidos são mobilizados. É uma pesquisa que tende a modificar a consciência das pessoas envolvidas, incluindo aí os seus leitores, e pelo fato mesmo tende a alterar o modo de ação dessas pessoas” (Amatuzzi, 2006, p. 4).

O contexto sociocultural da pesquisa é precioso para o método fenomenológico, e precisa receber a devida atenção por parte do pesquisador, tanto na sua descrição, quanto na sua inserção. Nesse sentido, a intencionalidade do pesquisador também se faz presente, pois este se direciona intencionando reconhecer as pessoas e suas vivências sobre o fenômeno, no intuito de apreender, compreender e interpretar os elementos essenciais do fenômeno em foco no contexto em que o fenômeno se manifesta.

A terceira consideração metodológica se perfaz sobre a escolha dos participantes da pesquisa, uma vez que estas devem ser pessoas envolvidas com o tema e motivadas a compartilharem as suas vivências. A escolha, portanto, deve se dar de modo parcimonioso e sensível, tratando-se de uma escolha intencional, sendo “imprescindível que o participante esteja engajado durante o encontro para justamente não incidir nos elementos acidentais” (Fadda, 2020, p. 62). Assim, deve-se prezar pela diversidade, pela pluralidade de pessoas e perspectivas sobre um mesmo fenômeno, pois o que o pesquisador busca é acolher a diversidade de sentidos emergentes na interação face a face.

Barreira (2017) ressalta que o próprio objeto de pesquisa já indica quem devem ser os participantes da pesquisa: pessoas com “experiências significativas” sobre o fenômeno em foco, a partir daí os próximos critérios já são de ordem objetiva: tempo de prática, afiliação em uma determinada instituição, entre outros. Todavia, não há garantias de que os participantes escolhidos e que participarem do encontro de fato se efetivarão como participantes da pesquisa, visto que pode haver obstáculos psicológicos que impeçam o acesso às experiências

significativas, dentre eles a falta de envolvimento vivencial dos participantes.

De acordo com Savian Filho (2014), não é possível acessar o outro em sua intimidade e vivência sem que haja uma troca espiritual — abertura (dimensão humana do pensamento, liberdade), sem que o outro permita. Portanto, só após o encontro o pesquisador conseguirá realizar a inclusão dos participantes selecionados previamente na sua amostra intencional.

A quarta consideração se dá em torno do encontro dialógico entre pesquisador e participante. Atenta-se para o fato de que não se pretende que os participantes relatem conceitos teóricos, mas sim as suas vivências singulares. Desse modo, é profícuo facilitar um espaço em que os participantes possam revelar e compartilhar suas experiências e vivências, e não conceitos. Mas como fazer para que os participantes adentrem nas vivências e não façam mero relato guiado pela atitude natural que acaba-se por executar no dia a dia?

Nessa etapa, deve-se evitar questões diretas e termos que remetem a conceituações. Nesta pesquisa, o objetivo é compreender fenomenologicamente a experiência vivida por mulheres gestantes e por profissionais de saúde em relação ao programa de acompanhamento do período pré-natal no contexto de uma UBS de um município do estado de Mato Grosso para desvelar os elementos estruturantes que a constituem como fenômeno humano singular. Todavia, o termo “cuidado” possui no contexto da saúde uma significação própria, carregado de diretrizes, normativas, permeado de significados diferentes para as pessoas e especificidades profissionais. Como se pretende conhecer como os participantes vivenciam e não o que eles sabem ou entendem que deve ser o cuidado, é necessário se distanciar de uma busca por significação, adentrando na experiência, reconduzindo “(...), valendo-se da reflexão, à experiência, conforme esta é percebida e, ainda mais precisamente, vivida em seu caráter pré-reflexivo próprio” (Barreira, 2017, p. 335).

Leite e Mahfoud (2010) enfatizam que os nossos interesses de pesquisa devem estar em acordo com os processos e vivências das pessoas, de modo a realizar os encontros com os

participantes com o fenômeno investigado em curso ou já vivido anteriormente. Nesse momento, a intencionalidade do pesquisador em direção ao outro é preciosa, pois lhe possibilitará conhecer e perceber o participante mediante uma relação intersubjetiva vivida no momento do encontro.

Nessa relação, o participante mostra e expressa aquilo que ele está vivenciando. Nesse enquadramento, tanto sua singularidade, o modo de ser de cada um, quanto a sua universalidade, o que é comum a todos, se mostram imbricadas e formam quem o participante é (Fadda, 2020, p. 54).

Assim, a saída do mundo natural <sup>5</sup>de ambos, pesquisador e participante, acontecem pela adoção da atitude empática, redirecionando o participante para a sua própria experiência. Igualmente, o encontro se baseia pela escuta atenta e sensível, com a suspensão de conceituação e qualquer análise prévia do que está sendo relatado, trata-se de um tipo de escuta calcada na empatia. A empatia é um fenômeno *sui generis*, precioso e caro para o alcance da efetivação do método fenomenológico, sendo este fenômeno de interesse de Husserl e Edith Stein.

Conhecer o outro é possível pela via da empatia, a empatia não se trata de saber o que o outro sabe, nem somente sentir o que o outro sente, a empatia se configura pelo conhecer da consciência do outro, sendo o que se experiencia a partir da experiência do outro diante do olhar do observador (Savian Filho, 2014). Nesse sentido, a empatia é um elemento constituinte do método fenomenológico e condição para se conhecer a experiência vivida das pessoas participantes da pesquisa.

---

<sup>5</sup> Através da *epoché* realizamos abertura da consciência à experiência, saindo dos fatos irrefletidos mediante a atitude transcendental. O mundo natural é o mundo irrefletido conscientemente, o mundo preconcebido. (Borba, 2010). “Tenho consciência de um mundo cuja extensão no espaço é infinita, e cujo devir no tempo é e foi infinito. Tenho consciência de que ele significa, sobretudo: eu o encontro em intuição imediata, eu o experimento. Pelo ver, tocar, ouvir, etc., nos diferentes modos da percepção sensível, as coisas corpóreas se encontram *simplesmente aí para mim*, numa distribuição espacial qualquer, elas estão, no sentido literal ou figurado, “*a disposição*”, quer eu esteja, quer não, particularmente atento a elas e delas me ocupe, observando, pensando, sentindo” (Husserl, 2006, p. 73).

Stein (2004) adverte que a empatia não possui um caráter de percepção externa. Enquanto percepções externas têm-se os traços físicos, embora o sentimento de dor, medo ou qualquer outro apareça via traços e expressões físicas, porém, estes não são propriamente a dor, o medo. Nesse caminho, a experiência daquele que escuta não se confunde com a percepção dos traços da dor, do medo, etc., daquele que sente.

Stein (2004) destaca ainda que se pode ver que as pessoas apresentam uma face da dor, por exemplo: ao se perceber que a pessoa sente dor e não notar que ela sente calor, ao desviar o olhar para o calor, se vê o calor que até então estava oculto. Esse processo é uma referência espaço temporal que se pode ter diante dos atos da percepção, mas não são dessa ordem os atos empáticos. Desse modo, a sensação de calor da pessoa é um dado originário, tal como a dor sentida por ela ao ser percebido. Para Stein todas as vivências são originárias, logo, a percepção externa é uma vivência originária, mas não é da mesma ordem da vivência empática, pois a vivência empática é uma vivência co-originária (Savian Filho, 2014).

A empatia é um fenômeno ordinário, comum na experiência humana das relações interpessoais. “Ela é tão comum à experiência interpessoal que não se tematiza, permanecendo implícita na nossa experiência mundana. No entanto, ela também emerge com espessura à consciência.” No método fenomenológico a empatia conjuga aspectos igualmente de uma conduta ética, visto que toda “conduta ética é uma conduta em relação ao outro, toda ética implica um fundo empático” (Barreira, 2014, p. 55).

No encontro entre pesquisador e participante, o pesquisador assume uma postura fenomenológica, ou seja, o pesquisador aprende a ver. Enquanto aprendizagem, não há técnicas, nem treinos. Quanto mais o pesquisador olhar pela via da atitude da *epoché*, mais ele ajusta as suas lentes e se desenvolve enquanto pesquisador fenomenológico. Nesse movimento, o pesquisador deve proporcionar um espaço que envolva o participante, de modo que este se sinta motivado a compartilhar a sua experiência, mediante a disponibilidade em estar com outro de

modo genuíno e empático, com consideração positiva e autenticidade o pesquisador constrói um clima propício para o encontro de alteridades.

No método fenomenológico compreende-se que a pessoa que relata e comunica a sua experiência não é o objeto de estudo, “mas é um sujeito da experiência vivencial; esta experiência, sim, é o objeto intencional examinado” (Barreira, 2017, p. 337). Destarte, realizam-se aproximações gradativas para se alcançar o fenômeno puro, e por fim a análise. Primeiro, apreende-se de modo compreensivo como o fenômeno é vivido particularmente por cada participante. É nesse preâmbulo que a empatia configura elemento constitutivo do método, pois o sentido do fenômeno vivido pelos participantes é apreendido por ela.

Não se trata meramente de uma coleta de dados, mas de uma produção do relato do vivido, visto que o entrevistado se volta para a sua própria experiência vivida no encontro dialógico, caracterizado pela intersubjetividade. Embora o participante esteja intencionalmente voltado para a sua experiência conscientemente, o pesquisador operacionaliza este voltar-se do participante para a experiência através do interesse, redirecionamento e incentivo. Este direcionamento operacionalizado pelo pesquisador não ocorre mediante as suas próprias convicções, mas sim pela própria experiência do participante, por isso se trata de uma produção de relato do vivido advinda de um encontro intersubjetivo.

Dentro da diversidade de condução das pesquisas fenomenológicas no Brasil, alguns pesquisadores adotam o uso da gravação de áudio ou vídeo, diário de campo ou anotações durante o encontro. Existem também pesquisadores que se encontram com os participantes despidos de qualquer meio de registro, sendo o pesquisador uma esponja que se deixa impregnar pelo encontro. O encontro pode acontecer em grupo ou individual: há pesquisadores que pensam o encontro a partir do roteiro de uma entrevista semiestruturada. Existem também pesquisas pautadas na proposta do encontro dialógico em que se tem como disparador uma pergunta, mas também pode ser realizado sem nenhuma pergunta. Outra possibilidade são os

encontros clínicos.

A nossa posição, mediante adoção do método fenomenológico clássico, é a de que não há necessidade do uso de gravadores ou de anotações durante o encontro em curso, uma vez que o interesse está sobre a experiência e não no conteúdo semântico, visto que se almeja uma apreensão vivencial. Considera-se que a experiência não é passível de ser apreendida tecnologicamente, mas sim intersubjetivamente, por outro semelhante, uma vez que há uma estrutura humana universal: corpo-psique e espírito.

Nessa acepção, Husserl (2006, p. 76) revela que:

Tudo aquilo que vale para mim mesmo, vale também, como sei, para todos os outros seres humanos que encontro no mundo que me circunda. Ao ter experiência deles como seres humanos, eu os entendo e aceito como eus-sujeito, assim como eu mesmo sou um, e como referidos ao mundo circundante deles ao meu como um só e mesmo mundo, que vem à consciência, embora de maneira diversa, para todos nós.

Afinadas em tais questões, V. Cury e Fadda (2020) ressaltam que o uso de meios eletrônicos como forma de registro do encontro, leva ao distanciamento do objetivo compreensivo das experiências vividas das pessoas. Elas ainda salientam que, no momento da análise dos encontros entre pesquisador e participante há um recuo com a utilização de métodos próximos aos das pesquisas de cunho positivistas: “Algumas vezes, são apresentados registros a partir de transcrições literais de gravações, que acabam por eclipsar o rico encontro entre pesquisador e pesquisado” (p. 334).

Neste estudo, em especial, o foco se deu no entrelaçar do vivido no encontro, pelo fato desta ser uma experiência singular, pessoal e inédita. O encontro entre pesquisador e participante é um encontro dialógico, centrado na pessoa, sem “(...) nenhuma tela de proteção ao pesquisador, tampouco instrumentos de registro em áudio ou visual dessas conversas” (Bezerra, 2021, p. 79).

Entende-se, então, que os meios tecnológicos, por mais seguros que possam representar para alguns pesquisadores diante do receio de que se perca algo do que foi dito, eles não conseguem apreenderem a atmosfera do encontro de alteridades. Registram-se palavras e imagens, mas a vivência do encontro fica impregnada no pesquisador pela sua presença no encontro intersubjetivo. Considerando o fato de que o interesse da pesquisadora esteve para além do discurso, buscou-se a compreensão da experiência, sendo esta “(...) a relação que o ser humano tem com as coisas do mundo externo, mas também consigo mesmo” (Ales Bello, 2015, p. 77). O vivido pela pesquisadora no encontro tornou-se, portanto, matéria de análise, compreensão e interpretação no estudo do fenômeno, sendo este aspecto o que demarca a intersubjetividade (V. Cury, 2021).

A quinta consideração refere-se à construção de narrativas compreensivas e narrativas sínteses realizadas pelo pesquisador após o encontro com os participantes. A narrativa se configura como a comunicação da experiência vivida, uma produção oriunda de um encontro intersubjetivo, autoral e que operacionaliza as reduções propostas pelo método fenomenológico. Todavia, resguarda-se que “nas novas reflexões é preciso, portanto, poder sempre se convencer de que os estados das coisas expressos em enunciados metodológicos estão dados na mais completa clareza, de que os conceitos utilizados se ajustam real e fielmente ao dado” (Husserl, 2006, p. 146).

O processo metodológico descrito neste tópico é uma proposta metodológica articulada com a Psicologia Humanista, em especial com a Abordagem Centrada na Pessoa, adotando o *encontro dialógico (redução psicológica 1ª etapa da redução eidética)* como forma de “entrar em contato com a alteridade que convoca o pesquisador, também, a uma aproximação consigo mesmo” (V. Cury & Fadda, 2020, p. 333), e *narrativas compreensivas (2ª etapa da redução eidética-vivências estruturantes)* e *narrativas sínteses (3ª etapa — redução transcendental)* como recurso metodológico descritivo da operacionalização das reduções propostas no método

husserliano (Fadda, 2020; Bezerra, 2021; Tostes, 2022).

### **3.3 O encontro dialógico em grupo**

O encontro dialógico é uma estratégia metodológica desenvolvida no contexto do Grupo de Pesquisa Institucional do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da PUC-Campinas denominado “Atenção Psicológica Clínica em Instituições: prevenção e intervenção”. O encontro dialógico propõe privilegiar, como forma de coleta de dados, o contato entre o pesquisador e o participante da pesquisa. Nesse tipo de encontro, o pesquisador intenciona apreender a experiência do participante sobre o tema em foco mediante uma conversa em que ele se permite ser afetado pela relação interpessoal a partir de atitudes de compreensão empática, consideração positiva incondicional e congruência. O encontro pode acontecer de forma individual ou em grupo e o objetivo é que os participantes “(...) compartilhem experiências pessoais, desencadeando um movimento motivacional de revisitar as próprias vivências, atualizando seus significados” (V. Cury & Fadda, 2020, p. 333).

O encontro dialógico é caracterizado como uma vivência intersubjetiva que ao ser vivida de forma empática torna possível conhecer a experiência do outro. De acordo com Savian Filho (2014, p. 34) para Edith Stein a empatia:

não se trata de uma intuição ou de uma simples emoção, mas de um saber do que se passa na consciência alheia, uma experiência da experiência alheia, um perceber aquilo que o outro vivencia, ou, ainda, um sentir o que sente o outro.

Em um encontro dialógico o pesquisador não vivencia a dor, a experiência das pessoas, mas sim o objeto “de sua experiência” (Savian Filho, 2014, p. 38).

Isso significa que pela empatia se vivencia a “experiência da experiência alheia” (p. 34). Este tipo de encontro torna acessível ao pesquisador conhecer as experiências de como os participantes sentem, mergulham nas suas emoções, dão sentidos para as suas experiências,

sendo com o outro, não dentro do outro, não pelo outro, mas a partir do encontro com o outro.

O encontro dialógico abre caminho para o conhecimento da experiência do outro, e, por isso, o encontro é tão precioso na pesquisa. A dialogicidade do encontro é estabelecida pela intersubjetividade, possibilitando a via de mão dupla, com interação e troca entre pesquisador e participante, com a construção em conjunto das ideias e pensamentos (Brisola, V. Cury & Davidson, 2017).

Enquanto proposta metodológica em uma pesquisa fenomenológica, o encontro dialógico possibilita o acesso para o cumprimento da missão da compreensão dos elementos localizados na experiência humana, proposto por Husserl como tarefa da Psicologia. Para tal, a concepção de homem da Psicologia Humanista encaminhou o homem para o lugar de protagonista da sua própria história, em um processo de vir a ser desencadeado pelas relações intersubjetivas com o outro (V. Cury, 2015).

Nesse sentido, no encontro dialógico, as atitudes facilitadoras de compreensão empática, consideração positiva incondicional e congruência propostas na Abordagem Centrada na Pessoa facilitam o encontro com os participantes, mediante as atitudes que, conforme já mencionado, não são técnicas, pois se referem a um jeito de ser que requer do pesquisador a abertura para o encontro com os participantes, compreendendo-os de modo empático, sendo congruente e aceitando positiva e incondicionalmente. Rogers (1997) afirmou que compreender empaticamente está para além da escuta das semânticas. É uma postura de mergulho intencional no mundo do outro, com interesse genuíno em perceber e compreender a experiência da pessoa.

No encontro, a postura de congruência do pesquisador referiu-se a um estado harmônico entre pensar, sentir e agir. O pesquisador comunica de forma transparente o que sente ao entrar em contato com a experiência dos participantes. Já a consideração positiva incondicional trata-se do respeito incondicional pelos participantes e suas experiências, não julgando ou avaliando

experiências e sentimentos (Rogers, 1997).

Como forma de convidar os participantes a iniciarem os seus relatos, o encontro pode ser iniciado com uma questão norteadora: “No entanto, essa questão não necessariamente é explicitada sob a forma de uma pergunta, mas se configura como direcionamento intencional que se apresenta como convite ao participante para discorrer sobre sua experiência subjetiva a respeito do tema proposto” (Bezerra, 2021, p. 76).

Nesta pesquisa, optou-se pelo encontro dialógico em grupo, intencionando conhecer elementos das relações vivenciadas pela equipe entre si, e pelo fato de o grupo ser um espaço potencializador para trocas, interações, identificação, acolhida e aprendizagem. Nesse sentido, os encontros possuíram um caráter interventivo pela afetação, mobilização e atualização que provocou nos participantes.

As atualizações das vivências acontecem, de acordo com Ales Bello (2004), em decorrência de que a vivência está sempre em movimento. Quando alguém se depara com os participantes da pesquisa e eles contam algo sobre a sua experiência, eles estão recordando. Recordar envolve dados factuais, elementos do passado e presente e é nesse preâmbulo que acontece o processo de atualização de novos significados acerca da experiência comunicada.

### **3.4 Narrativas compreensivas e narrativa síntese: compreensão e interpretação das vivências dos participantes**

A construção das narrativas como via de comunicação intersubjetiva e operacionalização da redução fenomenológica tem sido feita pelo grupo de Pesquisa Institucional “Atenção psicológica clínica em instituições: prevenção e intervenção”, sob a orientação da professora Doutora Vera Engler Cury, como estratégia metodológica nas pesquisas fenomenológicas de perspectiva Husserliana. A narrativa é a primeira descrição da experiência dos participantes narrada pelo pesquisador.

Para ser capaz de narrar a experiência dos participantes, não se pode negar que não há como acessar “(...) a experiência do participante diretamente, sem considerar a presença do pesquisador em sua intencionalidade” (Oliveira, 2017, pp. 52-53). Isso significa que a construção da narrativa é um trabalho sensível e autoral, uma vez que, ao narrar o encontro, o pesquisador narra as nuances da experiência vivida do fenômeno estudado, não se refere, portanto, a uma narrativa factual, mas sim abrangente da experiência do contato com outro.

Trata-se de narrar “cores sobrepostas, texturas, fios ora mais densos, ora mais esgarçados, diferentes modelos de pontos, lacunas. Aos poucos, ele ganha confiança no que percebeu ao longo do processo” (Oliveira, 2017, p. 54). O pesquisador começa por si, é instrumento, revisita a experiência descoberta e impregnada em si, extrai de si próprio às experiências e vivências que emergiram no encontro.

Para Benjamin (1994, p. 198), narrar é um processo de “(...) intercambiar as experiências” e exige do narrador a sensibilidade para comunicar a experiência vivida entre (com) as pessoas. Narrar, portanto, é um discurso vivo e se refere à experiência que o narrador extraiu do outro, traz também a experiência do próprio narrador com o encontro.

G. Souza e V. Cury (2017) destacam que a compreensão de Walter Benjamin sobre a narrativa não se tratava desta como uma proposta metodológica de pesquisa, mas de uma via de resgate da capacidade comunicativa das pessoas para explicitar a experiência do outro. Todavia, “a narrativa, ao ser adotada como um modo de construção do conhecimento em pesquisas de cunho fenomenológico, constitui um procedimento rigoroso de interpretação da experiência intersubjetiva gerada a partir de uma relação dialógica entre o pesquisador e os participantes” (Ramos & V. Cury, 2008, parágrafo 4).

De acordo com Alekmin et al. (2021) o processo da construção da narrativa realizado no “Grupo de Pesquisa institucional Atenção Psicológica Clínica em Instituições: prevenção e intervenção” passou por significativas transformações ao longo do tempo, saiu de uma

perspectiva em que se utilizava de gravações, adentrando em um processo cada vez mais livre e autoral. Atualmente, pesquisadores pertencentes ao grupo vêm fomentando o espaço da leitura compartilhada das narrativas construídas. A leitura compartilhada permite a lapidação das narrativas de modo cada vez mais expressivo e sensível do processo de compreensão e conhecimento dos elementos estruturantes dos fenômenos estudados.

Oliveira e V. Cury (2019) destacam alguns dos elementos essenciais para a construção da narrativa: devendo conter a descrição do local em que aconteceram os encontros, assim como trazer a história de vida dos participantes para além da questão norteadora e narrar a relação vivida entre pesquisador e participante. Para as autoras esses elementos são fundamentais na comunicação da experiência das pessoas e consideram

(...) que a interface desses três elementos, tenha o potencial de abrir uma porta ao pesquisador, como via de acesso à experiência que se encontra em investigação e que, caso ficasse reduzida apenas à exploração da questão norteadora, nos afastaria da possibilidade de produzirmos uma pesquisa, de fato, fenomenológica (Oliveira & V. Cury, 2019, p. 80).

As narrativas são construídas mediante o “(...) impacto sobre a experiência do pesquisador” (V. Cury & Fadda, 2020, p. 339). Assim, neste estudo, logo após cada encontro dialógico em grupo, a pesquisadora realizou a construção de uma narrativa compreensiva contendo a sua compreensão e impressões da experiência vivida durante o encontro. A construção da narrativa compreensiva serviu ao propósito de contextualizar e descrever o encontro, já sendo também o início da análise da pesquisa (V. Cury, 2015).

Na construção da narrativa compreensiva o pesquisador também realiza a redução fenomenológica (redução eidética), visto que “o objetivo, na constituição das narrativas compreensivas, é fazer uma progressiva ‘distinção e clarificação’ das vivências, com o desafio de realçar tanto o que aparece imediatamente num primeiro plano quanto o que está no plano

de fundo” (Fadda, 2020, p. 71).

Esgotando-se a extração da experiência vivida no encontro dialógico, o pesquisador passa então para a segunda etapa para conhecer os elementos estruturantes da experiência, inicia-se a construção da narrativa síntese.

A narrativa síntese é a síntese das narrativas compreensivas, e revela os elementos apreendidos da estrutura do fenômeno, ou seja, os elementos comuns da experiência (redução transcendental). Não se trata de uma narrativa generalista da experiência, mas dos elementos que podem ser reconhecidos por outras pessoas, mesmo sendo pessoas distintas das participantes da nossa pesquisa. Trata-se de narrar a “estrutura da vivência que temos em comum como seres humanos, ainda que tais vivências tenham conteúdos muito diversos e sejam radicalmente individuais” (Mahfoud, 2015, p. 11).

### **3.5 Procedimentos da pesquisa**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Com Seres Humanos (número do parecer 2.658.573) da Pontifícia Universidade Católica PUC-Campinas, visto que a pesquisadora está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Stricto Sensu em Psicologia da PUC-Campinas.

A pesquisa foi conduzida conforme a Resolução do Conselho Federal de Psicologia n.º 016/2000, que discorre sobre a pesquisa envolvendo seres humanos em psicologia e a Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012 e Resolução n.º 510, de 7 de abril de 2016, que versam sobre os aspectos bioéticos de pesquisas com seres humanos.

A instituição participante da pesquisa foi uma UBS, de uma cidade do estado de Mato Grosso. Instituição e participantes desta pesquisa não tiveram nenhum custo e não receberam nenhum valor monetário pela sua participação, configurando a participação voluntária de ambos. A UBS participante cedeu o espaço físico de uma sala para a realização dos encontros

dialógicos.

A pesquisadora realizou o convite para os profissionais e gestantes participantes na própria UBS. As gestantes foram convidadas na recepção enquanto aguardavam a consulta de acompanhamento do período pré-natal e os profissionais convidados nos consultórios, copa e corredores da instituição. Os encontros com os profissionais foram agendados previamente, conforme a rotina de funcionamento da UBS, assim como o primeiro encontro com as gestantes, os demais encontros com as gestantes ocorreram antes ou após as consultas do programa de acompanhamento do período pré-natal. Os encontros iniciaram no mês de maio e se encerram no mês de junho de 2023.

A pesquisadora informou sobre os objetivos da pesquisa no ato do convite e no encontro propriamente. Estrategicamente, optou-se por realizar a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido com cada um dos participantes após o encontro grupal em uma linguagem compreensível, assegurando o entendimento e esclarecendo eventuais dúvidas.

Os encontros dialógicos em grupo foram realizados, com a construção de um clima propício mediante as atitudes facilitadoras de compreensão empática, consideração positiva incondicional e congruência, para que os participantes se aproximassem da sua própria experiência. A vivência do espaço facilitador possibilita que as pessoas se tornem mais capazes de expressar as suas vivências, atualizar a percepção de si e ressignificar as experiências (Rogers, 1997).

Foram realizados três encontros presenciais em grupo com gestantes, com diferentes períodos e vivências gestacionais, multíparas e primíparas, para se alcançar uma diversidade de experiência com a assistência recebida no acompanhamento do período pré-natal e três encontros presenciais com profissionais que atuam no programa de acompanhamento do período pré-natal sendo os médicos e as enfermeiras. Foram convidados também agentes comunitários de saúde, dentista e atendente de farmácia. A escolha por três encontros em grupo

com os profissionais se deu para que fosse possível a participação de ao menos um profissional das três equipes multiprofissionais com vivências diversas e tempo de atuação na UBS e no SUS.

Optou-se pela realização de encontros dialógicos com grupos de gestantes e profissionais separadamente, primando para não causar nenhum conflito ao que cada grupo poderia vir a compartilhar caso estivessem no mesmo espaço. Nesse sentido, buscou-se preservar a privacidade das gestantes e dos profissionais para que pudessem se manifestar de modo livre, sem conflitos de ideias e conflitos emocionais.

Os seis encontros dialógicos foram iniciados com a questão norteadora: *“gostaria que você compartilhasse comigo, como tem sido a sua experiência no programa de acompanhamento do período pré-natal”*, estimulando-os a se aprofundarem em suas experiências vividas acerca do fenômeno investigado, motivando-os a dialogar com a pesquisadora, que se propôs a uma escuta interessada e empática, evitando fazer muitas perguntas ou dirigir a conversa. Os eventuais questionamentos objetivaram esclarecer pontos que não ficaram muito claros.

O primeiro encontro aconteceu com três gestantes e teve duração de 1h30. O segundo encontro teve a participação de quatro gestantes e durou 1h20, o terceiro encontro também ocorreu com quatro gestantes, com duração aproximada de 1h15.

Houve três encontros com os profissionais, sendo que no primeiro encontro participaram cinco profissionais – um médico especialista em saúde da família e comunidade, uma enfermeira, dois agentes comunitários de saúde e uma dentista. O encontro durou 1h15. Do segundo encontro estiveram presentes uma médica generalista, dois agentes comunitários de saúde, uma atendente de farmácia/ administração e uma enfermeira, com duração aproximada de 1h10. O terceiro e último encontro aconteceu com uma médica especialista em saúde da família e comunidade e uma enfermeira e teve a duração de 1 hora.

Logo após cada encontro, a pesquisadora escreveu sobre tudo que apreendeu da experiência dos participantes durante o encontro dialógico e construiu uma narrativa compreensiva. As narrativas foram escritas na primeira pessoa, trazendo o vivido dos encontros. Durante esse registro a pesquisadora não fez nenhuma compreensão teórica, prezou por narrar as suas percepções de modo intuitivo e processual.

Após se distanciar e se aproximar das narrativas compreensivas com leituras e releituras individuais e no grupo de pesquisa, esgotando-se o processo de extração da experiência intersubjetivamente vivida no encontro, registrados nas seis narrativas compreensivas: três oriundas do encontro com os profissionais e três dos encontros com as gestantes, a pesquisadora realizou a segunda etapa da compreensão para conhecer os elementos estruturantes da experiência vivida pelos participantes no programa de acompanhamento do período pré-natal, iniciando, portanto, a construção de duas narrativas sínteses, compondo o conjunto de elementos que estruturam o fenômeno.

### **3.6 Gestando o encontro com os participantes: inserção no campo da pesquisa**

A caracterização da UBS na qual a pesquisa foi realizada demandou da pesquisadora algum tempo e atenção. Embora existam diretrizes nacionais que regulamentam a Atenção Básica disponibilizada pelo SUS no Brasil, cada unidade tem suas peculiaridades de funcionamento. Nesta pesquisa, a inserção no campo se assemelhou a vivência da gestação, pois foi se desenvolvendo e ganhando forma gradualmente, assim como o processo de gestação. Mobilizou sensações, percepções e vivências na pesquisadora que antecederam os encontros dialógicos.

A UBS é um espaço basilar de atuação da equipe da Atenção Básica de Saúde <sup>6</sup>que se

---

<sup>6</sup> O termo Atenção Básica equivale ao termo Atenção Primária à Saúde.

constitui no primeiro ponto de atenção à saúde prestada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). É um contexto que disponibiliza diversas modalidades de atendimento e que também realiza gestão de pessoas, com papel social estratégico. As Unidades Básicas de Saúde são responsáveis por ações de “(...) promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde” e estão voltadas para o cuidado individual, familiar e comunitário (Ministério da Saúde, 2017, p. 2).

A Atenção Básica deve ofertar atendimentos para todos de forma igualitária, gratuita e integral, sendo gerida pelos princípios do SUS e pela Rede de Atenção à Saúde – RAS: “Universalidade, Equidade e Integralidade. Da mesma forma, organiza-se a partir das Diretrizes de Regionalização, Hierarquização, Territorialização, população Adscrita, Cuidado Centrado na Pessoa, Resolutividade, Longitudinalidade do Cuidado, Coordenação do Cuidado, Ordenação da Rede e Participação da Comunidade” (Ministério da Saúde, 2017, p. 2).

De acordo com a Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017, no art. 6º, todos os locais que realizam práticas e cuidados na esfera da Atenção Básica no SUS são Unidades Básicas de Saúde. Essas unidades são divididas em: Unidades Básicas de Saúde, Unidades Básicas Fluviais – UBSF, Unidades Odontológicas.

As unidades de atendimento à saúde são descentralizadas e estão próximas da população para o melhor estabelecimento do vínculo, acessibilidade e participação da comunidade. Possuem a recomendação de funcionamento durante 40 horas semanais, mantendo as portas abertas por no mínimo cinco dias da semana no transcorrer dos doze meses do ano, devendo atender 2.000 a 3.500 pessoas por território.

A presente pesquisa foi realizada em uma UBS de uma cidade do estado de Mato Grosso. De acordo com a secretaria de saúde no município há 74 UBS, destas, apenas cinco funcionam em horário estendido, sendo o horário de funcionamento das outras 69 UBS das 7h às 17h de segunda a sexta-feira. De acordo com o último censo realizado em 2022, o município

tem cerca de 650.912 mil pessoas. A UBS participante da pesquisa possui horário de atendimento estendido, das 7 às 21 horas, de segunda a sexta-feira. A UBS ganhou destaque por ser inaugurada durante a pandemia da COVID-19, tendo se tornado referência na testagem e acompanhamento de pessoas infectadas pelo vírus.

Atende 14 bairros, distribuídos em três áreas. Cada área possui sua própria equipe de profissionais. Para cobrir todo esse território, as três equipes multiprofissionais são compostas e divididas da seguinte forma: equipe I atende cinco bairros, sendo composta por um médico especialista em saúde da família e da comunidade, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e uma dentista. A equipe II conta com uma médica generalista, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e uma dentista que juntos também atendem cinco bairros. A equipe III é composta por uma médica especialista em saúde da família e da comunidade, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e uma dentista que atendem quatro bairros.

As três equipes multiprofissionais são compostas por dois médicos da família e comunidade, uma médica generalista, três enfermeiras, quatro técnicos de enfermagem, três dentistas, quatro agentes comunitários de saúde e uma atendente de farmácia. Ao todo são 19 profissionais que compõem as três equipes multiprofissionais da unidade. A UBS conta ainda com quatro profissionais administrativos e uma auxiliar de serviços gerais.

Já a estrutura predial é composta por uma recepção, três consultórios médicos, três salas de atendimentos da enfermagem, uma sala da gerência, uma sala para vacinação, uma sala de pré-consulta, uma sala para curativos, uma sala de coleta de exames laboratoriais, um consultório odontológico, uma sala para medicação, uma farmácia, uma sala de atividades coletivas, uma brinquedoteca, uma cozinha, uma copa, uma sala de estudos, três banheiros para os pacientes, dois banheiros na parte interna para uso da equipe, um almoxarifado, uma sala de insumos e uma sala da auxiliar de serviços gerais, totalizando 28 salas.

Quando as pessoas chegam à recepção da UBS, são rapidamente identificadas a partir

do bairro onde residem, por meio de informação comunicada pela própria pessoa ou mediante a leitura do cartão do SUS e dos dados nele cadastrados. São, então, direcionadas para a equipe responsável pela assistência daquela área de abrangência.

A UBS realiza consultas de acompanhamento do período pré-natal às gestantes de risco habitual e alto risco todas as quartas-feiras, das 7 às 21 horas. Este dia foi estabelecido ainda durante a pandemia da COVID-19, seguindo na época as recomendações do Ministério da Saúde para evitar aglomerações. Embora não estivesse enfrentando mais as mesmas situações, a UBS seguiu trabalhando com um dia específico para o acompanhamento do período pré-natal.

O acompanhamento do período pré-natal das mulheres é realizado em conjunto pelos hospitais de referência e pela UBS, diante da impossibilidade do acompanhamento por um dos hospitais os(as) médicos(as) da UBS acabam acompanhando sozinhos as gestantes. Outra possibilidade de acompanhamento das gestantes de alto risco é via clínica-escola. No momento da realização da pesquisa, as equipes realizavam ao todo o acompanhamento de 97 gestantes.

A população pode agendar consultas de modo geral com o médico da equipe I ao meio-dia e consultas para as médicas das equipes II e III são agendadas às sete da manhã. Ambos os agendamentos são realizados na segunda, terça, quinta e sexta-feira. Estima-se que a UBS realiza por dia cerca de 230 atendimentos.

Na Estratégia de Informatização da Atenção Básica (E-SUS) constam 7.893 cadastros individuais de pessoas assistidas pela unidade, já no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB), constam 17 mil. De acordo com uma das enfermeiras no E-SUS as informações são cadastradas pelo agente comunitário de saúde, mas os dados da UBS encontram-se desatualizados em função do número insuficiente de agentes comunitários de saúde. Outro fator é que não estavam cadastrados moradores de prédios verticais nem de quitinetes. Para ela, caso seja feito o cadastro de toda a população, as metas não seriam atingidas. Nesse sentido, pessoas que residem em prédios e quitinetes são consideradas pela

Secretaria Municipal de Saúde como “população flutuante”, ou seja, essas pessoas são assistidas pela UBS, mas não são cadastradas no sistema para contabilizar dentro da área de abrangência da UBS.

Nenhum dos condomínios que estão dentro dos quatorze bairros estão cadastrados na contabilização da população atendida pela equipe. A saber, o prédio que resido tem 3000 moradores que estão dentro da área de abrangência da UBS. Na região da minha residência, ruas acima e abaixo e nos bairros vizinhos há mais cinco condomínios iguais e maiores que o meu. Nesse sentido, segundo a enfermeira, a equipe atende muito mais pessoas do que constam no sistema, e que, caso façam a contabilização de fato de todos que estão dentro da área de abrangência, teriam que ser implantadas novas equipes na UBS ou, até mesmo, construídas novas unidades.

Passar-se-á, a seguir, a descrever o processo vivido pela pesquisadora desde a inserção na instituição até o momento que antecedeu os encontros com os participantes, desse modo o texto a partir deste parágrafo está escrito na primeira pessoa, pois se trata do processo vivido pela pesquisadora. O primeiro contato foi realizado com a gerente, Clarissa<sup>7</sup>, que era uma das enfermeiras da instituição. O contato foi estabelecido via *WhatsApp*. Clarissa acolheu a proposta da pesquisa e orientou sobre os procedimentos a serem realizados: submissão do projeto para apreciação da Secretaria Municipal de Saúde por meio do Núcleo de Educação Permanente. Juntamente com essas informações enviou o contato de um dos avaliadores do núcleo para os esclarecimentos sobre eventuais dúvidas em relação à documentação necessária. O projeto de pesquisa foi protocolado junto a Secretaria Municipal de Saúde e autorizado a participação da UBS ainda em 2022.

Nesse meio tempo, enquanto cuidávamos dos trâmites burocráticos, aconteceu a troca

---

<sup>7</sup> Todos os nomes das pessoas mencionados em todo o corpo do texto são fictícios.

da gerência na UBS. Clarissa saiu da gerência, foi cedida para um cargo estadual, como secretária adjunta. A notícia causou preocupação, uma vez que Clarissa havia acolhido a proposta da pesquisa, sendo bastante atenciosa em todos os contatos estabelecidos. Dividimos com ela a preocupação de que, embora tivéssemos a autorização por parte da Secretaria Municipal de Saúde, era necessário que a equipe aceitasse participar, que os profissionais se sentissem motivados e disponíveis para os encontros comigo. Clarissa seguiu sendo prestativa e atenciosa, compartilhando o contato de outras duas enfermeiras, para podermos contar com apoio e participação, intermediando também o contato com o novo gerente.

É comum a troca de profissionais da equipe multiprofissional, principalmente em virtude da ausência atual de novos concursos públicos na área da saúde no estado de Mato Grosso. O que tem sido feito com maior frequência são processos seletivos com regime de contratação emergencial, no entanto, o último processo seletivo foi realizado no ano de 2019. É habitual, também, a ocupação de cargos por indicação política. Atualmente, há uma autorização oficial, para a publicação de um edital da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, com a previsão de contemplar 400 vagas. Será este o primeiro concurso do Estado na área da saúde dos últimos 20 anos.

No que se refere a concursos municipais, aproximadamente, após mais de dez anos, no final do ano de 2022, foi publicado um edital para concurso público municipal na área da saúde na cidade em que a UBS está localizada, para provimento de vagas efetivas e formação de cadastro de reserva, sendo ao todo 2.162 vagas. Este concurso continua em andamento, mas, em março de 2023, a prefeitura da cidade lançou um novo edital de processo seletivo simplificado para contratação temporária imediata e cadastro reserva da Secretaria Municipal de Saúde, com 365 vagas.

Após todos os trâmites para realização da pesquisa, aconteceu então a primeira visita à UBS. Antes mesmo de chegar em frente, já foi possível visualizar e identificar a UBS a uma

distância considerável, pelo seu amplo estacionamento totalmente aberto, pois não há muros ou prédios construídos ao redor. A pintura da fachada do prédio é outro fator que possibilita a identificação: verde e branca, cor utilizada em todas as Unidades Básicas de Saúde do município.

A entrada do prédio conta com um espaço amplo, arejado e climatizado. Ainda na porta, do lado de fora, há um aviso: “proibido a entrada sem o uso de máscara.” Na recepção há duas atendentes, três banheiros: um PNE, um masculino e um feminino, e de frente com a recepção fica a sala de atividades coletivas e acesso a copa.

O gerente é um homem jovem e alto, cabelos encaracolados, semblante que transmitia tranquilidade, está na UBS há 10 meses e é enfermeiro. O espaço da sala da gerência é pequeno, tem poucos móveis, sendo uma mesa, um computador e duas cadeiras, porém, é bem iluminado. Todo o prédio possui grandes janelas de vidro.

O gerente compartilhou entusiasmado que a UBS é campo de estágio de uma universidade particular, é campo para estagiários do curso de nutrição, residentes de medicina e alunos de psicologia. Os estagiários de psicologia não prestam atendimentos à população, e também não há um psicólogo na equipe. Os graduando de psicologia têm um tutor que os acompanham no campo em dias alternados. São alunos de estágios básicos, realizam somente observações para conhecerem e discutirem em sala de aula, possibilidades de atuação e intervenções psicológicas naquele contexto.

Frequentei a UBS por alguns dias que antecederam os encontros dialógicos e pude notar que quando as enfermeiras passavam eram paradas pelas pessoas para esclarecerem dúvidas. Algumas gestantes faziam perguntas bem pontuais, por exemplo, sobre os resultados dos exames que haviam acabado de pegar. Na maioria das vezes as enfermeiras já sabiam quem eram as pessoas e as chamavam pelos nomes. Percebi, então, que embora a consulta fosse com um dos médicos, já havia uma relação estabelecida entre as gestantes e a enfermeira, o que

facilitava a elas poderem tirar dúvidas.

Nessa UBS, as gestantes iniciam o acompanhamento do período pré-natal com uma das três enfermeiras. Em conversa com Kelly, uma das enfermeiras, fui informada de que a rotina do acompanhamento se dava segundo as orientações do Ministério da Saúde, sendo a primeira consulta realizada com a enfermeira, depois alternando médico e enfermeira até as 34 semanas. A partir das 36 semanas a gestante é acompanhada somente pelo médico até o nascimento do bebê.

Segundo Kelly, embora seja uma recomendação do Ministério da Saúde, essa era uma rotina possível nessa UBS, mas na sua experiência anterior, após as 36 semanas o médico não acompanhava exclusivamente a gestante, pois ela própria realizava o acompanhamento da gestante até o momento do parto. Contou ainda que por vezes acompanhava sozinha, pois houve um período em que ficaram sem um profissional médico na equipe.

No que se refere ao convite aos participantes, iniciei convidando os profissionais, sendo acompanhada pelo gerente. Começamos por um dos três consultórios da enfermagem. A porta estava aberta, o consultório estava sendo utilizado por uma médica residente. Embora ela não fosse participar da pesquisa, fiz questão de me apresentar. O consultório é pequeno, tendo uma mesa, um computador e uma maca hospitalar. Em pé à porta estava uma médica generalista bem jovem, cabelos escuros, sorridente a maioria do tempo. Perguntou sobre o tipo de método de pesquisa que eu utilizava, demonstrando familiaridade com pesquisas.

Em frente ao consultório da enfermagem fica um consultório médico ocupado por uma médica, que também é jovem, cabelos longos e loiros. Concluiu recentemente a residência médica que concedeu a ela o título de especialista em medicina da família e comunidade. Foi bem receptiva e sorridente. Perguntou se haveria algo que seria aplicado por eles, equipe, às gestantes, como, por exemplo, um questionário ou formulário. Expliquei que não, que a proposta da pesquisa seria a realização de encontros em grupos para conversarmos sobre a

experiência deles, equipe e gestantes, em relação ao atendimento do acompanhamento do período pré-natal. Detalho que os grupos serão realizados separadamente. Percebi já nesses dois contatos iniciais que por ser uma UBS que mantém contato com a universidade, havia uma familiaridade dos profissionais com pesquisas.

Ao lado do consultório dela estava o segundo consultório médico. O consultório estava vazio e então nos dirigimos para a copa. Segundo o gerente, a enfermeira que não estava no primeiro consultório pelo qual passamos e o médico estariam fazendo um lanche. Caminhamos até a copa, o acesso à copa também ficava de frente com a recepção, tendo uma porta com o aviso “entrada permitida apenas para funcionários.” Do outro lado da porta tinha um corredor longo, com algumas salas e banheiros privativos para a equipe. A copa é bem pequena, com uma mesa de madeira com quatro cadeiras e alguns objetos, como copos, facas e talheres. Sentados à mesa estavam o médico, uma enfermeira, uma dentista e um agente comunitário de saúde, comendo salgadinhos, demonstravam estarem descontraídos, sorriam bastante, pareciam estar em uma conversa informal sobre coisas corriqueiras da vida.

Percebi uma horizontalidade na relação entre eles naquele momento, por manterem um contato amistoso e de proximidade uns com os outros. O médico pareceu aberto e acessível aos demais colegas, demonstrando amizade e companheirismo. O ambiente estava descontraído, todos muito simpáticos, bem à-vontade com a minha presença em um espaço mais íntimo da privacidade deles.

Saímos da copa e caminhamos até o consultório das três dentistas, lado oposto aos dos médicos no lado direito da recepção. Ao abrir a sala, havia duas dentistas, ambas jovens. Foram receptivas, sorridentes e simpáticas. Aceitaram participar e se colocaram à disposição para auxiliar no que fosse preciso. No consultório havia três cadeiras próprias para procedimentos bucais e um computador. O espaço estava um pouco escuro e bem gelado.

Ao finalizar o convite com a equipe, senti-me aliviada, com a sensação de que estava

num contexto propício para o encontro dialógico. O gerente expressou a importância desta pesquisa porque os resultados podem servir como uma espécie de “feedback” das percepções das gestantes sobre o acompanhamento do período pré-natal que a equipe disponibiliza as mulheres.

O convite com as gestantes aconteceu na recepção, em uma quarta-feira. De modo simples, aproximava-me das gestantes e dizia o meu nome, que sou psicóloga e que gostaria de convidá-la a participar da pesquisa. Informava que estava interessada em saber da experiência dela com o acompanhamento do período pré-natal. Após o aceite, anotava o número de *WhatsApp* e avisava que entraria em contato, mas que o encontro seria na própria UBS. Apontava com a mão a sala onde seria realizado o encontro em grupo e que informaria o dia e horário. Ressaltava que um dia antes de conversarmos enviaria uma mensagem de *WhatsApp* para lembrá-la.

No decorrer da pesquisa foi preciso mudar a estratégia de convite, pois na temporalidade de uma semana, entre o dia do convite e o dia do encontro muitas coisas aconteciam, as gestantes ganhavam o bebê, passavam mal e ficavam de repouso, eram internadas por pressão alta, etc. Passei então a realizar os encontros no mesmo dia em que as convidava, após concluírem a consulta de acompanhamento do período pré-natal ou enquanto aguardavam para se consultarem.

Constatamos que todo o processo descrito acerca de minha inserção no campo da pesquisa, ou seja, na situação natural onde estariam os possíveis participantes, constituiu parte fundamental para o método fenomenológico poder ser efetivado como caminho nesta pesquisa. Para além, o processo de observação, descrição da inserção desafiou a construção e elaboração da comunicação das experiências vividas nesse percurso, inclusive das adversidades e imprevisibilidades.

### 3.7 Os participantes da pesquisa

Os critérios para inclusão dos participantes que formaram o grupo dos profissionais da saúde foram: a) participarem da equipe de profissionais da UBS que atende gestantes durante o programa de acompanhamento do período pré-natal; b) terem interesse em participar da pesquisa; c) e disponibilidade para participar presencialmente do encontro dialógico com a pesquisadora.

**Tabela 3 – Caracterização dos profissionais participantes**

<b>Nome</b>	<b>Idade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Tempo de atuação no SUS</b>	<b>Tempo de Atuação na UBS</b>
Alana	60 Anos	Agente Comunitária de Saúde	24 Anos	3 anos
Aracira	54 Anos	Agente Comunitária de Saúde	16 anos	1 ano e 1 mês
Emerson	40 Anos	Agente Comunitária de Saúde	8 anos	3 anos
Thaylline	65 Anos	Agente Comunitária de Saúde	20 anos	2 anos
Larissa	39 anos	Dentista	9 anos	2 anos
Marina	33 anos	Farmácia/administração	3 anos	11 meses
Francisca	45 anos	Enfermeira	17 anos	2 anos e 7 meses
Kelly	42 anos	Enfermeira	17 anos	1 ano
Têmis	42 anos	Enfermeira	8 anos	3 anos
Aline	25 anos	Médica Generalista	6 meses	6 meses
Gaia	28 anos	Médica Especialista em saúde da Família e comunidade	3 anos	3 anos
Odair	35	Médico Especialista em saúde da Família	6 anos	3 anos

---

anos e comunidade

---

*Fonte:* Elaborada pelas autoras.

Ao todo participaram 12 profissionais de diferentes especialidades, conforme ilustra a tabela 3.

Para uma compreensão de como se dá atuação desses profissionais, descreve-se a seguir algumas das suas atribuições. Das atribuições dos agentes comunitários de saúde estão: atuar na equipe multiprofissional da UBS com ações que identifiquem os riscos individuais e coletivos para a saúde da população assistida, fazer o encaminhamento das pessoas para os serviços conforme as especificidades e necessidades das pessoas, realizar orientações e educação em saúde na comunidade, construir o vínculo e ligar as pessoas aos serviços básicos de saúde, solicitar visitas médicas/enfermeira domiciliares, acompanhar as pessoas dentro da sua área de abrangência territorial e cadastrar as pessoas da sua microárea, acompanhar os condicionantes dos programas do governo, como Bolsa Família e demais programas para o combate e enfrentamento das vulnerabilidades.

A dentista que compõe o quadro da equipe realiza atendimentos odontológicos à população, diagnostica e planeja estratégias para a saúde bucal, acompanha gestantes, crianças, adolescentes, adultos e idosos. Oferta orientações sobre os cuidados com a saúde bucal e processo de sucção dos recém-nascidos, ossos faciais, constrói estratégias para promoção e prevenção à saúde bucal. Realiza ações para educação em saúde à comunidade e contribuiu informando acerca da necessidade de insumos na UBS.

A atendente de farmácia realiza a entrega dos medicamentos, recolhimento de receitas e organização dos suprimentos medicamentosos. É importante destacar se refere “a atendente de farmácia” neste estudo, pois não se trata de um profissional farmacêutico e sim de uma pessoa alocada para realização das entregas das medicações prescritas pelos médicos,

enfermeiras e dentistas da UBS.

Dentre as atribuições das enfermeiras que atuam na equipe, estão: realizar consultas com criança, adolescentes, adultos e idosos, realizar consultas de acompanhamento do período pré-natal com as gestantes e o parceiro, consultas de acompanhamento às famílias, realizar ações para atenção à saúde da família, comunidade e indivíduo de modo geral, ofertar espaços em grupo, atender as demandas espontâneas, realizar visitas domiciliares e coordenar ações com os agentes comunitários de saúde para educação em saúde da comunidade, promover e participar para formação permanente para toda a equipe de saúde, gerenciar a necessidade de insumos para a UBS.

Compete ao(à) médico(a) o cuidado da saúde das pessoas mediante consultas clínicas, pequenas cirurgias, atividades em grupo, visita domiciliar e atividades promotoras de saúde com a comunidade de modo geral. Realizar encaminhamentos segundo as necessidades das pessoas para os locais adequados e acompanhamento terapêuticos das pessoas encaminhadas, no caso das gestantes de alto risco: manter-se integrado as ações realizadas no acompanhamento das gestantes de alto risco pelos hospitais. Contribuir e participar dos espaços de formação permanente para equipe e auxiliar no gerenciamento dos insumos. Dois, dos médicos participantes desta pesquisa são responsáveis por alunos da graduação e residência inseridos na UBS.

Os critérios para inclusão das participantes que formaram o grupo de gestantes foram:

- a) mulheres gestantes de risco habitual ou alto risco, assistidas pela mesma UBS que os profissionais citados acima;
- b) com idades acima de 18 anos;
- c) que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa;
- d) e que tiveram disponibilidade para participar presencialmente do encontro dialógico com a pesquisadora.

**Tabela 4 – Caracterização das participantes gestantes**

<b>Nome</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Profissão</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Gestações anteriores</b>	<b>Partos anteriores</b>	<b>Idade Gestacional</b>
Adriana	33 Anos	Casada	Dona de casa	Superior completo	01	Cesariana	24 semanas
Adrielly	35 Anos	Casada	Comerciante	Superior Incompleto	02	Normal e cesárea	39 semanas e 1 dia
Clara	32 anos	Casada	Bióloga	Superior completo	Primigesta	-	32 semanas
Elifia	29 Anos	Solteira	Operadora de máquinas agrícolas	Fundamental incompleto	02	Normal e cesárea	21 semanas
Fernanda	18 anos	Solteira	Atendente de Call Center	Ensino médio completo	Primigesta	-	16 semanas
Jéssica	19 anos	Casada	Consultora de vendas	Ensino médio completo	Primigesta	-	38 semanas e 3 dias
Jordana	28 anos	Casada	Técnica de saúde bucal	Tecnólogo	01	Normal	28 semanas
Kênia	22 anos	Casada	Dona de casa	Fundamental incompleto	04	Três abortos e uma cesárea	33 semanas
Mariane	26 anos	Casada	Dona de casa	Ensino médio completo	01	Um aborto	25 semanas
Neuzeli	30 anos	Casada	Motorista de caminhão	Ensino médio completo	Primigesta	-	17 semanas
Pâmela	18 anos	Casada	Dona de casa	Ensino médio completo	01	Aborto	23 semanas

*Fonte:* Elaborada pelas autoras.

Participaram desta pesquisa 11 gestantes com diferentes idades gestacionais, múltiparas e primigestas, com idades entre 18 e 35 anos.

Incluindo os profissionais e as gestantes, a pesquisa foi realizada com 23 participantes.

#### **4. A EXPERIÊNCIA VIVIDA DOS PROFISSIONAIS E DAS GESTANTES: NARRATIVAS COMPREENSIVAS E NARRATIVAS SÍNTESES**

Este capítulo apresenta as narrativas compreensivas dos seis encontros dialógicos realizados entre a pesquisadora e os participantes e as duas narrativas sínteses. As narrativas compreensivas estão apresentadas em ordem cronológica, conforme a realização dos encontros. Todos os nomes mencionados ao longo das narrativas são fictícios. Há no decorrer das narrativas, trechos de falas dos participantes da pesquisa, identificados por aspas e (sic).

##### **4.1 Profissionais: “no SUS ideal seria diferente”**

Cheguei à UBS no início da tarde de uma quarta-feira e me dirigi até a sala de atividades coletivas. Lá estavam Alana e Emerson, ambos agentes comunitários de saúde. Alana estava deitada em uma poltrona e contou que não estava bem e pediu para Emerson aferir a sua pressão. Enquanto Emerson aferia, Alana perguntou quem eu era e do que se tratava a pesquisa. Alana e Emerson não estavam na UBS quando me apresentei e realizei o convite para os profissionais, pois estavam em visitas domiciliares. Também não os vi nos dias em que convidei as gestantes para participarem da pesquisa. Embora este tenha sido o nosso primeiro contato, Alana e Emerson foram bem receptivos. A sala de atividades coletivas é o local no qual esses agentes trabalham e usam o computador. Além disso, nesse espaço tinham várias banquetas distribuídas em círculo.

Alana tem 64 anos, cuiabana, fala alto e firme. Ainda deitada, contou sobre seu irmão mais novo que faleceu na pandemia. Ele tinha diabetes e somado ao COVID-19 veio a óbito. Demonstrava preocupação e medo, por haver um histórico em sua família desta condição clínica. Como eu precisaria esperar pelos demais profissionais, aproveitei o momento, procurei um lugar confortável e me sentei. Nós três começamos, então, a conversar sobre diabetes e

hipertensão e da importância da alimentação saudável e das atividades físicas.

Após aferir a pressão de Alana, Emerson sentou-se atrás da mesa e começou a mexer no computador. Do lado da porta tinha uma pia com três torneiras e um cesto cheio de bonecas e brinquedos. Presumi serem brinquedos utilizados na brinquedoteca ou em algum atendimento quando necessário. A sala também possuía uma porta de vidro que dá acesso direto à rua, saindo do outro lado da UBS.

O combinado era que à medida que os profissionais fossem se liberando, entre uma consulta e outra, eles viriam se juntar a nós. Todos foram convidados e demonstraram interesse, no entanto, a unidade continuava com as suas atividades normalmente. Havia várias pessoas na recepção aguardando por vacinas, exames, consultas de acompanhamento do período pré-natal, entre outros. Quarta-feira era o dia de atendimento às gestantes, mas a UBS acabava atendendo outras demandas também. O tempo de agendamento entre uma consulta e outra era de 30 minutos. Durante as minhas visitas na unidade, observei que esse era o tempo de intervalo da consulta médica, mas até chegarem na sala do(a) médico(a), as gestantes passavam pelo técnico de enfermagem para procedimentos padrões, pesagem, etc. Algumas realizavam as atualizações de vacinas e se consultavam com as dentistas.

Aguardei com Alana e Emerson por aproximadamente 30 minutos, até que Kelly e Larissa, que são dentistas, chegaram. Em seguida, juntou-se a nós Odair, médico. Todos se sentaram próximos e usavam jalecos e máscara. Formaram um grupo com cinco profissionais. Ao vê-los, senti vontade de pedir para conversarmos sem a máscara, porém, lembrei-me de que eu também estava usando e decidi tirar a minha, o que fez com que, Odair, Kelly e Emerson me acompanhassem nesse movimento. Eu queria ver as expressões faciais deles, os sorrisos, como olhavam entre si, as expressões dos possíveis sentimentos e sensações vividas ao relatarem suas experiências.

Perguntei para Kelly se estávamos todos na sala, e ela me respondeu que não, ainda

faltava a técnica de enfermagem. Dispôs-se, então, a ir ver se a profissional e mais alguém conseguiria participar. Quando retornou avisou que podíamos começar, assim que possível os demais viriam. Após alguns instantes, a técnica de enfermagem entrou, mal se sentou e já foi chamada para atender um paciente. Os técnicos de enfermagem são bem ativos, realizam a vacinação e fazem a triagem de todos os pacientes que chegam à UBS.

Decidi que deveria iniciar, pois todos os profissionais na sala estavam no intervalo entre uma consulta e outra. Apresentei-me novamente, já que Alana, Emerson e Kelly não estavam no dia que fui apresentada à equipe. Expliquei que era um encontro em grupo em que não faria o uso de gravação nem de qualquer outro meio de registro no transcorrer do encontro e produziria, após o encontro ser encerrado, um texto sobre o que compartilharam comigo.

Nesse momento, percebi o olhar de estranhamento de Kelly, que fez mestrado com um método quantitativo. A pesquisa dela foi na temática da gravidez na adolescência, na Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, no grupo de pesquisa Gerar. O Programa de Pós-Graduação que Kelly foi aluna, eu conheço. Durante o meu mestrado no PPG-PSI da UFMT frequentei o grupo de estudo. Na época, foi implantado um programa de preparação para o parto em que participei. Ao saber que conheço o grupo de pesquisa que frequentava, retribuiu com um olhar de carinho, ressoando afetividade e identificação com a experiência de ser aluna de pós-graduação.

Ao lançar a questão norteadora, vivenciamos alguns instantes de silêncio e olhares. Ficou nítido que esperavam algo diferente, que houvesse uma pergunta e que esta fosse direcionada a alguém. Kelly então perguntou: “quem vai começar?” (sic). Todos sorriram, mas Emerson é quem se prontificou a iniciar. Emerson é agente comunitário de saúde, está na UBS desde a inauguração em 2020 e tem 40 anos. Ele realiza um curso em técnico em enfermagem e planeja trabalhar no *contraturno* em outro espaço como técnico.

Minuciosamente, detalhou os procedimentos adotados nas visitas domiciliares e citou o

cadastramento das pessoas. Após explicar a parte mais dura do seu trabalho, sintetizou que a sua prática é gerida pela orientação, informação e escuta, que conversa bastante com as pessoas, e os usuários o veem como alguém que resolve tudo e que às vezes está passando na rua e as pessoas o chamam. Perguntei como é ser visto nesse lugar. Primeiramente sorriu, em seguida mencionou que não resolve tudo o que acham que resolve, mas que sim, agiliza bastante coisa. Expôs a sua percepção de que o vínculo é estabelecido nesses contatos, dizendo ser a pessoa que vai até os usuários do SUS e adentra as residências, nos espaços de privacidade das pessoas.

Havia um misto de orgulho com satisfação pelo trabalho realizado, pelo contato com as pessoas. Transmitia a sensação de como é ser colocado como o sujeito em quem os pacientes podem contar para auxiliar na solicitação dos exames e consultas, quem solicita e agenda as visitas médicas domiciliares para os pacientes acamados. É quem vê antes mesmo do médico o estado de saúde das pessoas. Estávamos todos ali, escutando a sua experiência, fato este que parecia ter um sentido importante para ele, visto trazer com entusiasmo as suas vivências.

Especificamente, no processo de acompanhamento com gestantes, contou que não tinha muito trabalho: o seu papel é de mapear, identificar e orientar para procurarem a UBS o mais breve possível, logo após descobrirem a gravidez. Emerson relatou tudo tão breve, que fiquei interessada em saber se sentia dificuldades no acompanhamento às gestantes. Rapidamente me respondeu que não, que são tranquilas.

Senti-me frustrada, pois gostaria de ouvir mais sobre a relação e o contato, mas Emerson estava impelido a expor as suas dificuldades como um todo, e essa parecia ser uma experiência significativa para ele, e que certamente deveria ser acolhida por mim. Notei que não estava tão confortável quanto pensava estar. A frustração diante da experiência dele foi porque idealizei relatos e vivências, e essa idealização estava atrapalhando a minha presença no encontro. Tentei retornar para ele e o nosso encontro, escutar e compreender o que estava falando e o que significava tudo isso.

Emerson estava incomodado com a grande área descoberta e contou serem apenas quatro agentes comunitários de saúde para dez áreas descobertas. Ele e os três colegas, conseguiam ofertar apenas um suporte pontual, em situações emergenciais, para as demais áreas. Exemplificou com o caso de uma pessoa com Leishmaniose, em que precisou se deslocar até a residência e realizar os devidos encaminhamentos e orientações. Era nítida a sua sensação de frustração. Cada agente comunitário faz a cobertura de uma ou duas regiões. Como a UBS conta com quatro desse profissional no momento, e possui uma abrangência de 14 áreas, dez estavam descobertas. Para ele, é urgente a realização de um concurso público ou contratações de outros profissionais para conseguirem acompanhar a população da área de abrangência da unidade. Compartilhava comigo e com os colegas, as suas dificuldades e preocupações, retratando a relevância do seu trabalho.

Em virtude de as gestantes aderirem ao programa de acompanhamento do período pré-natal, realizarem as consultas e não demandarem tanto dele, acabam sendo um público de fácil acompanhamento. No entanto, havia outras situações, na prática, que o atravessavam. De modo geral, a sua prática se dá por meio de procedimentos padrões. Então o público e as especificidades desta ordem, gestante ou idoso, não altera o que precisa fazer, ou seja, cadastramento e visitas domiciliares, o que não significa que não estabeleça relações para além do protocolo, conforme mencionou.

Muitas pessoas não reconhecem a UBS como atenção primária. Emerson acredita que seja assim pelo fato de ter sido inaugurada na pandemia, sendo um lugar de referência para a realização de testes de COVID-19. Durante o tempo que Emerson falava, os seus colegas realizavam expressões de aprovação. Muitos ensaiavam comentários, mas não realizavam. Achei importante mencionar que poderiam comentar, caso o que Emerson estivesse relatando os remetesse a alguma experiência que gostariam de compartilhar.

Kelly, enfermeira, iniciou seu relato. Tem 42 anos, atua no SUS há 18, mas está

somente há um ano na UBS. Surpreendeu-se de como as gestantes dessa região são bem instruídas e informadas. Isso era bom, mas às vezes atrapalhava. Entusiasmada, expôs que procuravam a UBS logo no início da gestação, sendo ótimo para as metas que a equipe tem que cumprir, o que era diferente da sua experiência anterior, em outra unidade, em que muitas mulheres chegavam com 24 semanas já de gestação.

Interessei-me em saber como que o nível de instrução e informação elevado das gestantes acabava atrapalhando a prática dela. Perguntei sorrindo, pois, contava com um sorriso, demonstrando quão interessante é uma enfermeira enfrentar dificuldades com o nível de instrução e informação das gestantes. Todos se olharam e sorriram de volta, concordando que esse era um fator vivido pelos demais profissionais.

Ela comentou que isso atrapalha, pois, ao saberem de tudo, fazem com que em determinadas situações não aceitem os procedimentos e prescrições médicas benéficas para a situação de cada uma. Ao virem com uma informação que não corresponde por vezes às necessidades e condições clínicas, não aderem à medicação, não fazem o que é recomendado, mas querem indicações de vitaminas e exames que nem sempre são necessários.

Enquanto Kelly falava, percebi que ela e Odair eram próximos, pela forma como se olhavam e ficavam atentos reciprocamente, e de fato são: Kelly inicia o acompanhamento do período pré-natal e ele finaliza, acompanhando até que a gestante dê à luz. Há uma parceria de práticas que se apoiam e se complementam. Odair demonstrava se identificar e respeitar a prática e a condução de Kelly, o que afastava qualquer indício de uma relação vertical entre médico e enfermeira, pelo contrário, demonstrava que Kelly era uma colega em que se apoiava e dividia as responsabilidades da função.

Kelly continuou explicando como o nível de informação atrapalhava em determinados momentos, trazendo exemplos com mais um caso de uma paciente que precisava de um tipo específico de vitamina receitado por Odair, mas que não fez uso por ler que essa vitamina

deveria ser administrada intravenosa. Narrava a situação com espanto.

Em um ano de atuação na UBS, Kelly percebeu que as gestantes e a população de modo geral assistidas não são periféricas, muitas das gestantes fazem acompanhamento na rede particular e procuram a UBS quando precisam de algo específico. Recentemente iniciou o acompanhamento de uma gestante que tinha plano de saúde e realizava o acompanhamento do período pré-natal na rede particular. A gestante procurou atendimento porque precisava de um medicamento de custo alto e descobriu que o SUS ofertava gratuitamente para as gestantes acompanhadas na rede pública de saúde.

Após a primeira consulta, com a vivência de um bom acolhimento e atendimento, a gestante se deu conta de que o SUS possui uma atenção mais completa do que a rede particular, com atenção odontológica e consultas, ainda que esporádicas com estagiários da nutrição. Kelly mencionou que a gestante ficou espantada e maravilhada com o nível de atenção ofertado, o que fez com que informasse que só permaneceria com o acompanhamento particular pelo fato deste assegurar à gestante o parto com o médico de sua escolha. Perguntei, então como eles percebiam o acompanhamento duplo. Odair respondeu calmamente que é tranquilo, mas que acaba sobrecarregando a UBS, pois têm uma demanda alta de acompanhamento do período pré-natal.

Kelly explicou que a sua primeira consulta é demorada, leva em média uma hora, por intencional saber de tudo e informar bem as mulheres. Observei que todos expressavam concordância, como se quisessem falar algo, mas seguiam atentos e em silêncio, escutando. Parecia ser comum para eles falarem um de cada vez, mas também me perguntei se não estaria relacionado ao fato de estarem no intervalo das consultas, com pouco tempo, o que demandava organização com a fala.

Sentado em uma banqueta ao lado de Kelly, estava Odair. Ele balançava bastante as pernas, fato esse já notado desde quando Emerson começou a falar. Odair trocou diversos

olhares com Kelly, sorriu para várias coisas trazidas, por vezes sorriu para confirmar, outras vezes transmitiu a sensação de admiração em relação ao que escutava.

Perguntei sobre essa escuta que eles têm, utilizando o plural propositalmente, pois senti o reconhecimento e a identificação deles com as vivências trazidas por Kelly. Gostaria de compreender como o grupo estava interagindo. Por algum motivo, estava inclinada a olhar na direção de Odair, que seguia agitado fisicamente, abaixava e balançava a cabeça, demonstrava cansaço, aparentava ausência de boas noites de sono, somada a uma longa rotina de atendimentos.

Para Kelly é importante escutar as gestantes e os usuários de modo geral. A escuta é compreendida como o que possibilita o vínculo e uma relação de proximidade, mas com a alta demanda não conseguia fazer isso em todas as consultas, sendo a primeira consulta a que conseguia escutar um pouco mais as gestantes. Encerrou a sua fala com este relato.

Por alguns segundos ficamos em silêncio até que Odair se apresentou. Médico da família, antes de atender nessa unidade trabalhou em um distrito bem próximo de Cuiabá, na zona rural. Casado, tem 35 anos e atua no SUS há seis. Está na unidade há 3 anos, desde a inauguração. Com entusiasmo expôs que gosta da clínica da família. Para Odair, atender as gestantes é muito tranquilo: “é o público mais tranquilo!” (sic). Sorria ao mencionar a tranquilidade dos atendimentos no programa de acompanhamento do período pré-natal.

O atendimento tranquilo ao qual se referia estava relacionado à sua rotina de prática e pelo gostar que havia mencionado. Embora goste de atender gestantes, a alta demanda que a UBS possui acarreta pouco tempo de consulta. O tempo médio das consultas são de 30 minutos, mas Odair gostaria que as consultas do programa de acompanhamento do período pré-natal fossem mais demoradas, mas não há tempo.

O seu semblante estava cansado, mas com um olhar de quem se importava e se lamentava por ser isso que conseguia ofertar. Digo que percebo a sua vontade de mais tempo,

e que demonstrava uma frustração com a situação. Após comunicar o que havia percebido, Odair olhou em minha direção e sorriu. Aparentava um certo alívio, relaxando os braços, balançava menos as pernas. Corri os olhos pelo grupo e notei um aceno de confirmação em relação à experiência de Odair. Todos o olhavam com identificação e solidariedade.

Expôs que parte da sobrecarga se dá pelo fato de que Kelly não acompanhava as gestantes no final da gravidez e que não tinha para onde referenciar gestantes de alto risco, pois os hospitais não estão atendendo, acabando por acompanhar sozinho algumas gestantes de alto risco. Lembrou que durante a pandemia, esteve mais possível o acompanhamento do período pré-natal, e que havia uma rede mais integrada e articulada, mas que se desfez. Citou o Hospital Universitário de referência e uma pesquisa realizada na pandemia, e que desconfiou que pelo interesse da pesquisa o hospital acolheu de prontidão as gestantes de alto risco na época.

Interessei-me em saber um pouco mais sobre as demandas de alto risco e se tem demandas psicológicas, da saúde mental. Contou que na sua experiência na UBS, realizou apenas o encaminhamento de uma gestante ao psiquiatra, sendo que na maioria das vezes ele quem acaba receitando alguma medicação. Compreendia que “todas e todos, equipe e gestantes precisavam de um(a) psicólogo(a)” (sic), mas na equipe mínima da UBS não tem. Odair escuta o que pode, no tempo que tem, mas sabe que: “no SUS ideal seria diferente” (sic), contaria com outros profissionais. Havia um misto de frustração com aceitação diante da realidade vivida.

Indaguei se dialogava com outros profissionais da equipe, se tem reunião multidisciplinar para discutir casos, se conversa com Kelly sobre as gestantes que acompanham, já que notei o reconhecimento dele em relação aos demais profissionais e dos profissionais para com ele. Respondeu que quando é possível, sim, conversa com Kelly, porém são coisas mais pontuais, informações de modo geral sobre determinada paciente.

Não há reunião multidisciplinar na UBS, o que talvez explique o modo como se organizaram no grupo: falando um por vez em sentido anti-horário. Estar em grupo não era uma

experiência comum, tão pouco dialogarem e escutarem acerca das dificuldades desde as visitas domiciliares até a consulta no consultório médico.

Observei que enquanto Odair falava, balançava menos as pernas, e ao contar determinadas situações que de algum modo afetava ou incomodava, abaixava a cabeça. Encerrou a sua fala dizendo que já não estava mais conseguindo focar no grupo, pois tinha visto que estava na hora da próxima consulta. Todos sorriram. Por alguns instantes, pensei que sairia da sala, mas optou por permanecer, agora em silêncio, participando com olhares e expressões de concordância com o que estava sendo mencionado pelos colegas da equipe.

Alana começou mencionando que é agente comunitária de saúde há 24 anos, sendo também a participante profissional mais velha desse grupo. De modo geral, os profissionais que compõem a equipe são jovens. O seu trabalho consiste em ir até as casas das pessoas. Fez questão de mencionar que conhece muito bem a sua região de cobertura e que conhece até os vizinhos das pessoas que acompanha.

Expôs com orgulho a habilidade de comunicação e a capacidade de conversar sobre tudo com as pessoas. Considera importante a utilização de uma linguagem acessível no contato com as pessoas assistidas, em especial nas visitas domiciliares. Quando os médicos residentes a acompanhavam nas visitas ficavam impactados pela linguagem que utiliza. Fez questão de contar que é cuiabana, que fala a linguagem das pessoas, e esse tipo de contato deixa os usuários próximos e mais à vontade: “quando os estagiários me veem falando com as pessoas, dizem: “Dona Alana, a senhora conhece todos” (sic). Percebi que se referia a uma confiança, identificação e vínculo que estabelece com as pessoas, sendo referência para as pessoas buscarem a UBS. Data também que já são três anos atuando na UBS, sendo ao todo, uma atuação de 24 anos como agente comunitária de saúde.

Alana preferiu contar de modo amplo sobre a sua experiência, demonstrando que a rotina e o contato possuem as mesmas características para o acompanhamento das gestantes e

demais pessoas. Compreende que a Atenção Básica tem que ser um lugar em que se tenha mais tempo para vivenciarem o contato com os usuários, mas os outros profissionais não conseguem um tempo longo. Os agentes comunitários de saúde são o primeiro contato, por vezes, que as pessoas têm com o serviço da Atenção Básica. Ao escutar Alana, compreendi que se referia ao fato de os agentes serem uma ponte entre as pessoas e a UBS, utilizando da sua vasta experiência e do jeito de ser para estabelecer um contato horizontal e se vincular as pessoas.

O desfalque de agentes comunitários de saúde também é trazido por Alana, o que faz com que cite a quantidade de território descoberto em detrimento disso. Alana se importa, mas demonstrava se impactar menos com a defasagem de profissionais do que Emerson. Decidiu encerrar a sua fala, dizendo que é isso o que gostaria de compartilhar da experiência dela.

A última a contar sobre a sua experiência foi Larissa, dentista e que está na equipe há dois anos. Larissa é casada, tem 39 anos, e já estava inserida no SUS há nove. Sua experiência tem sido significativa. Atendia em um consultório antes de atender na UBS. Agora inserida em um espaço de promoção de saúde que envolve outros aspectos da pessoa, para além do bucal, se reconhece como uma profissional da área da saúde com a sua devida importância.

Transmitia satisfação com o contato com as gestantes e revelou o espanto trazido pelas grávidas, visto que muitas gestantes não sabiam e não credenciavam importância para a saúde bucal e cuidado que o dentista pode proporcionar na gestação. O contato com as gestantes é bem pontual: as gestantes não podem ser submetidas aos procedimentos no início da gestação, nem ao final, a não ser em situações bem específicas que demandem atendimentos.

Para Larissa, o atendimento do dentista abarca até a amamentação. No contato com as gestantes, informa e orienta acerca da importância da sucção, dos ossos faciais do bebê e dos cuidados iniciais com o recém-nascido. Reafirma que a sua experiência tem sido significativa também pelo fato de atender com mais duas dentistas, o que possibilita uma troca entre elas. Encerrou mencionando que estar inserida nesse nível de atenção trouxe outros sentidos para a

prática, como esses que acabou de mencionar.

Todos do grupo haviam falado, porém, senti a necessidade de perguntar se gostariam de tecer mais algum comentário ou contar algo a mais. Todos disseram que não e que contaram o que julgaram significativo. Após esse momento, entreguei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e escutei a porta se abrir. Era uma médica que comentou algo de longe com Odair, que mais que depressa assinou o termo e pegou a sua via, e se despediu perguntando se os demais profissionais também iriam participar da pesquisa. Mencionei que combinei para o retorno no segundo momento com os outros profissionais. Ele então consentindo, saiu.

Continuei com os demais, agradei a todos, que também refizera a mesma pergunta: se os outros profissionais poderão participar. Todos se despediram e saíram. Quando o último participante deixou a sala, corri para rascunhar algumas coisas que tinha medo de esquecer. Após mais de 1 hora de encontro estava bem cansada, pois acompanhar o movimento do grupo atenta a todos os profissionais sem deixar de estar presente me exauriu. Encerrado o encontro, percebi o quanto esse momento em grupo foi essencial: o grupo facilitou a identificação e a rememoração de vivências significativas próprias da relação e do cotidiano deles, possibilitando ainda, um momento em que puderam se escutar.

Compreendi o modo como os participantes organizaram-se no encontro em grupo: falando um por vez, seguindo o sentido anti-horário, começando por Emerson que estava do meu lado direito e se encerrando com Larissa sentada do meu lado esquerdo, e, que, embora demonstrassem com expressões faciais e olhares algumas sensações diante do que escutavam dos colegas, optaram por fazerem as suas narrativas de modo mais individuais, sem adentrarem e comentarem os relatos das experiências dos colegas.

Percebi que para eles era preciso uma organização de quem começaria e encerraria, conforme indagado por Kelly, logo no início. A organização do grupo também ressoou a padronização e rotina com a qual a equipe empregava as práticas na UBS: tempo de consultas,

dias para atendimentos as gestantes, dentre outras. Com tantos afazeres na rotina, momentos livres, sem uma padronização prévia, como o encontro em grupo para reuniões multidisciplinares, acabam não acontecendo.

#### **4.2 Gestantes: “me vê, me escuta!”**

Cruzei a recepção ainda no início da manhã para continuar convidando as gestantes, já que dos convites realizados anteriormente consegui a confirmação de três participantes. Gostaria de formar um grupo com mais grávidas.

Estava acontecendo na cidade a semana da conferência municipal de saúde e duas enfermeiras e uma técnica de enfermagem estavam participando no período da manhã. As conferências municipais na cidade são realizadas em virtude da Lei 094/2003, com o intuito de promover a participação do controle social através da representação ampla da sociedade, para ser possível nortear e indicar políticas públicas nos próximos dois anos pós-conferência nos municípios.

À medida que o tempo passava comecei a ficar apreensiva, sentia-me contrariada. Estava inclinada a realizar o encontro com sete a dez gestantes, conforme havia descrito metodologicamente no projeto submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Percebi em mim uma rigidez que inclusive não condizia com o próprio método. O campo é um campo vivo e eu estava me distanciando disso, desesperando pelo fato de já ter se passado algumas horas e não ter chegado nenhuma gestante para ser convidada.

Após um longo período aguardando, chegou uma gestante, com semblante de dor e olheiras. Contou-me que não conseguiria participar, estava no final da gestação, não dormiu a noite e não poderia ficar muito tempo sentada. Por alguns instantes considerei remarcar novamente com as gestantes que confirmaram, porém, senti que não seria o ideal, achando por bem realizar este encontro com as três, escutá-las.

Um dia antes havia lido o poema de Rubem Alves: “o que é científico?” e sublinhei especialmente o trecho: “a obsessão com o método entope o caminho das boas ideias”. Era isso que estava acontecendo naquele momento. Eu estava presa em algo pensado há alguns meses, quando ainda não havia sequer adentrado na unidade. Naquele momento eu estava ali e era preciso abraçar a especificidade e a adversidade que o campo lançou, retomar significativamente para o tipo de pesquisa que propunha-me, para imprevisibilidade do encontro, da quantidade de participantes, das experiências narradas, das minhas próprias sensações, percepções e sentimentos.

Com o passar do tempo, aproximei-me de uma das recepcionistas para perguntar se as consultas de acompanhamento do período pré-natal estavam agendadas normalmente, com um intervalo de 30 minutos entre uma consulta e outra. Em virtude da participação das enfermeiras e de uma técnica de enfermagem na conferência, havia poucas consultas com as gestantes no período da manhã, mas na parte da tarde havia bastante consultas agendadas. Já havia decidido que não reagendaria, que ficaria ali e me encontraria com as três gestantes.

A primeira a chegar foi Adriana que veio acompanhada da filha de 13 anos. Adriana é casada, possui nível superior completo, formada em serviço social, tem 33 anos e estava vivendo a sua segunda gestação. Desde o nosso primeiro contato, semanas atrás, ainda na recepção, mostrou-se interessada e disposta a me encontrar e contar a sua experiência.

Ao vê-las chegando, levantei-me para recebê-las. Adriana apresentou a sua filha e contou que após 13 anos estava vivendo novamente a experiência de gestar, agora compartilhando bastante coisa com a filha. As duas são bem parecidas fisicamente, ambas são altas, cabelos cacheados e demonstravam viver uma relação de proximidade. Adriana estava grávida de uma menina novamente, com 24 semanas de gestação.

A segunda participante a chegar foi Kênia. Tem 22 anos, mãe de uma menina de um ano e estava também na sua segunda gestação, com 33 semanas. Ainda não sabia o sexo do

bebê, e quando realizou o ultrassom, o cordão umbilical estava no meio das pernas. Apesar de jovem, Kênia já passou por três abortos seguidos, nos anos de 2019, 2020 e 2021. Mudou-se para Cuiabá há pouco mais de um ano, veio do interior do estado, morava em Tangará da Serra, Mato Grosso. Embora tímida, demonstrava conforto em passar um tempo comigo e com outras duas gestantes para conversarmos. Ao entrarmos na sala, Adriana foi simpática e acolhedora com Kênia, cedendo o lugar. Adriana estava sentada em uma poltrona, dessas para procedimentos intravenosos, almofadada.

Deixei-as na sala e voltei para a recepção. Não demorou muito e recebi uma mensagem de Adriely, avisando que estava saindo de casa, e que por morar perto, rápido chegaria. Adriely tem uma distribuidora de bebidas próxima da UBS, sendo este seu local de trabalho, se atrasou porque teve que deixar um funcionário para poder vir. Adriely tem 35 anos, casada, estava na sua terceira gestação, com 39 semanas e um dia.

Iniciei o encontro agradecendo o aceite em participar da pesquisa e expliquei novamente o objetivo dela e que o encontro não seria gravado. Já tivemos contato via *WhatsApp*, e percebi que em relação a mim, pareciam estar bem à vontade. Não havia mais a necessidade de me apresentar. Comuniquei então a questão norteadora.

Adriely e Adriana estavam sentadas uma do lado da outra, Kênia e eu de frente para elas. Adriely expôs que não tinha muito do que reclamar. Fez o acompanhamento da gestação anterior com o mesmo médico atual, nessa mesma UBS. Notei que enquanto falava, olhava para Kênia e Adriana, buscando perceber a expressão delas, sobre não ter muito do que reclamar. Adriana, de frente para mim, não esboçou expressão de reprovação para fala de Adriely, porém, demonstrou com uma expressão de surpresa que não faria essa mesma afirmação. Kênia aparentava estar interessada e atenta ao relato de Adriely, enquanto balançava a sua filha com as pernas. Ao perceber o olhar de Adriana instantaneamente, Adriely sorriu um pouco sem jeito e disse que faria uma pequena crítica, mas que não sabia como essa crítica seria para as demais.

Disse que se sentiu desconfortável nas consultas do médico ultimamente, visto que o consultório está sempre cheio de estagiários. Não tem conseguido perguntar as coisas, já percebeu que o médico tem deixado a consulta por conta dos estagiários, pois fica sentado observando o que fazem. Notou que o médico emprega a postura de correção e verificação do modo como os estagiários realizam os exames clínicos, avaliando se está correto. Adriely se referiu à ausência de interação dos estagiários e do médico com ela quando estão examinando-a, pois ficam falando entre si sobre o que estão vendo e compreendendo do período gestacional e dos exames feitos naquele momento, mas tudo isso entre eles, deixando-a de fora.

Na sua última consulta, quando abriu a porta do consultório, ficou perplexa, pois tinha estagiário sentado na maca, na cadeira e um de pé. Foram os estagiários que escutaram o coração do bebê e falaram a frequência cardíaca. O médico perguntava se tinham certeza da frequência (BPM-Batimentos por Minutos). Cada estagiário falava uma frequência diferente, mas o médico já sabia, porque Adriely o viu calculando no celular. Foram medir o tamanho da sua barriga e deu menor que da última consulta, cada hora um medida e dava um tamanho diferente. Até que o médico se levantou, foi medir e escutar o coração, mas foi somente isso o que fez, sendo essa a única interação que tiveram.

Adriana ficou surpresa, não sabia que havia estagiários na sala durante as consultas de acompanhamento do período pré-natal, ainda mais esse tanto. Ficou visivelmente incomodada sobre esse momento: de que as consultas eram acompanhadas pelos estagiários e o médico faria apenas correções dos exames que fossem realizados. Até aquele momento, as consultas tinham sido somente com ela e a médica na sala. O mesmo ocorreu quando se consultou com a enfermeira.

Para Kênia, estar na sala, no momento da consulta, com mais de um profissional, é comum. Kênia faz o acompanhamento do período pré-natal na UBS e em uma clínica-escola, a clínica da faculdade que a UBS recebe os alunos de medicina. Nas consultas feitas na clínica-

escola há duas alunas na sala que fazem tudo, somente depois que o professor entra e verifica se as anotações das estagiárias estavam corretas.

Fazer o acompanhamento do período pré-natal na unidade e na clínica-escola dificulta a sua vida, por ser tudo muito longe. Por vir do interior do estado, pensava que aqui seria melhor por ser capital, mas que fica em: “um vai e vem para lá e para cá” (sic). Fazer o acompanhamento de pré-natal lá tem sido difícil para se locomover com a bebê e também por falta de dinheiro. O seu acompanhamento era para ser realizado na rede do SUS, pelo Hospital Universitário de referência que abrange a área dela e não por uma clínica-escola. Kênia não sabia o porquê está fazendo o acompanhamento do período pré-natal lá e não no hospital, não foi informada sobre isso, apenas orientada de que seria feito em conjunto: clínica-escola e UBS.

Adriana também iniciou afirmando que é bom o acompanhamento na UBS, mas pondera o fato de não ser com um obstetra. Não compreendia o porquê não tem um obstetra. Já que a UBS acompanha tantas gestantes, deveria ter um na equipe. Os médicos generalistas e da saúde da família sabem sobre gestação, mas compreendia que o saber deles difere do de um obstetra que estuda só isso, trabalha só com isso, é especialista nisso.

Exemplificou a sua compreensão através do profissional dentista: “se você precisar de um canal, não vai em qualquer dentista, vai em um endodontista” (sic). Compreendia que se a mulher está grávida, seja uma gestação de risco ou não, necessita de um obstetra. Também sente falta de sair do programa de acompanhamento do período pré-natal preparada para o parto. O acompanhamento como tem sido feito não a está preparando, já que nas consultas não é informada sobre o momento de procurar o hospital quando entrar em trabalho de parto e não sabe quais as etapas e mudanças que o corpo vai passar no momento do parto. Sentia-se desassistida e desinformada nesses aspectos, o que fez com que começasse a seguir nas redes sociais médicas obstetras para se informar.

De modo geral, para Adriana, a assistência técnica é bem executada no programa de

acompanhamento do período pré-natal, no entanto, tem sentido essa rigidez protocolar com o qual tem se dado as consultas, pois há uma roteirização conforme o desenvolvimento gestacional, mas as questões emocionais advindas pelo processo parturitivo não tem encontrado acolhida. Embora o(a) médico(a) que a acompanha no período pré-natal não faça o seu parto, gostaria de conversar nas consultas sobre o parto propriamente, para esclarecimentos de dúvidas e recebimentos de orientações. Para ela seria confortante, diante das incertezas vividas no trabalho de parto e do parto em si.

As informações alcançadas nos espaços das redes sociais e leituras de artigos científicos escancaram ainda mais que no programa de acompanhamento do período pré-natal não encontram as informações que necessitam. A partir do que tem visto nas redes sociais e leituras, Adriana percebeu que até as vitaminas estão sendo recomendadas as mais básicas. Recentemente leu um artigo que falava do ômega 3 encontrado no peixe como fator que contribui na prevenção da depressão pós-parto, no entanto, a quantidade de peixe que comemos não é suficiente para repormos o necessário, por isso o uso de vitaminas específicas de ômega 3 na gestação.

Já havia passado alguns minutos que lancei a questão norteadora e desde então estavam trazendo ininterruptamente as suas experiências, exemplificando-as, não se tratando de uma catarse, mas de uma expressão organizada com elaboração. Percebi que tudo que contavam eram vivências significativas compartilhadas.

Não havia dificuldades em acompanhar o que estavam trazendo, principalmente pela forma como se expressavam: espontaneamente. Observei que estar em grupo possibilitou uma espécie de troca de vivências que convergiam, mas que também se distanciavam conforme as necessidades de cada uma. Embora se encontrem em um mesmo programa de acompanhamento do período pré-natal, estavam em momentos diferentes na gestação, percebiam e vivenciavam diferentes nuances no acompanhamento.

Entre um exemplo e outro, Adriana recordou que no início da sua gestação solicitou a realização da translucência nucal (é um tipo de exame que deve ser feito no final do primeiro trimestre gestacional, servindo para avaliar o risco de malformações e alterações genéticas, a exemplo a síndrome de Down), mas que foi negada pela enfermeira e informada de que poderia fazer até o terceiro mês da gestação. Saiu da consulta incomodada e aguardou, mas passados os três meses, foi ela quem teve que solicitar novamente.

Perguntei se foi informada pela enfermeira do porquê realizaria o exame apenas no terceiro mês. Respondeu que não, que é assim: “só dizem não, mas não explicam” (sic). Na sua compreensão, médico(a) e enfermeira deveriam dizer: “você tem esses exames para serem feitos ao longo da gestação e o que cada um engloba” (sic). Adriana entende que o(a) médico(a) e a enfermeira deveriam ser mais transparentes, apresentarem os exames e dizer da importância de cada um deles, assim, poderiam se organizar e ir fazendo todos ao longo da gestação, sem esperar que algo aconteça para serem realizados.

Adriana referia-se aos exames e procedimentos utilizando nomes e termos próprios da medicina e enfermagem, falava com segurança e domínio. Por vezes me perguntava o quanto de coisas que já não deveria ter lido sobre, e do quão difícil estava sendo para ela não dialogar sobre as suas dúvidas e trocar com o(a) médico(a) que a atende sobre todas as informações adquirida.

Ressoava estar em estado de alerta constantemente, verificando nas redes sociais e nos artigos científicos e conversando com amigas para esclarecer as suas dúvidas. Percebi que com todas essas informações, avaliava e comparava o que estava sendo feito nas consultas do programa de acompanhamento do período pré-natal. Embora já tenha vivido uma gestação anterior, já tinha se passado bastante tempo, 13 anos, e muita coisa nem se lembrava mais como foi.

Expus a sensação de que demonstrava que não confiava no(a) médico(a) e na enfermeira

que fazem o seu acompanhamento. Confirmou que sim, retomando o fato de ser acompanhada por médicos generalistas. Comentou que quando perguntou sobre alguma intercorrência, escutou que era normal e se questionou: “mas o que é normal?” (sic). Ressaltou que isso não era só no SUS, mas tem médicos particulares que são assim também, que a gestante tem que estar informada. Também já observou que exames mais específicos e vitaminas só serão recomendados se acontecer algo grave, não entendendo por que não podem ser feitos preventivamente, já que esses exames serão custeados por elas. No SUS, nem os ultrassons estão conseguindo fazer.

A internet tem possibilitado para Adriana informações que a deixam ansiosa e preocupada ao notar que o seu acompanhamento do período pré-natal não é feito conforme pesquisa. Senti, ainda, que, a solicitação de exames não tem sido acolhida, os pedidos de exames feitos por ela vão desde os mais simples até os mais detalhados. Está vivendo uma gestação depois de 13 anos, sentindo que tudo mudou e que precisa se atualizar e se informar, aprender. Planejou engravidar e quer viver a gestação da melhor maneira possível, mas teme qualquer intercorrência, sentindo-se responsável por evitar qualquer possibilidade de problemas. É perceptível que durante os pedidos de exames, Adriana sequer é questionada do porquê quer fazer os exames. Não há uma escuta que busque compreender os pedidos na esfera emocional e subjetiva, não se considerando os receios e medos que estão sendo gestados com a sua gravidez.

Impelida pelas vivências de Adriana, sobre as gestantes terem que estar informadas e atentas, Adriely mencionou que está perdendo líquido há duas semanas, mas que não conseguiu perguntar para o médico e nem contar, isso pelo fato de ser muita gente no consultório, não havendo privacidade. Confirmou a sensação de que devem estar informadas e relatou que em uma das consultas, escutou o médico dizendo para dois estagiários que depois das 39 semanas tem que encaminhar a gestante para o hospital de referência, para induzir o parto. Ficou confusa,

pois o médico que a acompanhou anteriormente no período pré-natal do seu outro filho não falou nada disso na época. Teve seu segundo filho de parto normal sem indução, com mais de 39 semanas, há pouco mais de um ano, mas não quis questioná-lo, porém, ficou preocupada, visto que já estava com 39 semanas e ainda não tinha sido mencionado nada sobre isso diretamente a ela.

Perguntei se planejava comunicar ao médico na sua consulta na parte da tarde que estava perdendo líquido e se vai questionar sobre estar com 39 semanas e do que escutou dele há alguns meses. Respondeu ter receio de falar, não gostaria de contar na frente de tantos alunos, embora também saiba que os alunos precisam aprender. Mas é inevitável o seu desconforto com a situação: “hoje mesmo, à tarde, tenho consulta, já estou até vendo, aquele monte de aluno, quero nem vir” (sic).

Adriana enfatizou que ela precisa vir, que se fosse ela já pediria para falar com um médico agora mesmo, até porque o líquido que está perdendo pode ser o amniótico e que é perigoso. O modo como Adriana se expressou deixou Adriely apreensiva, decidindo perguntar para uma enfermeira ao final do encontro comigo, já que para o médico não conseguiria.

Mencionei sentir que não estão confortáveis para comunicarem o que vem acontecendo, nem mesmo alguns quadros clínicos conseguem expor, não se sentindo seguras e confiantes com o acompanhamento, e nem confortáveis e com privacidades para dialogarem sobre situações importantes para elas. Adriana afirmou que sim, sente que podem dizer: “o médico sou eu!” (sic) ao se sentirem questionados, sabendo que há médicos assim. Questionei se já aconteceu algo assim na UBS, e disseram que não, que todos são bem atenciosos, mas que também nunca os confrontaram.

Kênia contou que a equipe explica os resultados dos exames detalhadamente, mas que também acontecem outras situações que a deixam incomodada. Em uma das suas consultas na clínica-escola, um dos alunos contou que não poderia fazer o toque por ser uma gestação de

alto risco. Nesse momento, Adriana e Adriely sorriram e Adriana falou: “ele não entende da estrutura do ‘negócio’” (sic), referindo-se à vagina, pois segundo Adriana, o toque não causaria aborto ou qualquer situação, conforme o médico deu a entender. Para ela, provavelmente o médico não sabia mesmo fazer o exame.

Adriely contou que em uma consulta com o médico na UBS, ele também disse que não poderia fazer o toque, embora achasse que era preciso. Ela teria que, então, ir até o hospital de referência para realizar esse exame clínico. Adriely mencionou ainda que se passarem mal, a equipe não sabe atender e mandam procurar o hospital de referência. Recentemente, passou mal e buscou a equipe, sentindo muita dor nas costas e no estômago. Ao chegar à UBS, não foi avaliada, mesmo sendo uma gestante acompanhada por eles, e solicitaram a ela que procurasse o hospital de referência: Santa Helena. Expôs que no hospital há um aviso na porta de que a grávida deve estar com sangramento ou com mais de 4cm de dilatação para ser admitida no hospital. Por já saber disso, procurou uma policlínica no seu bairro mesmo. Lá Adriely foi atendida, tomou soro e foi informada de que deveria buscar o Hospital Santa Elisa.

Contou esse fato querendo sorrir. Ficou confusa quando escutou o nome do hospital, mas pensou que não estava entendendo direito, pois estava com dor, mas reiteradamente, o médico seguiu repetindo para procurar o Hospital Santa Elisa. Ao chegar em casa foi pesquisar e descobriu que o Hospital Santa Elisa ficava na cidade de Rondonópolis, Mato Grosso. Ficou incrédula e assustada do médico não saber o hospital de referência da policlínica em que estava atendendo e isso faz com que peregrinem pela cidade. Poderiam ter o atendimento na própria unidade e após avaliação inicial ser encaminhada para o local adequado. Elas não sabem se o que sentem é grave o suficiente para irem para o hospital e quando buscam pela UBS é porque entendem que os profissionais dali as acompanham sabem do processo gestacional delas, estão mais aptos. No entanto, na maioria das vezes, sequer são tocadas pelo(a) médico(a) e pela enfermeira, sendo apenas questionadas sobre o que sentem e orientadas a procurarem o hospital

maternidade de referência.

Os relatos traziam experiências e sentimentos que se intensificavam cada vez mais. Há a ausência de confiança e vínculo, juntamente com a sensação de abandono em um momento de necessidade, como o vivido por Adriely. Comuniquei a minha percepção, olharam em minha direção e entre si, um olhar de esperança e otimismo por comunicarem como vêm se sentindo. Notei haver um distanciamento no entendimento do que conseguiam comunicar e o que a equipe conseguia escutar.

Para Adriana, é um tremendo absurdo. Se passarem mal, terão que ir para o hospital, ainda que não estejam em trabalho de parto. Já presenciou este fato na recepção enquanto aguardava pela sua consulta, pois viu uma gestante chegando na UBS se queixando de dor, e a enfermeira, ali mesmo, da recepção, mandou-a ir para o hospital. Adriana corrobora do pensamento de que deveriam atender no consultório da própria UBS, avaliar e se precisar chamar uma ambulância. Há recursos. Mas não mandar a mulher ir para o hospital. Enfaticamente, disse que precisam ser vistas e escutadas e quando procuram pela assistência em momentos de dor e urgência: “me vê, me escuta!” (sic).

Compreende que se tivessem um obstetra na equipe, não passariam por essas situações. Afirmou que esses fatos ocorrem pelo fato de serem médicos generalistas, que não as preparam para o parto, mas não por ser pouco tempo de consulta. Na sua percepção, as consultas demoram bastante, mas as gestantes não recebem informações suficientes da equipe para conseguirem dialogar com o(a) médico(a). Parece não haver espaço para uma conversa fluida, em que se estabeleça um contato de proximidade. Entende que por serem generalistas, sabem o que todos os médicos sabem, o que tem que saber para se formarem em medicina. Acha descabível que a mesma médica que acompanha durante o período pré-natal é a mesma que vai acompanhá-la no pós-parto e o bebê também, ou seja, não tem pediatra. A médica faz tudo na UBS.

Adriely reafirmou a sua posição e o fato da sala estar cheia e que sente um bloqueio em

perguntar, sentindo-se exposta com tanta gente olhando, medindo, discutindo e discordando sobre a condição dela e do seu bebê. Isso a deixa com receio de falar e ser reprimida.

Kênia, colocando-se novamente na conversa, contou que não sabia coisas básicas quando teve a sua primeira filha. Adriana impetuosamente complementou: “a gente deveria aprender no pré-natal os primeiros socorros” (sic). Kênia concordou e mencionou que viu recentemente no noticiário a morte de duas crianças em Cuiabá, em um hospital que estava sem pediatra. Adriely, que já estava quase ganhando, demonstrava um semblante de preocupação com a ausência de um pediatra na UBS. Sentiu medo e preocupação, pois em alguns dias a criança não estaria mais dentro dela e precisaria de alguém que entendesse de criança, para quando precisar ter uma consulta de qualidade.

Adriana referia-se a possíveis dificuldades para entender o que a criança sente, já que quando grávida consegue buscar ajuda ao perceber algo de diferente, mas após o parto teme ir atrás de informações para o filho e o(a) médico(a), por ser generalista, não entender o que se passa com a criança.

Percebi que estavam se repetindo e que já caminhávamos para o fim do encontro. Então perguntei se gostariam de comunicar mais alguma coisa da experiência delas. Adriana disse que não, mas comentou que esperava que a minha pesquisa pudesse ajudá-las de algum modo, chegando até a equipe, para que, quem sabe, construíssem uma cartilha com informações básicas: hora de ir para a maternidade, exames que precisam fazer ao longo da gestação, como é pago, etc. Isso as ajudaria a conseguirem se organizar melhor.

Enquanto me organizava para a leitura do Termo de Consentimento, Adriana perguntou se eu fazia parte da equipe e se haveria acompanhamento psicológico na UBS. Respondi que não, que estava apenas realizando a pesquisa. A pergunta de Adriana ressoava o desejo de estabelecer com os profissionais da equipe uma relação que possibilitasse o que acabávamos de vivenciar, que apesar de termos tido apenas um encontro, ela conseguiu se expressar e ser

escutada, aspirando por isso com os profissionais que a acompanham.

Realizamos juntas a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do termo de Autorização para Tratamento dos Dados, assim como a entrega das vias e nos despedimos. Kênia foi a primeira a se levantar e em pé, na porta, disse: “não vamos perder o contato meninas” (sic).

#### **4.3 Profissionais: “A gente tem conseguido apagar fogo”**

O encontro de hoje com os profissionais ainda reverberava em mim a vivência do primeiro. Os participantes profissionais do primeiro encontro acabaram por reforçar os encontros da pesquisa no grupo do *WhatsApp* da equipe, convidando os demais colegas a participarem. Cada um a seu modo estava interessado em contar sobre a sua experiência e a escutar a experiência dos colegas de equipe.

Cheguei até a UBS e já estava sendo aguardada pelos agentes comunitários de saúde, na sala de atividades coletivas. A primeira a me recepcionar foi Thaylline. Tem 65 anos, trabalha no SUS há 20 anos, alocada na UBS havia dois anos. Thaylline estava mexida e impactada com o homem que invadiu a creche de Blumenau, Santa Catarina e matou três crianças. Após me acomodar, sentando próximo dela, começou a me perguntar e a se perguntar o que estava acontecendo com as pessoas, não compreendendo tamanha crueldade.

Gradualmente, Thaylline foi se distanciando do ocorrido e começou a explicar que a alta temperatura e pancadas de chuva aumenta a quantidade de pessoas com resfriado. Recomendou que deveríamos tomar bastante água e nos alimentarmos com frutas e verduras, e, que, caso eu fique gripada, deveria tomar um chá de laranja com mel, gengibre e limão para ajudar. Compreende que os remédios de farmácia só camuflam os sintomas e não expectoram a secreção. Por alguns instantes, lembrei-me da minha mãe e das suas dicas infalíveis de chás milagrosos.

Thaylline e a médica Aline iriam realizar uma visita domiciliar antes do nosso encontro. Aline é bem jovem e sempre sorridente. Nas duas outras vezes que a vi, estava assim também. Antes delas saírem da sala, Alana e Emerson, que também são agentes comunitários de saúde chegaram. Ambos já participaram do primeiro encontro com os profissionais, e embora não fossem participar deste, permaneceram na sala. Estava chovendo e não tinha como sair para as visitas domiciliares.

Passados alguns minutos, chegou Aracira. Aracira tem 54 anos, atua como agente comunitária de saúde há 16 anos, mas na UBS estava há um ano e um mês. Fez questão de mencionar que só foi na unidade porque Emerson falou sobre a minha pesquisa, sendo que, primeiramente, realiza as visitas domiciliares e só próximo do horário de bater o ponto se dirigia à UBS. Por fazer todas as visitas a pé, sai direto da sua casa para a sua área de abrangência. Aracira não mora próximo da UBS e de nenhum dos bairros de sua cobertura.

Sentou-se e começou a contar de uma grávida que havia falecido na manhã daquele dia. A mulher estava de oito meses e procurou uma farmácia por estar gripada. Ao invés de ir até a UBS da sua região, preferiu ir para a farmácia. A gestante não era atendida por eles, mas havia deixado Aracira bem preocupada, detalhando que a farmacêutica receitou um coquetel de vitaminas, e sem a gestante saber que era alérgica de algum componente desse coquetel, fez uso. Foi tudo muito rápido, a mulher veio a óbito ainda pela manhã do mesmo dia.

Alana comentou que grávida não pode sair tomando essas coisas, que nem chá podem tomar e que mal podem beber água. Ao mencionar as especificidades de ser grávida, sorriu com certa ironia. Permanecemos ali por mais alguns instantes e não demorou muito para que Thaylline e Aline voltassem da visita. Aracira e Thaylline conversavam entre si. Como não vão para a UBS, havia dias que não se falavam pessoalmente. Thaylline comentou que Aline subiu no conceito dela, que se esforçava, fazendo de tudo para realizar as visitas que lhe são solicitadas, diferente de Francisca, enfermeira, que quando foi solicitada uma visita se recusou,

pedindo para reagendar. O pedido de Francisca deixou Aracira inconformada. O paciente estava acamado, precisando com urgência ser cuidado e não conseguiria se locomover até lá.

Aracira contou que a médica da sua equipe também é assim, igual à enfermeira Francisca, pois não gosta de realizar visitas, sempre desmarcando. Para conseguir que a médica vá, precisa dizer que a situação é grave. Alana expôs que o médico da sua área também não gostava muito de realizar visitas, pois adia o máximo que pode.

Os agentes comunitários de saúde estavam em um raro momento em que conseguiam se reunir para dialogar sobre os acontecimentos e, principalmente, sobre a relação deles com os médicos e as enfermeiras. Pareciam não se importar com a minha presença, tecendo comentários e falando abertamente das situações. Por alguns instantes, demonstravam ser proposital, intencionavam noticiar, me deixar a par da situação.

Aos poucos, os demais profissionais chegaram, e formamos um grupo com cinco pessoas. O movimento de grupo já havia iniciado com as trocas e diálogos, no entanto, agora, com todos, comuniquei a questão norteadora da pesquisa. Expliquei que gostaria que compartilhassem comigo como tem sido a experiência deles no programa de acompanhamento do período pré-natal. Todos correram os olhos na roda para ver quem se disponibilizaria a falar.

Marina foi quem iniciou, tem 33 anos e na UBS atuava na administração, no entanto, desde o fim do contrato da farmacêutica, estava realizando os atendimentos na farmácia. Trabalhava na UBS há 11 meses, mas já atuava no SUS há três anos. Vestia um jaleco cor vinho, cabelos longos e pretos, tons claros de pele e um olhar marcado pelo lápis preto que contornava os olhos.

Explicou que o contato com as gestantes era simples, realizava somente a entrega da medicação e recolhia a receita. Para Marina, não existiam muitas especificidades no atendimento às gestantes. O contato acontecia de maneira natural, com pouco diálogo. Costumava atender igual atendia aos demais pacientes. Às vezes, também atendia na recepção,

mas o contato na recepção era igual ao estabelecido na farmácia: sem distinção dos outros pacientes.

Marina é a pessoa que cobre a ausência dos profissionais em setores “mais simples e de fácil realização das atividades” (sic), embora o setor da farmácia exija uma formação específica e capacitação na área. Aparentava ter boa relação com todos os outros profissionais, mesmo sem ter um lugar fixo de referência. Não demonstrou insatisfação por estar realizando outras funções que não as da administração. A simplicidade das atividades que mencionava se tratava de uma atividade protocolar: demandava dela leitura da receita e entrega do medicamento.

Aline, médica, estava sentada ao lado de Marina. Assim que Marina concluiu a fala, Aline se apresentou. Médica generalista, tem 25 anos, tem contato com o SUS desde a sua formação. Na graduação, realizou estágios interventivos e observacionais no SUS, em ambulatórios e Unidades Básicas de Saúde. Agora como profissional estava atuando com a equipe há seis meses e no SUS há pouco mais de um ano.

Aline é a mais nova da equipe, tanto em idade como em tempo de atuação na UBS. Aline e eu estávamos de frente uma para a outra, o que possibilitava perceber as suas expressões corporais com mais facilidade. Logo quando entrou na sala já retirou a máscara e quando começou a falar foi possível notar que estava um pouco nervosa, balançava as pernas e a sua voz estava trêmula, mas isso não comprometia a sua oratória fluida e bem articulada. Descreveu-se como metódica, e nesse sentido, o fato de ter um dia específico para atender as grávidas dava mais fluidez nas consultas e rotinas em seu entendimento, possibilitava organizar e planejar o tempo das consultas de acordo com as suas percepções em relação às necessidades de cada grávida.

Antes de trabalhar na unidade, atendeu também em um hospital particular, no ambulatório. Entusiasmada, contou que gostava de atender gestantes e de estar inserida na Atenção Básica, na promoção de saúde, na clínica da família. Em virtude da organização da

instituição com os atendimentos agendados previamente e por já estar inserida nesse espaço, tem conseguido articular teoria e prática, o que é importante para ela já que está estudando para a residência médica, voltada para a clínica da família.

Apesar de jovem, Aline demonstrava propriedade e segurança ao falar da sua trajetória e das áreas da medicina que gostava de atuar. Enquanto Aline falava, todos a olhavam com carinho e afeto. Percebi que em alguns momentos que ela e Thaylline demonstravam companheirismo. Aline olhava para Thaylline como se buscasse um ponto de apoio, o que é compreensível, ambas são da mesma equipe. Havia também uma tentativa de dialogar com Thaylline, como se buscasse demonstrar que a agente comunitária de saúde estava inserida na sua prática e rotina de atendimentos e que não eram profissionais distantes uma da outra.

Detalhou que a sua consulta funcionava da seguinte forma: realizava os exames clínicos e quando necessário encaminhava a gestante para um obstetra. É protocolar encaminhar as grávidas com 40 semanas de gestação sem indícios de início de trabalho de parto. Essas gestantes precisam ser avaliadas por um obstetra para pensarem possibilidades de indução, cesarianas e/ou outros procedimentos segundo o quadro clínico. O encaminhamento é feito mediante uma carta em que detalha as especificidades observadas que justifiquem o encaminhamento.

O acompanhamento das gestantes de alto risco é feito pela UBS e por dois hospitais universitários. No entanto, Odair tem encontrado dificuldades para as gestantes conseguirem ser acompanhadas por um dos hospitais, visto que o hospital em questão acaba dando prioridade para gestantes que já foram suas pacientes. Aline volta a falar e destaca sentir-se frustrada por não ter acesso ao prontuário para saber da conduta realizada pelos hospitais, o que dificulta acompanhar os procedimentos realizados com as gestantes de alto risco, inviabilizando a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade da atenção prestada. Ficou sabendo de algumas condutas através das próprias gestantes que contam para ela durante as consultas.

Embora haja a dificuldade de contato com os profissionais dos hospitais e de realizar esse atendimento articulado, Aline segue acompanhando as gestantes no puerpério e a criança após o parto. Havia um certo entusiasmo e fascínio no atendimento no pós-parto e com os cuidados com os recém-nascidos. Trazia satisfação e realização por poder acompanhar o desenvolvimento da criança, o pós-parto e o puerpério da mulher.

Expus a percepção acerca da sua satisfação no acompanhamento após o nascimento. Afirmou sorridente que é gratificante poder seguir acompanhando, ver o bebê e a mulher, considerando-se uma admiradora do processo de desenvolvimento infantil. Sente-se realizada por iniciar o acompanhamento com a saúde de ambos, nessa nova etapa.

Aline demonstrava estar motivada com o seu trabalho e sua atuação na UBS, havia nela um entusiasmo que diferia dos demais profissionais. Parecia que ainda não havia sido frustrada a ponto de não se sentir empolgada, não havia a sensação de conformismo e também não demonstrava apatia ou um cansaço que a engolia.

Como os demais profissionais a olhavam, transmitia a sensação de que Aline estava com a energia carregada, acreditando e apostando em muitas coisas, que para os demais já não pareciam saltar aos olhos. Não é que os demais não se importavam e não demonstravam satisfação com o trabalho, só não pareciam tão motivados quanto Aline.

Nesse momento a porta se abriu e Francisca entrou. Francisca chegou um pouco agitada, porém bem expressiva e comunicativa. Sentou-se ao meu lado e pediu desculpas por entrar na sala com o grupo já acontecendo. Francisca é enfermeira e atua no SUS há 17 anos, na UBS estava há dois anos e sete meses, é divorciada e tem 45 anos, alta, branca e cabelos loiros.

Ao sentar-se, complementou o pouco que acabou de escutar da fala de Aline, afirmando que atender as gestantes é tranquilo e que Aline é a “caçula da equipe” (sic). Retomei a questão norteadora da pesquisa para ambientar Francisca e o que Aline acabara de contar. Senti essa necessidade como forma de acalmá-la, podendo se acomodar na cadeira, pois enquanto falava

não se sentou totalmente. Francisca faz questão de mencionar que ela e Aracira compõem a equipe III. Aracira está cobrindo a área de abrangência da equipe III, mas não há nesse momento uma definição exata dos agentes comunitários de saúde por equipe em virtude da defasagem de profissionais.

Francisca, embora expressiva, estava bem enérgica, o que acabava demandando de mim um esforço maior para acompanhar o que trazia. Percebi que não encerrava um assunto para iniciar o outro, e embora quisesse contar tudo ao mesmo tempo estava cheio de sentido a sua fala. Aos poucos, Francisca foi se organizando à medida em que fui realizando questionamentos e sempre que saía de um assunto sem concluir. Aos poucos estávamos dialogando novamente de forma fluida, o que permitiu que Aline retomasse a sua fala, complementando Francisca.

Aline contou que na sua primeira consulta, se atentava para descobrir se a gestação foi desejada ou não pela mulher, e se preocupava em conhecer como a mulher estava vivenciando a gravidez para que pudesse considerar e conduzir as consultas futuras. O desejo ou não de gestar interfere no acompanhamento do período pré-natal, e é preciso estar atenta e sensível a essas questões. Aline descortinou que nem toda gestação é desejada e que isso interfere na vivência do acompanhamento do programa do período pré-natal. As emoções são fatores importantes para a realização das consultas e para um desenvolvimento emocional saudável na gestação. Expus essa percepção, o que fez com que Aline explicasse que ter dimensão desses elementos possibilitava realizar encaminhamentos para as gestantes serem assistidas psicologicamente.

Francisca comentou ser bem delicada a situação do acompanhamento psicológico das gestantes na UBS e na rede pública de saúde. Os estagiários de psicologia não realizam atendimentos e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) era o único local que tinha psicólogo(a) na rede de Atenção Básica de saúde em Cuiabá. O NASF foi criado pelo Ministério da Saúde em 2008, sendo uma estratégia do Ministério da Saúde no SUS que pretende o

aprimoramento da qualidade da Atenção Primária em Saúde. Em Cuiabá, o NASF foi implantado em 2013, composto por uma equipe multiprofissional que atua junto aos profissionais que compõem as equipes da Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde.

Segundo Francisca, o NASF de Cuiabá não tem conseguido ofertar o apoio para a equipe e se desfez. Em virtude disso, estavam desassistidos de uma atenção psicológica articulada na própria rede de Atenção Básica. Agora o encaminhamento das gestantes é realizado para as policlínicas de saúde.

Manifestei interesse em compreender como estava acontecendo o acompanhamento psicológico às gestantes. Aline informou que não existe acompanhamento. O que se faz são encaminhamentos para os locais, como as policlínicas que ofertam atendimentos psicológicos e psiquiátricos em caráter de urgência. As gestantes encontram o suporte emergencial, mas não é um acompanhamento contínuo, como entende que muitas delas precisam.

O semblante de Aline ressoava preocupação com a ausência de atenção e acompanhamento com as questões emocionais na gestação, se mostrando sensível às necessidades de atenção, frente às questões psicológicas, com consideração das vivências das gestantes e o modo como estão vivenciando a gravidez.

Desde a chegada de Francisca no grupo, observei que ela, Aline e Aracira começaram a se complementar na expressão das suas experiências. Francisca demonstrava estar impelida pela narrativa de Aline e vice-versa. Aracira, sempre atenta, olhando para elas, balançando a cabeça afirmativamente.

Para Francisca, a equipe está desassistida do básico, não havendo carro para as visitas domiciliares, o que faz com que os profissionais precisem usar seu próprio veículo. No entanto, ela não quer mais fazer visitas, tem evitado ao máximo, pois já bateu o seu carro particular em uma visita domiciliar e arcou sozinha com os prejuízos.

Sobre as consultas realizadas na UBS, Francisca descreveu que normalmente separa em

média 1h30 para a primeira consulta da gestante para realizar testes rápidos e informar dos exames. Também costuma solicitar para o companheiro da gestante ir até a UBS para realizar uma consulta e realização dos exames das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Aline também informou nas suas consultas que as gestantes podem levar alguém que confiem e que gostaria que participassem do programa de acompanhamento do período pré-natal. Entusiasmada e admirada, compartilhou o caso de uma gestante que chamou o seu parceiro. Ele não é o pai da criança, mas fez questão de participar. No entanto, há casos em que o homem não vai para acompanhar as consultas, mas se a médica solicitar a presença deles para realização de algum exame, comparecem.

Segundo Francisca, os homens de modo geral estão bem participativos nas consultas do programa de acompanhamento do período pré-natal. Percebe uma mudança na cultura da gestação: saindo de uma vivência mais solitária e apenas da mulher para o compartilhamento e participação mais ativa do homem nas consultas e realização de alguns exames durante o acompanhamento do período pré-natal.

Aline relatou que quando sente a necessidade, chama pela enfermeira, como já aconteceu da Francisca participar de algumas de suas consultas. Quando necessitou realizar o teste rápido, chamou Francisca até a sua sala. Francisca disse que quando percebe haver algo que demanda avaliação da médica, chama pela médica de sua equipe ou por Aline até o seu consultório para já avaliar a gestante, assim a gestante não precisa reagendar uma consulta com a médica para outro dia. Há um fazer coletivo nesse sentido. Embora estejam divididos os atendimentos por equipe, sempre que necessário um(a) dos(as) médicos(as) ou enfermeiras se auxiliam, independente de qual equipe são.

Aracira estava participativa no diálogo com olhares e algumas afirmações verbais e com a cabeça. Iniciou o seu relato sobre a sua vivência como agente comunitária de saúde. Ela tem 54 anos, é casada, trabalha na UBS há aproximadamente treze meses, mas atua no SUS há 16

anos e está na mesma equipe que Francisca.

Externou quão difícil tem sido fazer o básico, ao fazer todo o mapeamento a pé. Não pode dizer que faz um acompanhamento conforme deve ser feito e recomendado pelo Ministério da Saúde. “A gente tem conseguido apagar fogo” (sic). Não tem sido possível mapear a quantidade de gestantes que há em cada área de cobertura, as visitas são bem difíceis e os agentes comunitários de saúde estão priorizando os casos de emergência, como o caso dos pacientes acamados que não conseguem ir até a UBS e precisam de visitas médicas. As visitas domiciliares dos(as) médicos(as) e enfermeiras são acompanhadas pelo agente comunitário de saúde, sendo os agentes comunitários de saúde que solicitam e agendam as datas das visitas conforme as necessidades das pessoas que acompanham.

Aracira compreende os agentes comunitários de saúde como a ponte entre as pessoas e a UBS, mas devido à defasagem de profissionais, não estão conseguindo realizar um bom acompanhamento. Eram em 13 agentes comunitários de saúde, mas nove foram desligados, visto que o vínculo de trabalho destes era temporário, com duração média de um ano, podendo ser prorrogado por mais um ano, passado esse período os profissionais são desligados. Com isso, restaram apenas quatro agentes comunitários de saúde: os efetivos.

Thaylline complementou o relato de Aracira contando que na sua área de cobertura há uma grande área desassistida. Essa área corresponde aos condomínios de prédios verticais. Os agentes não entram nesses condomínios, o que dificulta o mapeamento das gestantes e das demais pessoas. A UBS é de fácil acesso à população, mas a população não está de fácil acesso para os agentes comunitários de saúde: a defasagem no quadro dos agentes comunitários de saúde e a falta de um carro dificulta o acompanhamento da população que deveria ser atendida. Sobre as gestantes, menciona que é um público fácil para se acompanhar e cadastrar. A dificuldade se dá mesmo pela defasagem dos profissionais e isso faz com que acabe sendo mais possível encontrar as gestantes na própria UBS.

Para Francisca, a dificuldade desses profissionais compromete a equipe na totalidade, na compreensão e no conhecimento do que se passa com as pessoas. Exemplificou essa afirmação relatando o caso do acompanhamento de uma gestante que sumiu das consultas. A gestante morava em um prédio, sofreu um aborto e não retornou para ser avaliada e ser dado baixa do sistema. Os profissionais da UBS têm indicadores, metas a serem batidas e o não cumprimento dessas metas impacta diretamente no trabalho.

As gestantes devem iniciar o acompanhamento do período pré-natal com 12 semanas de gestação e quando realizam o parto, sofrem um aborto ou acontece qualquer outra situação que faz com que a gestante cesse o acompanhamento, a equipe precisa informar no sistema. Há gestantes que realizam acompanhamento no privado e que desconhecem a rede pública de saúde, em especial a UBS. Essas gestantes descobrem tardiamente, já com a gestação avançada, que podem fazer o acompanhamento do período pré-natal na UBS e que terão acesso a algumas medicações gratuitamente. O início tardio do acompanhamento por essas gestantes dificulta o preenchimento no sistema. Para o sistema, aquela gestante estava desassistida até aquele momento, impactando negativamente nos indicadores e metas da equipe.

Notei haver uma preocupação de todos com o sistema e em atingir as metas propostas. Essa preocupação compromete a atenção da equipe com outros fatores das consultas. É um fazer rígido, com meta a ser batida. O quantitativo compromete as relações e a escuta, sentindo-se pressionados a alcançarem as metas e se preocupam devido à ausência da possibilidade de justificar algumas coisas no sistema que é quantitativo.

Nesse momento, a porta mais uma vez se abriu e a recepcionista veio chamar Aline, pois uma grávida aguardava para consultar. Aline sorriu e pediu para a recepcionista avisar que em alguns minutos iria atendê-la. A recepcionista disse o nome da gestante e informou que ela está no fim da gestação, pedindo para ser atendida logo, já que não aguentava mais ficar sentada. Aline, novamente, disse para avisar que já vai.

Aline contou que ali na UBS havia gestantes de todos os tipos: bem instruídas e pouco instruídas. Observou que algumas já chegavam com exames prontos, principalmente os de ultrassonografias. O exame é concretização para a mulher de que estava grávida de fato, é o que possibilita ver o feto.

Francisca complementou que quando informa nas primeiras consultas sobre os exames, sente-se desconfortável por dizer que os exames de imagens, as gestantes quem terão que custear, demoram bastante para sair pelo SUS. Percebeu que as mulheres sempre se prontificam a dar um jeito quando se trata de exames que possibilitam o acompanhamento da gestação, mas quando são exames da saúde, que não estão necessariamente ligados à gestação, preferem aguardar. Quando informa para algumas mulheres no exame do toque das mamas que há algum caroço e recomenda o exame de imagem da mama, normalmente as mulheres perguntam a média de valor e preferem aguardar pelo SUS. Para Francisca, é incrível o “instinto da mãe em querer proteger o filho” (sic), mas fica espantada com a ausência de cuidado com a saúde de modo geral.

Tanto Francisca quanto Aline ficaram envergonhadas de terem que dizer que o SUS não ofertaria os exames de imagens no tempo que as gestantes precisavam. O exame de imagem é um dos mais esperados pelas mulheres que desejaram estar grávidas. Enfermeira e médica sentem-se desapontadas. Há uma discrepância. Em alguns momentos, o acompanhamento do período pré-natal se apresentava como ótimo, possibilitando acesso às consultas e medicações que possuem um valor monetário alto, em outros aspectos é deficitário, como nos exames e acompanhamento psicológico, por exemplo.

Aline precisava sair para atender, tendo ficado o máximo que conseguiu. Já estávamos há mais de 1 hora conversando e Francisca também precisava retomar às consultas que estavam agendadas. A chuva havia cessado e os agentes comunitários de saúde também iriam para as ruas. Perguntei se havia algum comentário que gostariam de fazer e disseram que não. Eu

agradei a todos pela participação e comuniquei que passaria no consultório delas para assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Tratamento de Dados. Todos se despediram e saíram.

Mais uma vez, observei o quanto que o grupo é um momento em que a equipe se reúne e pode dialogar sobre a suas experiências e práticas. O encontro revisitava aspectos significativos do trabalho coletivo e multiprofissional: olhares que se buscavam, falas que se complementavam, reconhecimento e identificação feitos verbalmente e entre olhares, a afirmação de pertencimento a uma equipe e o trabalho coletivo, não ficando de fora as ruas percorridas a pé e as dificuldades e como isso tudo reverberava nos consultórios.

#### **4.4 Gestantes: “Toda gravidez vai ser indesejada em algum momento para a mulher, ainda que tenha sido planejada”**

O encontro de hoje teve uma organização diferente. As gestantes foram convidadas estrategicamente a participar logo após a consulta de acompanhamento do período pré-natal, sendo realizado com quatro gestantes: Elifia, Jéssica, Mariane e Fernanda. Diferente do encontro anterior, em que foi possível trocar mensagens de *WhatsApp*, com as gestantes desse grupo, havíamos acabado de nos ver pela primeira vez há alguns minutos na recepção. Embora eu tenha chegado na UBS às 13 horas, só entramos na sala próximo das 15h30. Esperei que todas se acomodassem e então perguntei como estavam após a consulta. Apresentei-me novamente e contei um pouco mais sobre a pesquisa, destacando que não faço parte da equipe de profissionais da UBS e em seguida, comuniquei a questão norteadora.

Embora Elifia estivesse demonstrado receio em participar quando a convidei, foi quem iniciou. Tem 29 anos, solteira, veio de São Paulo para Mato Grosso visitar o pai. Mãe de dois filhos, vivenciava a terceira gestação, com cinco meses. Quando a convidei na recepção, disse não saber se participaria do encontro, demonstrando estar curiosa sobre o que faríamos, mas

também sem jeito.

A gestação de Elifia não foi planejada nem desejada, não estava feliz, sequer estava fazendo o acompanhamento do período pré-natal. Até chegou a iniciar o tratamento, mas recentemente parou de ir às consultas. Até falar sobre a gestação estava causando incômodos para ela, que tentava esquecer que estava grávida, embora a barriga já não fosse mais possível esconder. Elifia havia abandonado o acompanhamento e nesse dia foi até a UBS pegar um remédio na farmácia. Fez questão de demonstrar o quão triste estava com a gestação, não esperava ter mais um filho já que estava se “prevenindo” (sic) quando engravidou. Acabou de sair de um relacionamento no qual sofria violência. A gravidez atual aconteceu de um “lance” (sic) com um homem que conheceu em São Paulo.

Sentia-se frustrada e abalada, trabalhava operando máquinas agrícolas. Conseguiu emprego na área, mas logo em seguida descobriu a gravidez: não queria ter deixado o trabalho, não queria mais um filho, relatava ser um pesadelo tudo o que estava vivendo. Quando veio de São Paulo para Cuiabá já sabia que estava grávida, veio espairecer a cabeça na casa do seu pai. Elifia reiteradamente mencionou que não aceitou, que não queria estar grávida, que até evitava falar sobre. Deixava explícito o desejo de aborto, mas não mencionava com essas palavras e não precisava, estava mais que claro.

A forma tão aberta com que trazia os seus sentimentos de insatisfação, tristeza e não aceitação da gravidez fez com que as demais participantes mencionassem que também não gostariam de estar grávidas, não havia a intenção de gestar, ser mãe naquele momento da vida delas, mas diferente de Elifia, referiam-se ao sentimento de não aceitação mais intenso no início da gestação. Nenhuma delas ficou feliz e aceitou de prontidão quando descobriu a gestação, e, embora o aborto chegou a ser cogitado, conseguia fazer o acompanhamento do período pré-natal e aos poucos estava encontrando outros caminhos, emocionalmente falando, para viver a gestação.

Ao escutar das demais tal afirmação, Elifia silenciou. Não querer estar grávida e encontrar em outras mulheres grávidas sensações semelhantes a que sentia a silenciou. Permanecemos em silêncio por alguns instantes até que Fernanda, que espera o seu primeiro filho, com 16 semanas de gestação, contou que assim como Elifia também não planejava engravidar. Sentia-se muito nova para ser mãe, com apenas 18 anos e estava trabalhando em um Call Center. Pesava também o fato de não ser casada. Embora morasse com a sua avó, já namorava há um tempo com o pai do(a) seu(sua) filho(a), mas se sentia frustrada por engravidar sem estar casada.

Para Fernanda, que vivenciava as primeiras semanas da gestação, tem sido difícil: muito enjojo e mal-estar. Chora bastante, tentando aceitar que terá um(a) filho(a) e que será mãe. Ainda que triste e frustrada, sente-se apoiada pelo seu namorado, o que faz a diferença, pois ele é compreensivo e tem dado todo suporte. A sua avó também tem acolhido bastante e é com quem tem conversado e trocado informações. É a figura feminina de referência para ela nesse momento, trazendo um pouco mais de tranquilidade em algumas situações.

Hoje foi a sua primeira consulta em que foi sozinha. Falou pouco, até a enfermeira perguntou se estava tudo bem. Nas consultas anteriores a avó quem perguntava bastante, esclarecendo as dúvidas e Fernanda acabava ficando mais calada mesmo. E como hoje a avó não havia ido, quase não teve diálogo. A enfermeira notou que estava mais quieta a consulta, mas, não percebeu que dialogava pouco com Fernanda nas consultas anteriores.

Assim que Fernanda concluiu, Mariane, de 26 anos e que está na sua segunda gestação, mencionou que na primeira sofreu um aborto espontâneo, ainda nas primeiras semanas, no ano passado, em 2022. Explicou que o esposo tinha uma moto e que era comum saírem para andar pela cidade. No dia passou mal, teve sangramento, foi até a policlínica e lá descobriu que estava grávida e que acabava de sofrer um aborto. Para Fernanda, as trepidações, os balanços de quando se anda de moto foi a causa do seu aborto.

Agora, Mariane estava com 26 semanas e esperava uma menina. Realizou a consulta acompanhada da mãe. Ainda na recepção, enquanto observava, notei que Mariane tinha dificuldades na comunicação, se expressava de forma lenta e pausada, aparentando realizar um grande esforço para compreender o que lhe era dito. A sua mãe sempre atenta, em alguns momentos, parecia estar “tutelando” Mariane, pedindo para a filha responder o que os profissionais perguntavam. O mesmo aconteceu quando a convidei, mas para o encontro comigo e com as demais gestantes, a mãe optou por não a acompanhar.

Mariane engravidou usando anticoncepcional, tanto agora quanto na gestação anterior. Recentemente mudou-se de casa, morava em um prédio no quarto andar sem elevador. Ela e o esposo acharam melhor mudarem para uma casa construída no quintal da sua mãe, para a mãe cuidar dela e fazer companhia, pois o esposo de Mariane trabalhava o dia inteiro. Mariane e o esposo não esperavam engravidar agora, até porque haviam recém-comprado o apartamento e estavam planejando outras coisas. Com um certo pesar, relatou que nas primeiras semanas foi difícil, sofreu um pouco por estar gestante, mas que teve que aceitar: “fazer o quê?” (sic).

A gestação de Mariane é de alto risco por já sofrer um aborto, “ter tireoide<sup>8</sup>” (sic) e toxoplasmose, mas realizava o acompanhamento do período pré-natal na UBS e em um Hospital Universitário. Expôs que já fazia acompanhamento antes neste hospital, sendo já assistida por lá há mais de dez anos, mas não soube explicar qual acompanhamento realizou ao longo desse período.

Jéssica tem 19 anos, casada e estava com 38 semanas de gestação e três dias. De todas foi a que estava com a gestação mais avançada. Assim como Elifia, veio de outro estado para Cuiabá, de Rondônia-RO, mudou-se quando tinha 17 anos. No começo da gestação não conseguiu aceitar a gravidez, sofreu bastante, havia começado a trabalhar e a usar

---

<sup>8</sup> Tireóide: glândula no formato de borboleta localizada no pescoço. A participante refere-se com a expressão “ter tireóide” ao procedimento cirúrgico realizado “tireoidectomia total” tempos atrás.

anticoncepcional recentemente, mas em seguida engravidou. Jéssica e o esposo se conhecem desde quando ela tinha 12 anos, e nos cinco primeiros anos de relacionamento não usou nenhum método contraceptivo.

No início da gestação, ponderou procurar um psicólogo. Chorava muito, sentia-se triste, desesperada, pensava como seria a sua vida agora gestante, recém-casada, acabado de comprar uma casa e começado a trabalhar como representante de vendas. Era uma mudança muito grande com tudo que havia planejado. Sentia-se mal por engravidar tomando anticoncepcional, não entendia o que havia feito de errado, até porque por cinco anos não usou nenhum método de prevenção e não engravidou.

Perguntei se comentaram ou se comentam nas consultas de acompanhamento do período pré-natal que não gostariam de estar grávida, do quão difícil tem sido. Responderam que o(a) médico(a) e enfermeira não perguntam sobre isso, mas que comentaram, sim, nas consultas iniciais. Jéssica disse que quando mencionou, a médica escutou, mas não comentou nada. Para ela, a equipe entendeu como se fosse algo comum, apenas um jeito de expressar a insegurança e o medo da gravidez, mas não compreendiam desse lugar que ela trazia, como o não desejo de gestar, de não ter um filho naquele momento ou em definitivo.

Todas a olhavam e se reconheciam em sua fala. A equipe não compreendia o que falavam, soava como se fosse tão comum que não era preciso atenção como se o tempo por si só resolveria. Ao mesmo tempo, também sentia que a equipe não sabia o que dizer ou fazer ao escutar de uma mulher grávida em acompanhamento do período pré-natal que não gostaria de estar grávida. Para Jéssica, o médico e a enfermeira estão interessados no feto e no processo que deve acontecer no desenvolvimento fisiológico de uma gravidez, mas as vivências psicológicas acabam não sendo amparadas.

Dentre as pessoas que Jéssica conhece, em especial, as mulheres, não conheceu ainda uma que no início tenha aceitado a gestação. Tem quatro irmãs, todas já são mães e

compartilham do seu ponto de vista. Conclui dizendo: “Toda gravidez vai ser indesejada em algum momento para a mulher, ainda que tenha sido planejada” (sic). Retomou que no início da gestação considerou procurar ajuda psicológica, já tinha feito psicoterapia quando criança e por diversas vezes chegou a cogitar a ideia, mas por uma questão financeira não foi adiante.

Diferente das demais que sentia falta do acolhimento, mas não nomeava como uma atenção psicológica, Jéssica compreendia que o acompanhamento psicológico seria uma escuta que proporcionaria o acolhimento dos seus sentimentos. Reconhecia a dimensão psicológica da gestação como algo que precisa do acompanhamento no período pré-natal e que médico e enfermeira não conseguem ofertar um cuidado psicológico.

Todas falavam da não romantização da gestação: não é porque estavam grávidas que desejaram estar. As experiências delas reverberaram diferentes sentimentos e sentidos vividos na gestação. O desejo de aborto trazido por Elifia, nas entrelinhas das palavras, na sua expressão corpórea e subjetiva, já estava com cinco meses e nada havia mudado desde quando descobriu, transbordando a necessidade de dizer quão infeliz estava por gestar. A gravidez é um momento visto socialmente como renascimento, mas não era esse o sentido vivido por elas. Embora algumas já estivessem “se acostumando mais com a ideia” (sic), como Jéssica, que estava prestes a ganhar, ainda sentiam a necessidade de suporte e atenção psicológica.

Elifia ao escutar de Jéssica que gostaria de ser acompanhada em psicoterapia, explanou que sentia diferente, não gostaria de ver um psicólogo e nem falar sobre a gravidez, pois tem provocado mais tristeza. Abandonou o acompanhamento do período pré-natal e não quer fazer exame para descobrir o sexo do bebê, não tem interesse em nada relacionado à gravidez. Já para Fernanda, conversar com a sua avó sobre gestação e parto, dos seus medos e preocupações, tem ajudado bastante.

Jéssica está perto de dar à luz, sente-se nesse fim de gestação mais tranquila e calma, embora ainda tenha medo, tristeza e por vezes insegurança, mas já aprendeu a gostar e a aceitar

o fato de que será mãe de uma menina. Considera que ter contato com as suas sobrinhas a ajudou. A sua tranquilidade atual é também graças ao seu esposo que foi atencioso e cuidadoso com a gravidez dela, a tranquilizou em momentos de crises e medo com falas positivas.

Para Mariane, que vivencia uma gestação de alto risco, tanto a equipe da UBS quanto a do hospital é “um amor” (sic). “Todos bem-educados” (sic). Não importava para onde a equipe a encaminhasse, tanto faz fazer o acompanhamento do período pré-natal na UBS ou no hospital, ambas as equipes pedem todos os exames e a tratam muito bem. Ao explicar a rotina das consultas, detalhou que na UBS só tem contato com o médico, mas no hospital já teve contato com alguns(mas) médicos(as) residentes, mas não viu diferença das consultas do médico para as consultas dos residentes. Sentia-se bem com a educação e simpatia dos profissionais. Como se referiu à atenção e à simpatia demonstrava não ser comum ser atendida e tratada assim, o mínimo de uma relação interpessoal e de atenção soava como extraordinário.

Expus que o modo como falavam parecia que não era comum ser bem atendida nos locais de atenção à saúde. Todas confirmaram que não, normalmente além de uma “consulta fraca” (sic) as pessoas são “grossas” (sic). Já presenciaram casos em que as pessoas foram humilhadas em prontos-socorros, Unidades Básicas de Saúde e policlínicas, mas não vivenciaram essas situações na atenção disponibilizada pela equipe da UBS.

Interessei em saber como foi a primeira consulta com o(a) médico(a). Mariane contou que o médico, ao descobrir que já tinha passado por um aborto espontâneo, não perguntou como estava se sentindo por estar gestante novamente e se tinha receio de viver um novo aborto. Também não foi questionada se desejava estar grávida ou não. O médico foi objetivo ao informar que poderia sofrer outro aborto e explicou que se tratava de uma gravidez de risco e que teria que fazer o acompanhamento no hospital e na UBS.

Fernanda por estar com 16 semanas, estava na sua terceira consulta e até aquele momento para ela as consultas têm sido boas, sendo todos “educados e simpáticos” (sic). A

enfermeira conversou bastante com a sua avó, explicou os exames de rotina, e embora esteja presente nas consultas, a enfermeira dialogava mais com avó do que com ela. Interessei-me em saber como ela se sentia com esse diálogo, estabelecido pela enfermeira com a avó. Respondeu que se sentia bem, pois avó tinha mais experiência, sabia o que perguntar e ela não.

A porta se abriu nesse momento, a mãe de Mariane veio chamá-la para ir embora. O pai as aguardava lá fora. Após isso, então se despediu e saiu. Fernanda também informou que precisava ir, pois já era 17h15 e o seu namorado veio buscá-la. Permanecemos na sala Elifia, Jéssica e eu.

Para Elifia é ainda mais difícil estar grávida aqui em Cuiabá. Não gostou da cidade, mas precisava tanto sair de São Paulo quando soube que estava gestante que só pegou as suas coisas pessoais e veio. Já para Jéssica, Cuiabá é ótima, tem mais recursos que Rondônia-RO. A sua preocupação e medo é com o parto, teme sofrer violência obstétrica ou negligência.

A mãe de Jéssica é técnica de enfermagem, mudou-se recentemente para Cuiabá, mas não conhece quase ninguém da área da saúde aqui, fazendo com que Jéssica tenha receio de estar no hospital e ter seu parto com um profissional ruim. Só gostaria de estar em Rondônia-RO, para ter a bebê, pois se sentiria mais tranquila, porque a sua mãe conhece todos os médicos e enfermeiras de lá. A sua preocupação com o parto também vem pelo medo de que façam indução, gostaria de ter parto normal e natural.

Elifia mencionou que aqui as empresas não querem contratá-la. Ninguém quer uma operadora de máquinas agrícolas grávida e não conhece ninguém para indicá-la. Considerou ir para outro lugar, no interior mesmo do estado de Mato Grosso, ou para Campo Grande, Mato Grosso do Sul, mas não se decidiu ainda. Sobre o parto, relatou que teve os seus dois partos anteriores de vias diferentes, o primeiro foi normal e o segundo cesárea, mas sobre o atual não pensa sobre. Elifia e Jéssica estabeleceram um diálogo em que foram contando e destacando as diferenças nas suas vivências e receios a partir do que escutaram uma da outra, com troca de

experiências.

Perguntei para Jéssica se já comentou com o médico o seu receio de indução do parto, se fez o plano de parto. Respondeu que não comentou com ele sobre a indução, pois nas consultas faz os exames clínicos no consultório e o médico solicita os outros exames laboratoriais, mas são pagos, pega o pedido e realiza no particular. Quando iniciou o acompanhamento do período pré-natal já veio com um ultrassom, que a sua mãe a instruiu a fazer para saber de quantas semanas estava gestante.

Sobre o plano de parto, perguntou o que é. Expliquei ser um documento em que ela deixaria registrado os seus desejos no pré-parto, parto e pós-parto, sendo este momento uma das possibilidades para que ela e o médico conversassem sobre o parto e esclarecessem as dúvidas.

Respondeu que naquele momento se deu conta de que: “tudo que sei sobre o parto e gestação é porque a minha mãe conversou comigo” (sic). Não se sente confortável para conversar com o médico sobre o parto em si, temendo que, por ele ser homem, não saberia explicar, e a enfermeira, por ser mulher, é quem saberia melhor sobre o que aconteceria com o corpo dela em trabalho de parto. Tem o contato de *WhatsApp* da enfermeira, pois esta a orientou que caso passe mal ou tenha contrações deve procurar o hospital de sua referência.

Foi a mãe de Jéssica quem a informou sobre a perda do tampão mucoso, contrações de treinamentos, processo de expulsão da criança e algumas coisas que podem auxiliar o trabalho de parto, como caminhar, por exemplo. Embora tenha a sua mãe com todo esse conhecimento e experiência, estava com medo de que realizassem uma indução no seu parto.

Enquanto contava, balançava as pernas e estralava os dedos, aparentando estar ansiosa e buscando encontrar um caminho que a deixasse confortável. Havia saído ainda há pouco de uma consulta com o médico e não mencionou nada disso com ele, ele também não perguntou como ela se sentia tão perto de ter o seu primeiro filho. A próxima consulta de Jéssica é na

semana seguinte, mas temia não chegar até lá com a gestação para poder perguntar sobre as possibilidades de indução, dos riscos e benefícios. Espontaneamente, perguntou-me se saberia explicar como funcionava o processo de indução de parto e os riscos para o bebê. Disse que já leu muitas coisas na internet e do que leu há contradições.

Mencionei que estava nítido quão preocupada estava com a possibilidade de ter que passar por uma indução de parto, mas que eu não saberia explicar sobre, porém como tinha o contato da enfermeira, questionei sobre o que achava da possibilidade de perguntar para ela ou até mesmo de retornar ao consultório do próprio médico. Disse preferir perguntar para a enfermeira, que é com quem se sente confortável para dialogar sobre isso.

Elifia sorriu e expôs que, como não está fazendo o acompanhamento do período pré-natal, não tem o que contar sobre as consultas, mas as poucas que fez com a equipe considerou ótimas, dos exames aos atendimentos. Disse ainda para Jéssica que é mesmo medonho o parto, teve bastante medo nos seus dois, mas o que sente agora, por estar grávida, superou o medo que sentiu no parto cesárea e no parto normal.

Já estava escurecendo, quando Elifia e Jéssica informaram que também precisavam ir embora. Após assinarem o Termo de Consentimento, se olharam e se despediram, estendendo as mãos uma para a outra. Encostei na mesa, em pé, fiquei com a imagem daquelas duas mãos estendidas e dos olhares se despedindo. Permaneci na sala e diferente dos outros encontros, não quis anotar nada, não conseguia. Sentia-me mobilizada e preocupada com Elifia e toda a sua angústia e tristeza, ao mesmo tempo, sabia que provavelmente nunca mais a veria. O seu desejo de sair da cidade também me parecia uma tentativa de sair da condição de gestante, de fugir de si mesma.

Notei que encontrar com elas após a consulta foi significativo para o que relataram, possibilitando a percepção da ausência de uma relação empática na consulta que facilitasse aos profissionais perceberem para além do fisiológico do gestar.

#### **4.5 Gestantes: “são atenciosos e prestativos, mas estão voltados para o ‘feto’”, “estão preocupados com a criança”**

Adentrei na UBS por volta das 7h15, havia poucas pessoas. No dia anterior, haviam sido cancelados todos os atendimentos, pois tiveram um problema na bomba hidráulica. O aviso do cancelamento ainda estava na porta, apesar da bomba hidráulica já estar funcionando normalmente.

Caminhei até a sala de atividades coletivas que estava bem arejada e com cheiro de produtos de limpeza. Deixei a minha bolsa e os documentos da pesquisa sobre a mesa e retornei para a recepção. Há uma semana fui até a UBS, mas não consegui realizar o encontro com as gestantes. Havíamos tido dias chuvosos e frios e as gestantes que compareceram para as consultas de acompanhamento do período pré-natal daquele dia já participaram da pesquisa, ainda assim, consegui convidar três gestantes, acordando que faríamos o encontro hoje.

Hoje, na recepção, só havia três gestantes. Eu as convidei, tendo o aceite de duas delas. Permaneci observando o movimento da equipe que estava agitada. As pessoas aprovadas no último concurso público começaram a ser convocadas, e muitos profissionais com o regime de contrato temporário estavam sendo realocados para outros espaços, como policlínicas e pronto-socorro. Os profissionais demonstravam o clima de despedida e de incerteza, alguns com rosto vermelho de choro, outros com o semblante fechado, não fazendo questão de esconderem das pessoas que aguardavam por atendimento.

A recepcionista, com quem construí uma relação de proximidade, contou que as trocas de profissionais acarretaram esvaziamento na UBS. Os profissionais imediatamente realocados são os técnicos de enfermagem, sendo eles que realizavam as consultas de triagem e vacinas. Apesar das alterações no quadro dos profissionais da equipe multidisciplinar, os atendimentos estavam sendo mantidos dentro do possível, as consultas de acompanhamento do período pré-natal agendadas aconteceriam normalmente.

Não demorou muito e Clara chegou. Foi convidada na semana passada, veio à UBS somente para participar do encontro. Clara tem 32 anos, está na sua primeira gestação, é casada, possui nível superior completo e é formada em biologia. Após entrar, se aproximou, sentou-se ao meu lado. Informei que precisaríamos aguardar por duas gestantes. Uma estava no consultório médico e a outra no consultório da enfermeira. Simpática, sorriu e mencionou que não teria problema em esperar, estava com tempo e que o nosso encontro era o seu único compromisso no período da manhã. Clara foi bem comunicativa, se expressou muito bem, além de ser muito simpática e receptiva. Já havia notado tais características desde o nosso primeiro contato.

A segunda participante do encontro a chegar foi Pâmela, com 18 anos, casada há três, vivenciava a sua segunda gestação, com 23 semanas. Pâmela havia sofrido um aborto na sua gestação anterior, com 27 semanas. Apesar de jovem, possuía um semblante sofrido, fez questão de dizer que era tímida, mas que iria participar do encontro. Acompanhei Pâmela e Clara para aguardarem por Jordana na sala de atividades coletivas. Jordana entrou para a consulta no mesmo horário que Pâmela, portanto, não demoraria muito para se juntar a nós.

Após deixá-las na sala, retornei para a recepção, observei a chegada de outra gestante e decidi convidá-la para participar do grupo, já que a sala de atividades fica de frente com a recepção. Solicitei para a recepcionista avisar quando o técnico de enfermagem a chamasse para a sua triagem. A recepcionista tem me auxiliado, sempre informando sobre a agenda dos(as) médicos(as) nas quartas-feiras e qual o período há mais consultas agendadas, comunicou das férias e eventos que os profissionais vão participar e qualquer outra atividade que impacta nas consultas agendadas.

Jordana aceitou participar de imediato quando foi convidada na recepção. Jordana tem 28 anos, casada, é técnica de saúde bucal. Estava com 28 semanas de gestação. A quarta gestante a participar desse encontro foi Neuzeli, também convidada hoje, na recepção. Nesse

momento, Neuzeli já se encontrava no consultório médico, estava na UBS acompanhada da sua mãe e da sua avó. A mãe de Neuzeli havia entrado no consultório médico com ela e a sua avó ficou na recepção aguardando. Aproximei-me novamente da sua avó e solicitei para lembrar a neta de se dirigir até a sala de atividades coletivas ao sair do consultório, pois estaria aguardando-a. Entramos para a sala e antes mesmo de nos sentarmos, Neuzeli juntou-se a nós.

Apresentei-me novamente e agradei a participação das quatro. Expliquei do que se tratava a pesquisa e comuniquei a questão norteadora. Rapidamente, Jordana me perguntou: “se estamos tendo o suporte com as questões fisiológicas no pré-natal ou suporte psicológico?” (sic).

Jordana acabara de expor que compreendia o acompanhamento do período pré-natal em duas perspectivas: psicológica e fisiológica. Respondi estar interessada no que fizesse sentido para ela me contar. Notei que Jordana gostaria de responder exatamente o teor da pergunta, mas como a questão norteadora não sugestionava perspectivas de atendimentos, indagou, havendo a intenção de contribuir com o que eu almejava saber.

Demonstrou alívio por poder contar o que lhe fazia sentido, encostando as costas na poltrona e sentando-se sobre uma de suas pernas. A sua barriga ainda estava pequena, o que possibilitava algumas posições. Ajeitou-se na cadeira com uma postura que demonstrava ter muito o que contar.

Iniciou relatando que há por parte da equipe uma preocupação e atenção com a gestação nos aspectos fisiológicos, mas em relação às questões psicológicas sentia-se desassistida, desamparada, não havendo um questionamento por parte dos profissionais sobre como tem vivido emocionalmente a gravidez. Detalhou que estava decidida a conversar com a médica sobre o quão triste está, chorando com bastante frequência e se sentindo reflexiva. Diante dos seus questionamentos, tristeza e reflexões conseguiu entender quando uma mulher tem uma criança e não consegue cuidar, quando tem pensamentos destrutivos com a criança ou quando

considera entregar para adoção.

Percebeu que o seu humor está deprimido, mas não pensou estar com depressão e sim sentindo-se deprimida. Explicou que estava na segunda gestação, mas que tem vivido e sentido coisas completamente diferentes da gestação anterior, principalmente porque tem chorado bastante. Sente uma tristeza que aperta o peito e tranca a sua garganta. Tem receio de que isso evolua e de que já chegue no puerpério com depressão. Já identificou que não tem suporte psicológico na UBS e lamentou muito por isso.

Todos da equipe “são atenciosos e prestativos”, mas estão voltados para o “feto”, “estão preocupados com a criança” (sic), e, embora os diálogos nas consultas fluam bem, sabe que é porque é bem informada, assistiu muitos vídeos, participou de grupos de gestantes e doula de *WhatsApp* e se interessou pelo desenvolvimento da gestação, porém, os diálogos com os profissionais são sempre sobre os aspectos e as condições fisiológicas da gestação, sendo que as questões psicológicas não são dialogadas, sequer são questionadas pela equipe. As demais gestantes confirmam positivamente com a cabeça o que escutaram de Jordana.

Senti que Jordana estava bem amparada de conhecimentos técnicos e dos processos fisiológicos, mas o que escapava de uma compreensão técnica: os aspectos psicológicos não haviam sido acolhidos pela equipe, a fazendo se sentir que eles não percebem e não se interessam sobre as suas vivências psicológicas e sobre os seus sentimentos. Jordana não sentia que havia espaço nas consultas para expor o que sente.

As pesquisas feitas na internet por Jordana possibilitaram o acesso a uma gama de material que orienta e informa as mulheres sobre os acontecimentos e as transformações corpóreas na gestação. Há também relatos das vivências psicológicas compartilhadas virtualmente por blogueiras, pessoas comuns e por profissionais da área da saúde e da psicologia. No entanto, esse material e conteúdo não proporcionaram à Jordana uma reorganização das suas vivências e experiências emocionais, de modo que conseguisse lidar

significativamente com elas. Percebi que a reorganização, o acolhimento e o cuidado com as questões emocionais não alcançam o mesmo lugar das questões fisiológicas expostas na internet: como as fases do desenvolvimento gestacional e do parto. Há a ausência do contato e da relação interpessoal significativa, da escuta advinda do encontro intersubjetivo e da presença humana.

Clara atenta e com o olhar fixo em Jordana, aproveitou da pausa feita para expor que também já notou que o acompanhamento do período pré-natal realizado pela UBS é ótimo no que se refere às questões práticas e técnicas: “seguem o protocolo” (sic). No entanto, sentiu que o protocolo executado pela equipe não abrange o acompanhamento psicológico. Voltou o olhar para a minha direção e disse: “seria bom se você atendesse aqui” (sic). Esta era a primeira vez que se depararam com uma psicóloga na UBS, ainda que na condição de pesquisadora, escutando-as.

De modo geral, para Clara, as consultas são boas nos aspectos da atenção fisiológica, visto que demoram mais do que as consultas feitas pelo acompanhamento do período pré-natal na rede particular. Iniciou recentemente o acompanhamento na UBS, tendo feito até agora apenas três consultas. Mudou-se há pouco tempo de Chapada dos Guimarães<sup>9</sup> para Cuiabá. Mencionou que já passou por um aborto anteriormente, mas que só descobriu a gravidez e o aborto porque fez uma sessão de constelação familiar. Explicou que foi casada por 12 anos na época do aborto. Após o término dessa relação ainda se sentia vinculada de algum modo ao antigo companheiro, decidindo iniciar um acompanhamento de psicoterapia, e paralelo a isso, fez uma sessão de constelação familiar, o que a levou a descobrir que já havia sofrido um aborto anteriormente e por esse motivo sentia-se tão vinculada ao ex-cônjuge.

Clara teve muita vivacidade ao se lembrar do dia que sofreu o aborto. Pensou que

---

<sup>9</sup> Chapada dos Guimarães fica aproximadamente há 45 minutos de carro da capital, Cuiabá. É uma cidade turística do estado de Mato Grosso pelas grandes cachoeiras e clima ameno.

“inconscientemente” (sic), na época, não quis assumir que se tratava de um aborto. Ela usava anticoncepcional e teve alguns episódios com atrasos da menstruação, mas que quando a menstruação veio, “saiu muita coisa”, “senti muita dor” (sic), mas resolveu não procurar um médico.

Jordana contou que na sua primeira gestação teve vários episódios de desmaios, chegando a usar um anel uterino para não sofrer um aborto: “as minhas crianças sempre querem nascer prematuras” (sic). Já conversou sobre seu histórico gestacional com a médica várias e várias vezes e a médica nada diz. Também não a encaminhou para uma avaliação com um obstetra. Recentemente passou mal, desmaiou e foi para o hospital, atendida por um obstetra, recebendo a informação de que a sua gestação é de alto risco por esse histórico, e que precisava de um encaminhamento para ser assistida pelo hospital.

Enquanto narrava, fez caras e bocas e revirou os olhos. Para Jordana, a médica parecia que estava esperando algo mais grave acontecer para que ela fosse assistida como se devia. Informou que hoje esperava sair dali com um encaminhamento, e que isso também a deixou com muito medo, insegura e preocupada. Expôs que essa será a sua última gestação, não quer mais filhos e já foi ao planejamento familiar solicitar a laqueadura, que agora com a nova lei ela poderá realizar. Sorrindo, mencionou que já avisou para o esposo que não o abençoará mais com filhos: “já fomos agraciados duas vezes” (sic). Todas sorriem.

Clara sentiu que se não estiverem atentas, questionando, lendo e informadas muitas coisas passarão. Ao participar da roda de conversa com as doulas na UBS na semana passada, teve ainda mais certeza disso, tanto é que já fez o plano de parto por conta própria. Sabe que na hora do parto os médicos não perguntarão nada para ela. Até porque, se no acompanhamento do período pré-natal já não perguntam, lá, na sala de parto vão fazer o que quiserem.

Na primeira consulta na UBS, levou um susto ao entrar no consultório médico, pois estavam presentes sete alunos, mal cabendo a paciente. Entrou e deitou-se na maca e os alunos

foram fazendo tudo. O médico não dirigiu a palavra a ela, apenas fez as anotações. Disse entender que eles, os residentes/alunos, estavam se formando, mas que se sentiria mais segura se o médico a avaliasse, porque ele era o médico.

Jordana expôs que sabe que no cartão das gestantes há várias informações sobre violência obstétrica e mais uma série de coisas, mas isso não é justificativa para não haver um diálogo, uma conversa e uma explicação do médico para com as gestantes, pois não, necessariamente, são aquelas as informações contidas no cartão que ela sente falta. Cada gestante teme algo diferente, precisa de um acolhimento e contato diferente nesses aspectos.

Clara afirmou que “a ausência do diálogo não é por falta de tempo, mas sim uma questão mesmo da ausência de humanização” (sic). Para ela, a humanização não significa um parto com vela, com cheiros, com uma banheira perfumada, mas sim a relação, o vínculo e o contato, e que isso não é estabelecido porque os profissionais não querem ter esse contato com as gestantes para além da avaliação do processo fisiológico: “conduzem o pré-natal mecânico” (sic).

Jordana também compreendeu que é uma questão mesmo de vínculo, que os médicos parecem que não gostam de se vincularem. Na sua gestação anterior, realizou todo o acompanhamento do período pré-natal no particular e desde o início informou a médica de que gostaria de ter um parto normal, que não queria oxitocina, não queria pique, não queria intervenções abruptas. A médica escutava, mas não falava nada, não discordava e deixou a gestação evoluir e quando faltava dois meses para o parto, informou um valor exorbitante para acompanhar o parto normal dela. Jordana ficou extremamente chateada e não retornou mais para as próximas consultas com a médica.

Procurou outro hospital, local que escolheu ter o seu parto e lá descobriu quais eram os(as) médicos(as) que realizavam plantão, agendou uma consulta com cada um deles. Na época, eram dois médicos. Relatou com entusiasmo quão bem atendida foi. Escolheu um deles para dar seguimento com o seu acompanhamento do período pré-natal. Próximo do parto, o

médico se colocou à disposição, para que, quando entrasse em trabalho de parto o avisasse. Ele morava próximo do hospital e iria acompanhá-la, caso não estivesse de plantão no dia. Essa atitude, de interesse e disponibilidade do médico, fez com que se sentisse vinculada, assistida e cuidada.

No dia do parto, infelizmente não caiu no plantão do médico, mas como foi muito bem atendida pela médica plantonista, ela e o esposo não sentiram a necessidade de pedir para ele ir até lá acompanhar o parto, e por isso só o avisou por volta das 3h40 da madrugada, quando já tinha dado à luz. O avisou por sentir-se grata e sentiu a necessidade de comunicá-lo que estava tudo bem. O médico prontamente a respondeu, informando que na manhã seguinte estaria no hospital, e para a sua surpresa às 7 horas já estava no quarto a avaliando.

Para Jordana o SUS é ótimo, tem profissionais excelentes, por isso que ela hoje não diz mais que o SUS é ruim, no entanto, infelizmente tem muitos profissionais péssimos, assim como no particular. Detalhou que todos os exames que pediu via SUS saíram, até o ultrassom, e que não esperava que saíssem a tempo de mostrar para a médica.

Clara também expôs que a suas consultas de acompanhamento do período pré-natal no particular foram péssimas, mas que a UBS realizou uma ótima consulta nos “aspectos protocolares” (sic) de acompanhamento. Quando era assistida pelo particular, ficou horrorizada com a médica que acompanhava e por isso veio para a UBS, desde que se mudou para Cuiabá. Detalhadamente, Clara contou que ao informar à médica de que gostaria de um parto normal, escutou dela que isso quem iria dizer não seria ela, mas sim os seus “guias” (sic). A médica era umbandista e fez questão de deixar isso claro na consulta. Por Clara já ter frequentado a Umbanda, reconheceu a justificativa da médica a partir da própria religião e não propriamente de um saber científico. Ainda sem perceber, a médica expôs que uma cesárea em 30 minutos já poderia estar em casa, enquanto no parto normal teria que ficar no hospital por horas.

Clara se reconhece como “instruída” e “informada” (sic), mas existem gestantes que

não são, e isso as colocam em uma condição de submissão, o que é desesperador. O acompanhante no momento do parto está tão preocupado e desesperado quanto a mulher, se o(a) médico(a) disser que fará uma cesárea porque é preciso, gestante e acompanhante não vão questionar: “a médica falou está falado” (sic), por isso é tão importante o plano de parto.

Destacou que o plano de parto é para ser feito pelo(a) médico(a) e a gestante, mas que ela fez sozinha, por mudar do particular para rede pública e mesmo já estando próxima de ganhar os profissionais da UBS não falaram sobre o parto. Tudo que sabe é porque pesquisou, participou de rodas e grupo de gestantes organizados por doulas por fora, tendo iniciado na semana passada uma roda com doulas na UBS.

Recentemente, começou a sentir muitas dores ao dormir e ao pesquisar na internet viu que poderia estar comprimindo a sua veia da perna. Alguns vídeos disseram ser normal, outros avisaram para procurarem o médico obstetra. Isso a tem deixado ainda mais confusa, visto que não há uma informação sólida na internet e na consulta que teve com o médico, ele sequer dirigiu a palavra a ela.

Clara tem medo da continuidade da “desassistência psicológica” (sic) que seguirão no puerpério. A UBS não oferta acompanhamento psicológico, e as gestantes já vivem a gestação tão carentes dessa atenção que chegam ao puerpério sobrecarregadas de tudo. Somado a todas essas questões, percebe também que as pessoas são tão cruéis: passou mal até os seis meses e escutou de um familiar “mais idoso”(sic) que deveria dar mais atenção ao seu esposo, pois isso poderia fazer com que ele a traísse.

Jordana, que já havia relatado sobre a tristeza e a aflição que tem sentido, disse que também temia o puerpério. Já está tão fragilizada e depois vem amamentação, banhos e dedicação integral ao bebê. Sente-se incapaz nesse momento só de pensar, tamanha sua tristeza.

Em seguida, Neuzeli, que tem 30 anos, é casada e com ensino médio completo contou que gestava o seu primeiro filho, estava com 17 semanas. Expôs gostar da consulta de

acompanhamento do período pré-natal realizada pela UBS, assim como as outras mulheres. Também já teve uma experiência ruim com o particular, em que a médica foi “horrorosa” (sic). Neuzeli não conhecia a UBS e foi informada pela mãe de que poderia realizar o acompanhamento gratuitamente. Para a sua surpresa foi muito bem atendida. Não era dia de consulta de acompanhamento do período pré-natal e mesmo assim a médica a atendeu, conversou e a tranquilizou, pois estava tendo sangramento.

Neuzeli é motorista de caminhão e acha que por conta das trepidações começou a ter sangramento, pensou estar perdendo o seu bebê e ficou tão apavorada que buscou um médico particular. Diferente de Jordana, sentia-se muito bem emocionalmente, havia planejado a gravidez, “veio no momento certo” (sic), já que recentemente conseguiu comprar o seu próprio caminhão, após tantos anos dirigindo para os outros.

Notei que o atendimento vivido por Neuzeli no particular foi tão ruim que ao encontrar na UBS pessoas educadas e disposta a atendê-la, fez com que se sentisse segura e confiante com a médica da rede pública de saúde. Ser atendida por pessoas educadas que não as tratem com grosseria é tido por Neuzeli como um fator positivo do programa de acompanhamento do período pré-natal da UBS.

Pâmela, que estava na sua segunda gestação, descreveu os profissionais da equipe como atenciosos e educados: “um amor” (sic). Pâmela passou por um aborto na sua gestação anterior, ainda quando tinha 17 anos. Estava com 27 semanas quando perdeu o(a) seu(sua) primeiro(a) filho(a). Agora com 23 semanas, sente medo de abortar novamente. Perguntei se o médico que acompanha sabia que sente medo de abortar novamente. Respondeu que não. O médico ainda não chegou a uma conclusão se essa é uma gestação de alto risco, pois tudo tem corrido dentro do esperado, e, embora já tenha sofrido um aborto anteriormente, está avaliando-a, para que só depois faça o encaminhamento para um obstetra.

Embora não haja uma confirmação do quadro clínico da gestação de Pâmela, pela sua

vivência anterior, sente medo ainda que não se tenha um parecer clínico conclusivo. Percebi que a ausência de uma indicação clínica dificulta ainda mais uma aproximação dos profissionais com as vivências emocionais das gestantes. O médico estava atento à possibilidade de um segundo aborto, buscando elementos clínicos, no entanto, Neuzeli já vivenciava o medo, a preocupação e receio já chegaram até o consultório dele, e ele ainda não havia percebido e acolhido.

Pâmela é bem tímida e por estar com poucas semanas de gestação relatou que ainda não tem muito o que comentar do acompanhamento do período pré-natal. Apesar de tímida e de não termos tido qualquer contato anteriormente, Pâmela expôs a sua preocupação, seu receio e seu sentimento de medo. Contou que gosta dos profissionais da equipe por ser “bem tratada” (sic). Indaguei o que é ser bem tratada. Explicou que se trata da educação com a qual os profissionais têm ao se referirem a ela, e que ao se dirigirem a ela são cordiais, gentis e simpáticos.

Jordana também sentiu que todos da equipe são educados e as tratam bem: “de fato todos aqui nos tratam muito bem” (sic), tendo em vista haver médicos(as) ríspidos e agressivos, a equipe é sempre educada e atenciosa. O que falta, na percepção dela, são informações e diálogos sobre o parto em si e uma escuta das emoções. Ainda não sabe se a ausência desses diálogos é em virtude de que não será o(a) médico(a) quem realizará o parto.

Todas se olham, Pâmela disse que já contou o que tem vivido até esse momento de acompanhamento do período pré-natal na sua gestação. Jordana comentou que também contou tudo, que estava precisando desabafar sobre como vive a sua gestação, em especial, sobre as questões psicológicas. Antes de sair, perguntou-se se após a conclusão da pesquisa farei parte da equipe. Informei que não.

Clara expôs que falou bastante e que não tem mais nada que gostaria de contar. Ressaltando que embora tenha sido um encontro com a finalidade da pesquisa, foi bom estar com outras gestantes assistidas pela unidade e poder dialogar sobre o acompanhamento do

período pré-natal, ela disse que espera que a minha pesquisa contribua com melhorias no acompanhamento.

Neuzeli reiterou a sua alegria por estar grávida e pediu para Clara informar quais os grupos de *WhatsApp* que está participando. Gostaria de trocar com outras gestantes e doulas, por ser a sua primeira gestação, quer aprender com mulheres que já passaram por isso, seja na UBS ou em outros espaços.

Após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Tratamento de Dados, fiquei sozinha na sala refletindo sobre o encontro e suas reverberações. Jordana, diferente das demais, saiu do encontro direto para a consulta. A forma como o encontro de hoje se configurou, foi uma grata surpresa: as relações intersubjetivas foram destacadas, a compreensão do acompanhamento do período pré-natal e a atenção psicológica que são ausentes apresentam-se como experiências que possibilitaram reflexões significativas nas gestantes.

#### **4.6 Profissionais: “Eu escuto, às vezes calada, começam a chorar e eu ofereço esse papel aqui, que é o que tenho”**

O encontro de hoje ocorreu no período matutino, agendado na semana do dia 10 de maio. Dos profissionais da equipe multiprofissional, as únicas que não conseguiram participar dos encontros anteriores foram Gaia, médica, especialista em saúde da família e comunidade, e Têmis, enfermeira.

Ao chegar, enviei uma mensagem de *WhatsApp* para Têmis, para avisá-la que estava na recepção, aguardando por ela e Gaia. Aguardei por alguns instantes e então direcionei-me até o consultório da Gaia. A porta estava aberta e Gaia conversava com uma gestante que estava em pé, informando que gostaria de realizar a laqueadura logo após o parto, Gaia a orientava a ir até o planejamento familiar.

Ao me ver, Gaia pediu para aguardar, já estava finalizando e então começaríamos. O consultório de Têmis fica a poucos metros dali. Também fui até lá, bati na porta. Sorridente, Têmis abriu e pediu para eu esperar, pois estava atendendo. No nosso último contato haviam fechado a agenda de hoje às 11 horas para podermos conversar, sendo esse o motivo pelo qual me direcionei até os consultórios.

No corredor, de frente a sala de vacina, havia algumas cadeiras, sentei-me e permaneci ali. Não demorou muito e Têmis veio até mim. Pediu para que conversássemos na copa, gostaria de comer algo e não havia ninguém, estavam com fome e na copa era o único lugar que era permitido comer. A copa estava vazia, e em cima da mesa havia apenas uma garrafa de café. Assim que nos sentamos, Gaia também entrou. Ambas estavam de jalecos e máscaras, ao se olharem e perceber, retiraram as máscaras e o jaleco.

Têmis é uma mulher branca, cabelos escuros, olhos claros, sempre muito simpática e atenciosa em todos os contatos em que estabelecemos. Enquanto nos ajeitávamos e serviam um café, contaram que estavam participando de outra pesquisa, e que diferente da minha, havia muitas burocracias. Mencionaram que até os documentos que assinaram tinha que ser da mesma cor da caneta que o coordenador responsável pela pesquisa havia assinado.

A pesquisa em questão era sobre a vacina do Papilomavírus Humano (HPV). A UBS estava participando para identificação do índice de procura das vacinas e dificuldades de vacinação do público-alvo: adolescentes. A pesquisa dará uma premiação para as Unidades Básicas de Saúde que tiverem os maiores índices de vacinação. Após estarmos todas acomodadas, servidas com o café, agradei o aceite e disponibilidade para o encontro. Em seguida, mencionei que gostaria que compartilhassem comigo como tem sido a experiência delas no programa de acompanhamento do período pré-natal.

Têmis tem 42 anos, casada, atua no SUS há 8 anos e está na UBS há 3, desde a inauguração. Na graduação, Têmis não teve contato com gestantes. A escolha dos seus campos

de estágio foi para saúde mental, embora tenha tido bastante teoria sobre gestação e parto. Mesmo atuando no SUS há 8 anos, somente nos três últimos anos tem realizado o acompanhamento de gestantes.

Sente-se segura e tranquila nos acompanhamentos, já que sempre teve um(a) médico(a) acompanhando junto com ela as gestantes na equipe. Têmis conheceu enfermeiras de outras Unidades Básicas de Saúde que sempre estão sozinhas, pois não há médicos, o que considerou péssimo: “agradeço a Deus poder contar com os(as) médicos(as) da equipe” (sic).

Gaia tem 28 anos, solteira, está na equipe também desde a inauguração. Assim como Têmis a UBS é a sua única experiência com o SUS, após sua formação. Embora jovem, demonstrava segurança com a prática obstétrica. Na residência médica, atuou boa parte na obstetrícia, o que fez com que descobrisse que “gostava de atender gestantes” (sic), de atuar no SUS.

Têmis explicou que é uma equipe bem sólida a da UBS, havendo abertura para trocar com os(as) médicos(as), com as dentistas e com os agentes comunitários de saúde. Todos são bem parceiros. Contou que um dia anterior ao nosso encontro, esteve com uma gestante acompanhada por Odair, médico, e Kelly, enfermeira. A gestante teve uma queda e buscou a UBS: caiu estendendo roupa e ficou mais de 24 horas sem sentir o bebê mexer. Têmis não a acompanha, mas iria realizar o procedimento para escutar o coração do bebê. A gestante já estava no final da gravidez. Embora haja uma divisão por equipe, não há uma limitação para não atender pacientes que não estão dentro da área de abrangência de sua equipe. Todos os profissionais são unidos e colaborativos uns com os outros, compreendendo que isso beneficia a comunidade e a própria equipe.

Gaia e Têmis sabiam quem era a gestante, e se referiam a ela pelo nome. Odair, médico, estava de férias e Gaia foi quem estava cobrindo as consultas de acompanhamento dele. Hoje era o dia de retorno da gestante e estavam apreensivas. No dia anterior, a gestante foi

acompanhada de seu esposo. Enquanto Têmis arrumava a maca, reforçou que era importante irem ao hospital de referência, era o indicado. Nesse momento o esposo da gestante a pegou pelo braço e falou para irem embora, ali não resolveriam nada. Ambos saíram e Têmis sequer escutou o coração da criança, o que fez com que se sentisse culpada.

Expus a percepção de que estavam bem preocupadas, e que gostariam de ter acesso ao prontuário do hospital ou algo assim para saberem o que aconteceu com a gestante. Afirmaram que sim. Perguntei como as gestantes e acompanhantes de modo geral recebem as recomendações e orientações para se dirigirem até o hospital de referência quando procuram por eles em momentos como esses. Têmis explicou que recebem bem, não questionam e sempre são orientadas em quais situações devem procurar o hospital.

Complementando a afirmação de Têmis, Gaia comentou o caso de uma gestante que chegou na UBS, antes das 7 horas da manhã, e ficou aguardando por ela, mesmo já tendo iniciado o trabalho de parto. Desde a primeira consulta, Gaia orientou sobre o momento do parto com contrações de treinamento e quando que devem buscar pela UBS e quais situações precisam ir imediatamente para o hospital. Acreditam que as gestantes, mesmo sabendo e sendo orientadas, em decorrência da relação do acompanhamento vivido ao longo do programa do período pré-natal, em momentos de urgência, querem receber as orientações e recomendações da equipe que as acompanham. Trata-se de uma confiança de que a(o) médica(a) e a enfermeira as assistirão e saberão o que fazer.

Gaia não acha ruim que procurem nesses momentos por eles, no entanto, há situações que acabam agravando a situação clínica das mulheres: “não se deve perder tanto tempo assim em algumas situações” (sic). A perda de tempo é o que mais está preocupando Têmis em relação à grávida que sofreu a queda: aguardou mais de 24 horas para buscar ajuda. Movida pela preocupação, Têmis perguntou para Gaia se ela não conhecia ninguém no hospital para terem notícias da gestante. Ambas estavam preocupadas, mas Gaia demonstrou mais tranquilidade e

serenidade. Na sua percepção, Têmis fez o que foi possível e orientou o que era correto. Há um limite entre o que podem fazer pelas gestantes.

Têmis tem notado o aumento na quantidade de gestantes que não desejaram a gestação. “Estamos recebendo muitas gestantes que não planejaram e não desejam a gestação. Antigamente era assim, a gestação não era planejada, mas se tornava desejada!” (sic). Têmis se perguntou o que fazer. Tem estado atenta, busca escutar, mas as gestantes precisam de acompanhamento psicológico. Muitas vezes, as gestantes chegam para passarem por procedimentos simples e desabafam tudo que estão sentindo. Nesse momento, Têmis olhou para o papel toalha sobre a mesa e disse: “Eu escuto, às vezes calada, começam a chorar e eu ofereço esse papel aqui, que é o que tenho” (sic). Havia um pesar e um receio por não saber o que fazer com o que escutava. É difícil perceber que cada vez mais as mulheres estão vivendo gestações não planejadas e não desejadas, e mesmo tendo realizado estágios no campo da saúde mental durante a sua formação, sentia-se perdida quando se deparava com algumas situações.

Para Gaia também é bem delicada a situação de gestar sem desejar. Notou que há mulheres que demonstram explicitamente a sua tristeza e insatisfação por estar grávida. Busca ser cautelosa, tomando muito cuidado. É professora/supervisora de alunos da graduação de medicina, e por estes fatores normalmente o seu consultório está cheio de alunos. Busca quebrar o gelo, conversando para fazer com que a gestante se sinta mais à-vontade. Segundo Gaia, os alunos, às vezes, querem fazer muitas perguntas para as gestantes, mas não é assim, tem mulheres que se sentem interrogadas.

Aprendeu que precisa confiar no processo de vinculação que será estabelecido ao longo do acompanhamento do período pré-natal para que as mulheres compartilhem com ela os seus sentimentos. Sempre fala para os alunos: “calma, não vamos perguntando assim, dê um tempo, vão falar” (sic). Já notou uma certa ansiedade dos alunos, embora não saibam o que falar e fazer ao escutarem de uma gestante que não queria e não quer estar grávida. Gaia demonstrava que é

difícil escutar algumas coisas e não ter um roteiro de como agir, igual ao que tem dos protocolos médicos.

Têmis se sente segura e confortável com a sua profissão: “por isso que eu amo minha profissão, a gente fala da gestação, não arriscamos dizer algo que vai prejudicar mais ainda a pessoa!” (sic). Tem medo de que fale algo em momentos como esses que não ajude a gestante e sim que atrapalhe, que prejudique ainda mais o emocional da mulher.

Há uma dificuldade e medo por não saber como acolher as gestantes, mas embora elas não saibam o que fazer com o que escutam das demandas psicológicas, as demandas estão chegando até elas. O conforto está por poder se respaldar em elementos protocolares da assistência e prática da enfermagem e medicina, assim não precisam se arriscar a cometer algo grave, está tudo prescrito, mas quando se deparam com os aspectos emocionais sentem a impotência técnica da sua prática para as questões das vivências emocionais.

Perguntei a Têmis o que poderia ser dito que agravaria a situação nesses momentos. Contou que acompanha uma gestante com “depressão profunda” (sic), que faz uso de medicação, com uma história de vida “bem delicada” (sic). A gestante não tem uma boa relação com a sua mãe, não deseja estar grávida, não se sente capaz de ser uma boa mãe e teme ser uma mãe igual à sua. Têmis já notou que mesmo com todo o medo a sua paciente tem sido a mãe que pode e consegue. Mencionou que já comentou com a sua paciente que ela tem feito o que consegue nesse momento: indo sempre em todas as consultas, fazendo todos os exames.

Para Têmis é pouco o que fez, escutar e expressar a sua percepção, gostaria de ser assertiva, de conseguir de fato sentir que auxiliou. Não havia um lugar no corpo da gestante para intervir. Percebi que a relação interpessoal de qualidade para uma profissional da saúde munida de tantos conhecimentos técnicos é mais difícil de ser vivida como algo potente e que auxilia.

A paciente em questão faz acompanhamento psiquiátrico na policlínica do bairro

vizinho, é assistida por uma psiquiatra amiga de Gaia. O acompanhamento na rede para atenção psicológica, se solicitado via sistema, provavelmente, a gestante sequer conseguirá ser atendida antes do puerpério, então o que Gaia e Têmis fazem é pedirem para os profissionais que têm contato: “a rede das nossas relações interpessoais funcionam melhor que a própria rede do SUS” (sic).

Essa rede é que tem dado suporte, no caso da paciente de Têmis, Gaia disse que a paciente não faz uso da medicação. Chegaram a pensar que era por questões financeiras. Diante disso Gaia ligou para uma amiga psiquiatra e conseguiu remédios por 30 dias, porém, por escolha própria, a paciente não estava fazendo uso.

Gaia destacou que também acompanha uma gestante que já fazia uso de medicação psiquiátrica antes mesmo de engravidar, mas a medicação teve que ser trocada, pois o remédio utilizado pela gestante poderia provocar complicações clínicas na gestação, com isso Gaia mesma quem fez a alteração da medicação.

Têmis explicou que é muito delicada a situação. As gestantes não têm acompanhamento psicológico contínuo na rede, e que, no caso dessa sua paciente, Têmis ficou assustada com algumas intervenções feita pela psicóloga da rede que tem acompanhado-a. Contou que a psicóloga tem trazido experiências pessoais para a paciente e que isso tem feito com que a mulher fique ainda mais insegura em relação a sua maternidade.

Têmis expôs que não se deve fazer isso e que os profissionais da saúde cada vez mais chegam despreparados para lidarem com as pessoas. Segundo Têmis, antigamente um técnico de enfermagem tinha que saber várias coisas da medicação, dos efeitos colaterais, por exemplo, mas atualmente se limitam apenas a fazer o que foi prescrito pelo(a) médico(a) e que isso é grave, pois precisam também se responsabilizar pela medicação que aplicam nas pessoas e estarem atentos aos efeitos dessa medicação.

Têmis sabe que psicólogos não falam da vida pessoal para o paciente e nem ela, que é

enfermeira, utiliza da sua própria experiência com as gestantes, embora já tenha gestado: “eu mesma, tenho diversas mulheres que chegam com peito rachado no puerpério. Eu passei por isso no meu puerpério, mas não me baseio na minha vivência para orientá-las, digo o que sei como enfermeira” (sic). Para Têmis, as formações estão generalistas, simplistas, e, na área da saúde, é ainda mais preocupante.

Gaia disse que as gestantes de alto risco também encontram certas dificuldades para serem assistidas pelos hospitais, isso faz com que Gaia acabe acompanhando algumas gestantes de alto risco. As que estão conseguindo ser assistidas nos hospitais, Gaia consegue acompanhar o que tem sido feito no acompanhamento do período pré-natal de alto-risco delas, os(as) médicos(as) têm mandado uma carta para ela pelas próprias gestantes com informações do que têm observado do desenvolvimento da gestação e das recomendações e prescrições dadas, o que tem ajudado bastante.

Para Têmis e Gaia, o público que eles acompanham é um público diverso, e já perceberam que as gestantes possuem em média idade diversas também: dos 15 aos 39 anos. No entanto, a grande maioria está na faixa-etária dos 20 aos 26 anos. Explicaram que há mulheres que possuem um certo poder aquisitivo, vêm do acompanhamento do período pré-natal da rede particular e já chegam com a gestação mais avançada. Buscam a UBS “por serem maltratadas” (sic) e porque no convênio o médico ganha pela quantidade de consultas, o que faz com que reduzam ao máximo o tempo das consultas.

Gaia expôs com satisfação que o acompanhamento do período pré-natal na UBS salta aos olhos das gestantes. Até porque todos da equipe se dedicam e atendem mesmo que não seja dia das consultas de acompanhamento do período pré-natal. As gestantes ficam encantadas por terem atendimentos com dentistas, e que por vezes os médicos dos planos não encaminham as gestantes para uma avaliação com dentista. As dentistas atendem todos: os agendados e os não agendados. Se uma gestante passar na consulta com um dos três médicos(as) da equipe e

eles(as) pedirem, as dentistas atendem naquele mesmo dia.

Têmis então disse: “o pré-natal é a nossa pupila dos olhos<sup>10</sup>” (sic). A afirmação de Têmis é reiterada por Gaia, que destacou que o bom atendimento e o tempo da consulta fizeram com que as mulheres busquem a UBS. Há um boca a boca que faz com que até gestantes que não são da região de cobertura da UBS procurem por atendimento nessa unidade. Gaia já escutou das gestantes que moram longe, para agendarem tudo para um único dia: dentista, consultas do acompanhamento do período pré-natal e coleta de exames.

Não há o que fazer, Gaia atende mesmo as gestantes que não estão dentro da região de cobertura deles. No entanto, por vezes, pergunta: “como assim mora longe?” (sic), mas as gestantes desconversam. Têmis também atende diversas mulheres de outras regiões, que estão na área de abrangência de outras Unidades Básicas de Saúde, mas isso dificulta localizar as gestantes quando os exames constam alguma alteração. Nesse sentido, ser atendida em uma UBS que não é da sua região acaba prejudicando a própria gestante.

Já aconteceu de uma puérpera ir até a Unidade Básicas de Saúde realizar o teste do pezinho e o exame apontar uma alteração. Têmis mais que depressa tentou localizar a gestante. O agente comunitário de saúde foi até o endereço informado, mas “o endereço era falso” (sic), e a gestante não morava lá. Têmis ficou sem saber o que fazer. O número de telefone dava inválido e o endereço incorreto. Esperançava que a gestante retornasse para a próxima consulta com a médica.

Gaia e Têmis retrataram que este é outro fator delicado. As gestantes até fazem o acompanhamento do período pré-natal corretamente, mas após o nascimento da criança, somem, não procuram mais o acompanhamento, e Gaia não sabe como e em que lugar as puérperas realizarão a continuação do acompanhamento delas e do bebê.

---

<sup>10</sup> Expressão popular utilizada: “meninas dos olhos” para se referir a valorização de algo de suma importância.

Esses fatos preocupam Têmis, que agora está ainda mais preocupada, pois está para ser inaugurado outro condomínio vertical que também está dentro da área de cobertura de toda a equipe. Nesse condomínio, há aproximadamente 400 apartamentos e todas essas pessoas serão assistidas por eles. Ela não sabe como vão ficar as condições de trabalho da equipe.

Passada aproximadamente 1 hora que estávamos conversando, Têmis foi chamada pela recepcionista, pois estava na recepção uma mãe no puerpério em que o filho havia tido quadros de vômitos e estava bem apático. Têmis se retirou e Gaia disse que também teria que ir, pois precisaria almoçar e às 12h30 teria que atender e já era 12h15. Realizei a entrega do Termo de Consentimento Livre Esclarecido e do Termo de Tratamento de Dados, agradei mais uma vez pela participação dela. Gaia assinou e saiu. Passados alguns instantes, Têmis retornou e disse que o bebê estava bem pálido e com pouca interação. Recomendou que os pais procurassem o hospital, pois ela não teria condições de assisti-los adequadamente.

Agradei por aceitar participar da pesquisa e por ter me auxiliado com o novo gerente da UBS logo nos primeiros contatos e também entreguei o Termo de Consentimento Livre Esclarecido a ela e o Termo de Tratamento de Dados. Nos despedimos.

Fiquei ali processando o que escutei enquanto aguardava o Uber para retornar a minha casa. Acabava de realizar o último encontro com os participantes da pesquisa, estava encharcada de sensações, pulsava em mim o modo como as experiências dos profissionais e as das gestantes se entrecruzavam.

#### **4.7 Profissionais: narrativa síntese**

Os encontros dialógicos com os profissionais que compõem a equipe multiprofissional de uma UBS, de um município do estado de Mato Grosso, aconteceram no horário de expediente. Dos 19 profissionais que compunham a equipe, doze se dispuseram a participar do encontro e apesar do pouco tempo que conseguiram para participarem, transmitiram interesse

e motivação em compartilhar comigo e com os colegas suas experiências.

Durante os encontros dialógicos, foi possível perceber como as vivências individuais dos profissionais da equipe se assemelham entre si e como, ao se ouvirem mutuamente, demonstraram empatia e solidariedade frente às dificuldades comunicadas pelos colegas. Escutaram com atenção e refletiram sobre as condições de trabalho, frustrações e expectativas, analisaram as dificuldades em atender as metas propostas pela gestão que se concretizam no preenchimento do sistema com dados quantitativos. Relataram suas preocupações com essas demandas burocráticas que não incluem dados decorrentes dos atendimentos clínicos às gestantes.

Os profissionais expuseram características pessoais ao narrarem com vivacidade as suas experiências. Descreveram detalhadamente as práticas exercidas, buscando comunicar a importância da atuação de cada membro da equipe e rememoraram experiências significativas vividas entre eles e no contato com as gestantes durante o acompanhamento no período pré-natal.

Sabem que é preciso desenvolvimento e conhecimento sobre a região territorial e as características socioeconômicas e culturais das pessoas que atendem. Compreendem que a UBS é um contexto no qual seria possível ter mais tempo para terem contato com as pessoas e estabelecerem relações interpessoais significativas, mas em função da rotina estressante de trabalho, da alta demanda e da defasagem no número de profissionais que compõem a equipe, não conseguem estabelecer relações intersubjetivas de qualidade durante as consultas.

Embora não consigam destinar mais tempo para os relacionamentos e para o diálogo, identificam através das devolutivas que recebem das gestantes no dia a dia, que o programa de acompanhamento do período pré-natal oferecido por eles é melhor que o da rede particular, o que os deixam orgulhosos, pois se dedicam e colocam o acompanhamento como “a pupila dos olhos” (sic). Na rotina dos atendimentos com as gestantes, sentem-se desafiados por elas.

Algumas se posicionam criticamente, questionando a prática deles referente a exames e medicamentos, em virtude das informações adquiridas em outros contextos, principalmente nas redes sociais. Os questionamentos das gestantes soam como críticas pessoais a eles e os fazem sentirem-se confrontados e desafiados.

Ainda assim, os profissionais demonstraram empenho e satisfação no acompanhamento do período pré-natal, considerando que é uma modalidade de atenção gratificante por serem as grávidas pacientes mais “tranquilas” (sic) quando comparadas às outras pessoas assistidas. Esta tranquilidade a que se referiram está relacionada ao fato de haver um conjunto de procedimentos prescrito para o acompanhamento do período pré-natal. De acordo com cada fase do período gestacional, há um passo a passo a ser seguido com manuais e recomendações acerca de exames que precisam realizar. Os profissionais demonstraram sentirem-se amparados pelos protocolos e recomendações.

Por outro lado, as vivências emocionais das gestantes comunicadas a eles durante os atendimentos são desafiadoras porque ao escutarem sobre sentimentos de angústia, de tristeza, de medo e de insegurança, entre outros, não sabem como responder ou o que fazer a respeito. Receiam falar algo que possa vir a agravar ainda mais o estado emocional da mulher e, nesse sentido, agradecem por não precisarem correr esse risco, conforme relatado por Têmis: “por isso que eu amo minha profissão, a gente fala da gestação, não arriscamos dizer algo que vai prejudicar mais ainda a pessoa!” (sic). Consideram que por não serem profissionais da área de saúde mental estão isentos da responsabilidade de disponibilizarem este tipo de cuidado na UBS e nos casos mais graves fazem encaminhamentos para outros serviços da rede pública.

Os participantes comunicaram abertamente que valorizam as habilidades práticas e os conhecimentos técnicos e que não dispõem de competências e habilidades para estabelecerem relações interpessoais empáticas ou para lidarem com os sentimentos relatados pelas mulheres nas consultas. Quando as gestantes comunicam a eles suas emoções e angústias, sentem-se

desconfortáveis por não saberem como lidar. Desafiados, os profissionais cada um a seu modo, constroem estratégias para tentarem acolher as emoções, partindo daquilo que compreendem ser possível e que conseguem proporcionar. Percebem, também, o aumento de mulheres gestantes que não planejaram e não desejam a gestação, levando-os a destinarem a primeira consulta como um momento em que se dispõem a abordar objetivamente esta questão, como a médica Aline, que pergunta se a gravidez foi desejada ou não.

Os profissionais constatam que há diferenças quanto à adesão ao programa de acompanhamento do período pré-natal quando a gravidez é desejada, indesejada e quando há o desejo de abortar. Porém, também reconhecem que embora destinem a primeira consulta para um diálogo sobre essa questão, consideram que é preciso permitir que as gestantes se vinculem a eles no decorrer do acompanhamento do período pré-natal e que é mais adequado deixar que elas possam falar sobre isto quando se sentirem mais confortáveis.

Os profissionais da equipe sentem-se seguros e capazes quando estão voltados para a atenção fisiológica para a qual foram treinados desde a formação, mas não saem ilesos de se preocuparem por não terem para onde encaminhar as gestantes que não se encontram em um momento de emergência psicológica, mas que necessitam de um acompanhamento psicológico. Se veem impotentes porque sabem que são raras as gestantes que conseguem acompanhamento psicológico na rede pública de saúde.

Os participantes gostariam e almejam que sejam contratados psicólogos para integrarem a equipe multiprofissional, embora reconheçam ser este um desejo difícil de ser efetivado diante da realidade. Um psicólogo na equipe é compreendido como um suporte necessário não só às gestantes, mas a eles também. Consideram que todos, gestantes e equipe, precisam do acompanhamento e atenção por parte de um profissional capacitado. Transmitiram a sensação de que o psicólogo os salvaria de terem de lidar com aquilo que não sabem, isto é, as emoções: e as questões relacionadas ao adoecimento mental. Enquanto o dia em que poderão contar com

um psicólogo na equipe não chega, eles se movimentam. A partir da experiência do dia a dia e dos enfrentamentos para possibilitarem o acompanhamento psicológico, construíram uma rede de relações interpessoais de ajuda mútua com profissionais psiquiatras de outras instituições da rede pública de saúde, como policlínicas e hospitais. Frente à gravidade de algumas situações vivenciadas com gestantes que estão emocionalmente fragilizadas, recorrem a essa rede, conforme relatado por Gaia e Têmis: “as redes das nossas relações interpessoais funcionam melhor que a própria rede do SUS” (sic).

Durante o encontro dialógico, os profissionais analisaram que eles também estão desassistidos de recursos básicos. Por exemplo, para conseguirem realizar as visitas domiciliares se dispõem a utilizar veículos próprios. No entanto, mesmo com todas as dificuldades da rede pública de saúde, como a defasagem de profissionais e a falta de recursos, reconhecem que a UBS tem uma das equipes mais completas na qual já trabalharam. As enfermeiras participantes da pesquisa mencionaram que já trabalharam sem médicos na equipe mínima em outras Unidades Básicas de Saúde, tendo que realizar o acompanhamento do período pré-natal do início ao fim sozinhas.

Lidar com tantas adversidades do dia a dia acabou minando a motivação dos profissionais no decorrer dos anos. Os profissionais com mais tempo de atuação no SUS transmitiram o impacto vivido diante da falta de condições de trabalho e da defasagem de profissionais na equipe. No entanto, sentem-se menos frustrados. Já os profissionais com menos tempo de atuação comunicaram frustração e motivação em uma intensidade mais elevada.

Por outro lado, os profissionais reconhecem os limites humanos e da própria rede pública de saúde acerca do que é possível fazer pelas pessoas que atendem e pelas gestantes. Embora reconheçam tais limites, são afetados pelas condições das pessoas, ficam preocupados e interessados em saber qual o desfecho e qual a atenção que foi oferecida nos outros contextos quando encaminham as gestantes. Por vezes, sentem-se culpados por não conseguirem

acompanhar. Nessas situações, a relação interpessoal positiva e a parceria vividas entre eles como equipe na rotina de trabalho torna-se amparo e suporte.

Durante o encontro dialógico os profissionais também refletiram criticamente acerca das características atuais dos profissionais da área da saúde, percebidos como cada vez mais despreparados para lidarem com as pessoas, conforme mencionado por Têmis, que constatou que a formação generalista contribui para uma formação insuficiente e deficitária dos profissionais.

#### **4.8 Gestantes: narrativa síntese**

Realizar os encontros dialógicos com as gestantes em grupo possibilitou conhecer uma pluralidade de histórias de vida e gestacionais compartilhadas a cada novo encontro. Formar grupos de gestantes dispostas a compartilhar comigo suas experiências, não se constituiu em uma tarefa fácil; foi preciso flexibilidade para me adequar à rotina da UBS, bem como à disponibilidade das participantes e às condições físicas delas.

Os encontros aconteceram na sala de atividades coletivas da própria UBS. Das 97 gestantes em acompanhamento no período pré-natal, onze aceitaram o convite para participar da pesquisa. Durante o encontro dialógico, as mulheres grávidas expuseram as suas vivências, os medos, as frustrações, as expectativas, as preocupações com o gestar e as especificidades vividas subjetivamente em relação ao programa de acompanhamento do período pré-natal e as relações estabelecidas com os profissionais da equipe multiprofissional.

Semelhantemente, as participantes iniciavam relatando não haver do que reclamar da assistência recebida; consideravam que as consultas periódicas que acontecem ao longo do programa de acompanhamento do período pré-natal dessa UBS são boas. Disseram que a equipe segue o “protocolo” (sic) quanto ao previsto para uma atenção voltada ao desenvolvimento saudável do feto, mas reclamaram de não serem assistidas em suas demandas psicológicas.

O acompanhamento psicológico é um desejo, para muitas, antigo, e antes mesmo da gestação já pensavam sobre. Algumas mulheres, como Clara e Jéssica, já tiveram essa experiência, levando-as a transmitirem a sensação de gratidão pelo acolhimento e atenção recebidos na época. No entanto, para a maioria das participantes da pesquisa o encontro dialógico foi o primeiro momento em que tiveram a oportunidade de serem ouvidas por uma psicóloga, ainda que fosse para a realização da pesquisa, levando-as a transmitirem a esperança de que eu pudesse vir a atendê-las na UBS.

As participantes contaram sobre a importância de uma assistência psicológica, pois já perceberam que os profissionais da equipe têm dificuldade para acolher suas demandas emocionais. Reconhecem que sentimentos contraditórios acerca do desejo ou não de gestar, o desejo de abortar e a angústia vivida face às mudanças advindas do processo da gestação independem de ser a primeira, segunda ou terceira gravidez .

As gestantes reconhecem que gestar é uma experiência única da mulher, mas não deve ser condicionada como sonho vivido por todas as mulheres que estão grávidas. A gravidez provoca mudanças na vida delas, precisam renunciar ou adiar planos e sonhos, sentem medo e as incertezas crescem com a gestação, aumentando a não aceitação, sendo este um fator que contribuiu para eventuais abandonos ou não realização do acompanhamento no período pré-natal, assim como o fato de nem sempre seguirem as prescrições propostas pela equipe.

As gestantes percebem que quando não se sentem bem com o fato de estarem enfrentando uma gestação ou quando expressam não desejarem ser mães, os profissionais da equipe da UBS tendem a superficializar esses sentimentos, alegando que é normal e esperado para o início da gestação e que ao longo da gravidez irão aceitar, vão encontrar sentido, aprenderão a lidar com a maternidade. Tentam tranquilizá-las afirmando que o tempo dissolverá por si a não aceitação da gestação, tornando-as mulheres que amam o(a) seu(sua) filho(a). Isso faz com que as mulheres que já estão numa fase gestacional mais avançadas sintam-se ainda

mais sozinhas e desamparadas nesses aspectos pelos profissionais que as acompanham.

Ao viverem a intensidade de tais sentimentos, torna-se compreensível para as participantes o porquê algumas mulheres realizam o aborto, entregam o filho para adoção ou até mesmo, em um momento de desespero, acabam cometendo algo contra a criança. O que era impensável, segundo elas, começa a “rodear” (sic) os pensamentos da gestante; dizem terem sentido na própria carne quão desorganizador e difícil é gestar em tais condições e não ter um acompanhamento psicológico para as mulheres que desejam.

Com a assistência exclusivamente direcionada à saúde do feto não se sentem reconhecidas como pessoas e não estabelecem relações interpessoais significativas com os profissionais da equipe. As participantes percebem que mesmo frequentando todas as consultas, os profissionais não conseguem perceber os sentimentos delas e ao verbalizarem, eles permanecem por vezes em silêncio o que lhes transmite a sensação de impessoalidade e frieza para com elas.

Revelaram que além das dificuldades interpessoais com os membros da equipe na UBS, a comunicação também se torna difícil àquelas gestantes de alto risco que são atendidas pelos médicos no hospital escola e na própria UBS porque os consultórios estão sempre cheios de alunos da graduação de medicina e residentes. Nessas situações as gestantes se sentem inspecionadas e avaliadas. Não são incluídas nas discussões e diálogos que surgem a partir dos exames clínicos realizados e sentem-se como se elas não estivessem presentes durante as consultas de acompanhamento. Nessas condições, embora saibam que precisam se consultar e tirarem as dúvidas, ficam desanimadas quanto a irem às consultas de acompanhamento, como também em relação a expressarem suas dúvidas e preocupações; neste sentido, acabam não conseguindo comunicar ao médico fatos que podem significar uma complicação ou intercorrência clínica na gestação, como, por exemplo, perdas de líquido.

Por outro lado, mesmo ressentindo-se da ausência de uma relação interpessoal significativa, de uma comunicação mais espontânea e fluida e da falta de privacidade nas

consultas, as participantes consideram que todos os profissionais da equipe “são um amor” (sic), as “tratam bem” (sic) e “são educados e simpáticos” (sic). A maneira educada e simpática que vivenciam faz com que avaliem a atenção disponibilizada na UBS como boa, tendo em vista que não é comum a vivência de contatos amistosos e gentis por parte de profissionais da saúde em outros contextos que já frequentaram anteriormente.

Algumas gestantes assistidas na UBS, participantes desta pesquisa, possuem plano de saúde, e, antes de iniciarem o acompanhamento do período pré-natal na UBS, foram assistidas pela rede privada. Comparando essas duas experiências avaliam que as consultas na UBS são melhores que as consultas da rede particular, elencando como fatores preponderantes o tempo de consulta maior na rede pública de saúde e o fato dos profissionais as tratarem com educação. Não negam haver profissionais “ruins” (sic) na rede pública de saúde, assim como na rede particular, mas consideram que os atendimentos nos contextos do SUS são melhores e mais humanizados.

A assistência humanizada é compreendida pelas participantes como uma atenção que inclua o interesse dos médicos e dos demais profissionais em se vincular a elas, em estabelecer uma relação interpessoal significativa, com interesse genuíno, cuidado e diálogo, mas percebem que são poucos os profissionais que se interessam e se dispõem a estabelecer esse tipo de contato. Para as participantes não se trata apenas do tempo destinado às consultas. É uma questão interpessoal de disponibilidade, da forma como muitos profissionais escolhem se colocar na relação com elas e conduzir o programa de acompanhamento do período pré-natal.

Ao narrarem suas percepções acerca da assistência humanizada, as participantes revelaram que as relações interpessoais são compreendidas por elas como fundamentais para a efetivação da humanização. Embora não tenham utilizado essa nomenclatura para o tipo de relações interpessoais a que se referiam, transmitiram com vivacidade que não se trata de uma relação decorrente de uma ação protocolar, de simpatia e de educação. A relação a qual se

referiam para efetivação da humanização está para além, é uma atitude.

As participantes comunicaram a frustração que sentem em relação às orientações e informações recebidas por parte dos profissionais no decorrer do programa de acompanhamento do período pré-natal, pois não se sentem bem informadas e preparadas sobre o momento do parto que as atemoriza, seja este normal ou cesárea. O temor independe de serem múltiparas ou primíparas. Estar preparada significa sentir-se capaz de reagir face à violência obstétrica, sentir-se capaz cognitivamente e emocionalmente para as tomadas de decisões que se fazem necessárias diante da imprevisibilidade do parto. Gostariam de estarem fortalecidas emocionalmente para a chegada do(a) filho(a), de modo que vivenciem os desafios da maternidade sem adoecerem psicologicamente, como revelam temer adoecerem no período do puerpério.

No anseio por respostas que não recebem ao longo do acompanhamento na UBS, as participantes vasculham as redes sociais, entram em grupos de *WhatsApp*, recorrem às mulheres da família para sanarem dúvidas e encontrarem apoio, trocas, orientação e cuidado frente às emoções e às situações vividas no transcorrer da gestação.

As participantes comunicaram que valorizam o apoio e o suporte do esposo, da mãe, da avó ou da amiga. Percebem ser fundamental receber acolhimento e palavras positivas em momentos de desespero e incertezas.

Durante o encontro dialógico, notou-se que algumas gestantes possuem conhecimentos aprofundados sobre exames, pois utilizaram termos técnicos e específicos, como Adriana e Clara. O conhecimento adquirido, foi comunicado por elas, como uma tentativa de prevenção de intercorrências na gestação e no parto. Sentem que precisam estar atentas e vigilantes, e que muitas coisas que são tratadas como “normais” (sic) pelo(a) médico(a) as deixam inseguras por não serem acompanhadas por um obstetra. Somado a isso, observam que não são questionadas sobre as suas vontades e os seus desejos para o momento do parto, e que gostariam de falar sobre isso propriamente com o(a) médico(a) que as acompanha.

## **5. ELEMENTOS ESTRUTURANTES DO FENÔMENO INTERSUBJETIVO DE PROFISSIONAIS E GESTANTES NO PROGRAMA PRÉ-NATAL**

A análise fenomenológica da experiência vivida pelos participantes da pesquisa sobre o relacionamento entre profissionais e gestantes no contexto do programa de acompanhamento do período pré-natal numa UBS de um município do estado de Mato Grosso possibilitou desvelar os elementos estruturantes do fenômeno em estudo. Nesse processo, realizado a partir dos encontros dialógicos com grupos de profissionais e de gestantes que levaram à construção de seis narrativas compreensivas e de duas narrativas sínteses, a pesquisadora vivenciou a experiência de uma escrita que remete ao descrito por Clarice Lispector: “escrever é procurar entender, é procurar reproduzir o irreproduzível, é sentir até o último fim o sentimento que permaneceria apenas vago e sufocador” (Lispector, 1999, p. 134).

A seguir, serão apresentados os elementos estruturantes do fenômeno, compreendidos sob a perspectiva psicológica da Abordagem Centrada na Pessoa, e da fenomenologia husserliana, num movimento de abertura a interlocuções com autores e pesquisas que fertilizam a elaboração de novos conhecimentos sobre o tema.

### **5.1 Estabelecer interações que facilitem a manifestação das vivências emocionais das gestantes não faz parte da postura dos profissionais**

Os profissionais participantes desta pesquisa desvelaram que as vivências emocionais singulares das gestantes são desafiadoras para eles. Reconhecem-se capacitados tecnicamente para cuidarem das questões fisiológicas da gestação, mas se sentem desprovidos de recursos para acolher as vivências subjetivas das pacientes.

*Têmis: “Eu escuto, às vezes calada, começam a chorar e eu ofereço esse papel aqui, que é o que tenho” (sic).*

Gazotti e V. Cury (2019) identificaram, por meio de uma pesquisa com psicólogos integrantes de uma equipe multiprofissional em um Hospital Geral, que os profissionais não conseguem lidar com as questões emocionais dos pacientes, pois se sentem vulneráveis por vivenciarem sentimentos semelhantes aos das pessoas assistidas. Outra pesquisa, voltada para a investigação das características dos profissionais da Enfermagem que atuavam em Cuiabá, Mato Grosso, concluiu que os profissionais se sentiam despreparados para lidarem com as queixas clínicas das gestantes (Duarte & Mamede, 2011).

Os profissionais participantes assumem uma postura que desassocia a prática do cuidado fisiológico da atenção às demandas emocionais das gestantes, dificultando a elas a expressão de vivências subjetivas que emergem ao longo do processo de gestação.

*Têmis: “por isso que eu amo minha profissão, a gente fala da gestação, não arriscamos dizer algo que vai prejudicar mais ainda a pessoa!” (sic).*

Um estudo realizado por Gonçalves et al. (2016) com 82 profissionais da Enfermagem no estado do Espírito Santo, verificou que algumas atitudes e habilidades interpessoais facilitam o cuidado com as questões subjetivas na gestação. Dentre as atitudes estão: acolhimento, comunicação efetiva, escuta atenta e diálogo, juntamente com a atitude de empatia e de uma relação interpessoal positiva. Os autores concluíram que, quando essas atitudes são articuladas com o saber técnico, contribuem para a atenção e compreensão integral das gestantes durante o acompanhamento no programa de acompanhamento do período pré-natal.

Os profissionais participantes reconhecem que as emoções das gestantes, o desejo ou não de gestar, as expectativas e os medos impactam na realização das consultas e no desenvolvimento saudável da gestação. Reconhecem a importância da atenção para com as vivências psicológicas, mas sob uma perspectiva associada ao binômio saúde-doença, compreendida numa dimensão patológica e condicionada à priorização da saúde do feto. Nesse

sentido, realizam encaminhamentos das gestantes mais vulneráveis psicologicamente aos médicos psiquiatras da rede, mas na própria UBS não promovem espaços de acolhimento e cuidado, limitando-se à prescrição de alguma medicação.

Dias e Silva (2021) entrevistaram 12 profissionais da saúde de diferentes especialidades – médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem – em uma UBS de Teresina, Piauí, e identificaram que a formação profissional possui um caráter reducionista e que a dinâmica de trabalho cotidiano dificulta a oferta integral de assistência à população. Os profissionais disponibilizam uma atenção individualizada fazendo com que os atendimentos na UBS se aproximem de uma perspectiva ambulatorial.

Outra pesquisa feita por Zampieri e Erdmann (2010), com 12 gestantes e 23 profissionais de um ambulatório médico de um Hospital Universitário e de uma UBS de Santa Catarina, descreveram algumas barreiras que dificultam a efetivação do cuidado humanizado por parte dos profissionais: formação profissional caracterizada pelo modelo biomédico, dificuldade de articulação com os demais equipamentos da rede de saúde e atitudes de desrespeito, desatenção e autoritarismo exercidos no relacionamento com as mulheres gestantes. Concluem ser necessário abandonar o modelo tecnocrático que impera nas práticas de assistência obstétrica para que os profissionais possam centrar-se mais nas gestantes em suas singularidades e potencialidades de modo a poderem adotar atitudes de acolhimento e compreensão na condução das consultas ao longo do ciclo gestacional.

Os participantes dessa pesquisa justificaram a escassez no tempo de duração da consulta do programa de acompanhamento do período pré-natal e a alta demanda como situações que os impedem de realizarem consultas que atendam aos aspectos subjetivos do cuidado no ciclo gestacional. O Ministério da Saúde (2005) explana que é de responsabilidade pessoal dos profissionais que escolheram trabalhar no contexto da saúde desenvolverem-se como sujeitos que respeitam a singularidade das pessoas, que ofereçam acolhimento, escuta e

atenção humanizada. A concretização dessas ações é efetivada por meio de atitudes diárias estabelecidas no contato entre equipe e gestantes.

Embora a maioria dos profissionais deste estudo possuam anos de experiência prática em Unidades Básicas de Saúde e dois dos três médicos tenham pós-graduação, especializados em saúde da família e comunidade, as experiências deles revelam que os profissionais da área da saúde não estão preparados para lidar com as pessoas, que a formação é generalista e deficitária, e esta reflexão também foi feita por Têmis. A formação cognitiva e teórica não tem sido suficiente para garantir a efetivação de relações de humanização. Percebe-se que, através da experiência dos profissionais, mostrou-se necessário, no contato com as gestantes, despir-se do arsenal técnico que os municiam e os colocam na condição de especialistas.

Nessa acepção, Rosito e Loterio (2012) destacam que a formação do profissional em saúde precisa estar ancorada no desenvolvimento interpessoal dos profissionais para conseguirem sustentar a relação de humanização, que contemple as atitudes do cuidado restrita e não somente a aplicação técnica. “A objetividade no cuidado transforma em ato mecânico aquilo que deveria ser humano, carregado de vida” (p. 126).

Diante destas constatações é possível a aproximação com a atitude fenomenológica de suspensão dos fatos e dos julgamentos de causas e efeitos como uma possibilidade para a compreensão da realidade, uma abertura para a compreensão humana, do cuidado e das relações intersubjetivas nos espaços da saúde, em especial na Atenção Básica. A atitude fenomenológica convoca os profissionais à abertura ao outro, à ampliação da percepção de si e dos seus sentimentos diante das pessoas atendidas por eles, abandonando as teses naturais, suspendendo as concepções *a priori*, sendo esses um dos grandes desafios.

Takaki (2023) realizou uma pesquisa com médicos residentes de um Hospital Universitário, em uma cidade no estado de São Paulo, objetivando compreender a atitude de empatia na relação médico paciente. A autora destaca que “apreensão do estado emocional do

paciente não ocorre a partir de uma análise objetiva ou fragmentada (...)” (Takaki, 2023, p. 137).

É preciso mais que tempo para as consultas. As experiências dos profissionais revelam que a essência desse tipo de cuidado está na conduta e postura dialógica vivida através da relação estabelecida entre eles e as gestantes, uma vez que a dificuldade na vivência do encontro intersubjetivo com as gestantes ocorre pelo enrijecimento e empobrecimento da capacidade de contato humano, protegendo-se da imprevisibilidade das relações humanas por meio das técnicas e protocolos.

De acordo com Rogers e Kinget (1977, p. 115):

Os riscos de erro se elevam quanto mais o processo se apoie sobre fatores tais como as percepções e as teorias do profissional. Da mesma forma, eles são tanto menores quanto mais o processo se baseie sobre a experiência viva imediata do interessado.

Pela identificação de ser médico, enfermeiro ou outro profissional e não psicólogo, os participantes se sentem isentos da responsabilidade de assistirem emocionalmente às gestantes, visto que não encontram recomendações sistematizadas nos seus manuais para essa conduta. É preciso considerar que as recomendações e determinações para a assistência ao ciclo gestacional, por si só, não dissolvem sentimentos, convicções e concepção de pessoa-homem tanto tempo enraizada nos modelos culturais, sociais e de formação no qual os profissionais se desenvolvem.

No contato humano que objetiva o cuidado com o outro é preciso, por vezes, a atitude de subordinação do conhecimento científico e técnico a certos atributos pessoais. Para subordinarmos o conhecimento científico e técnico aos atributos pessoais é preciso adotarmos uma compreensão liberal e positiva do homem e das relações humanas (Rogers & Kinget, 1977; Rogers, 2000).

Ao adotar a compreensão de pessoa autônoma e capaz, os profissionais se relacionarão

intencionando a independência e integração das gestantes, retirando o foco apenas do fisiológico, voltando-se para a pessoa. “O objetivo não é resolver um problema particular, mas auxiliar o indivíduo a crescer, de modo que enfrente o problema presente e os posteriores e uma maneira mais bem integrada” (Rogers, 1977, p. 6).

Este tipo de relação é imprevisível, no encontro com o outro não existem garantias, as respostas se darão no encontro, mas, se se escolhe voltar para os fatos, então há o distanciamento da subjetividade (Mahfoud, 2019). Portanto, é preciso a abertura ao encontro com o outro e com o seu mundo, o que só acontece mediante a *atitude de indagar-se como pessoa*, experienciar a si próprio: “Quem sou eu? Quem é você, que desperta tudo isso em mim? O interesse vivo pelo outro diz respeito a um movimento de meu eu” (Mahfoud, 2019, pp. 54 – 55).

Através da propositura dos encontros dialógicos, caracterizados pela relação intersubjetiva entre pesquisadora e participantes, foi possível apreender que a efetivação das relações intersubjetivas significativas entre os profissionais e as gestantes, as atitudes e compreensão de pessoa promotora do cuidado integral no programa de acompanhamento do período pré-natal, pressupõem não só a formação técnica e teórica, mas o desenvolvimento psicológico dos profissionais.

A compreensão de si por parte dos profissionais que compõe a equipe multiprofissional se mostrou necessária no programa de acompanhamento do período pré-natal. A compreensão dos sentimentos das gestantes e das suas experiências será possível através do próprio crescimento psicológico do profissional e do ótimo funcionamento da sua personalidade. O bom funcionamento da personalidade do profissional não é caracterizado pelo seu conhecimento teórico ou técnico, mas sim pelo conhecimento da sua própria existência, pela percepção de como age em cada momento, pela abertura à experiência vivida (Rogers & Kinget, 1977).

Os profissionais em sua maioria possuem vasta experiência com atuação no SUS, alguns contabilizam mais de uma década de atuação, o que nos permite refletir que a propositura de atenção humanizada e integral necessita que os profissionais possuam alguns atributos pessoais para a construção de um ambiente facilitador para a concretização do acolhimento, da escuta, da compreensão integral da gestante, das relações intersubjetivas significativas.

Essa percepção também foi constatada no estudo de Oliveira e V. Cury (2020) realizado no âmbito da atenção domiciliar. As autoras evidenciaram que o ambiente facilitador acontece pela via das atitudes de compreensão empática, da autenticidade e da consideração positiva incondicional, mas para propiciar tal clima é necessário que o profissional alcance um elevado grau de maturidade emocional.

A atitude de compreensão empática, é o colocar-se no lugar do outro, refletindo sobre os sentidos e significados pessoais do cliente. No contexto da saúde, diante das queixas, contestações das gestantes e sentimentos das gestantes, não se trata de uma resposta cognitiva, mas de uma resposta sensível, “alterocêntrica” comunicada pelo profissional (Rogers & Kinget, 1977, p. 104).

Na atitude de congruência, o profissional, pela percepção que tem de si, consegue comunicar os sentimentos que apreendeu da experiência da gestante. Por isso é tão importante o conhecimento sobre si e a abertura ao outro. Já a consideração positiva incondicional corresponde à consideração da gestante e dos aspectos da sua experiência, tratando-se de estimular as mulheres a expressarem os seus sentimentos, considerando-os, respeitando e acolhendo as experiências, o jeito singular de ser e suas tomadas de decisão (Rogers, 2000).

Por último, a condição elevada da maturidade emocional do profissional corresponde à capacidade de proporcionar mudança na outra pessoa, sem que essas estejam moldadas conforme os interesses pessoais do profissional (Rogers & Kinget, 1977).

Uma pessoa com maturidade emocional apresenta algumas características, essas foram elencadas por Rogers e Wood (1978) conceituadas como um continuum do processo. Os autores observaram que essas características eram vivenciadas em um processo de mudanças advindas da psicoterapia: 1) Uma pessoa com maturidade emocional apresenta mudanças em relação aos sentimentos e significados pessoais vivenciados, consegue identificar os sentimentos experienciados no aqui e agora; 2) vivencia mudanças no modo de experienciar, confia na sua própria experiência e a usa como guia para a vida, não se distancia mais dos seus sentimentos e os reconhecem de modo mais imediato; 3) experimenta mudanças na forma como constrói a sua própria experiência, afasta-se da rigidez, as experiências são apenas concepções provisórias; 4) experimenta mudanças na comunicação do eu: afasta-se do distanciamento que fazia de si e da comunicação impessoal, expressa-se livremente sobre o eu e as suas experiências; 5) apresenta mudanças na forma como lida com os problemas, reconhece os seus problemas e torna-se mais responsável pelo seu eu; 6) vivencia mudanças nas relações interpessoais: experimenta uma liberdade, abertura para vivenciar os seus sentimentos, passa a se relacionar e a confiar nas pessoas considerando como se sente; 7) torna-se congruente, vivencia um estado de acordo interno entre sentir-comunicar e agir.

O ambiente facilitador só é possível pela via das relações interpessoais significativas, e, embora relacionar-se seja uma condição humana, as relações interpessoais significativas estão condicionadas às atitudes, habilidades e desenvolvimento psicológico descritos acima.

Contudo, não se quer que as atitudes aqui mencionadas efetivem como mais um manual, protocolo ou formação intelectual, afastando-se do experiência e da subjetividade dos profissionais, uma vez que as vivências dos participantes deste estudo demonstram ser preciso espaços, relações e políticas públicas que permitam e fomentem o desenvolvimento das suas habilidades, potencialidades, competências relacionais intersubjetivas e desenvolvimento psicológico, para conseguirem vivenciar e ofertarem concretamente o cuidado integral e

humanizado às gestantes.

## **5.2 As relações intersubjetivas entre os profissionais da equipe constituem um escudo que os protege das situações ameaçadoras**

Formar grupos para a realização do encontro dialógico com os profissionais, partindo de um interesse autêntico e os considerando como pessoas e não apenas executadores das práticas prescritas para o cuidado no programa de acompanhamento do período pré-natal, permitiu se conhecer as relações interpessoais vividas e como é ser membro de uma equipe multiprofissional da Atenção Básica de saúde.

Os profissionais demonstraram identificação, suporte e respeito com as vivências dos colegas da equipe, transmitindo a vivência de relações empáticas e solidárias no dia a dia. Uma pesquisa feita por D. Silva e Moreira (2015) em uma unidade de terapia intensiva neonatal pública, do Rio de Janeiro, identificou que nas relações vividas entre os profissionais é primordial o reconhecimento do outro e experiências de relações interpessoais horizontais para a consolidação de uma equipe.

Enquanto seres relacionais, cada um se humaniza pelo contato com outros humanos, com o social, com o cultural, com a comunidade a qual se pertence, mas para o reconhecimento do outro é preciso o direcionamento intencional, por meio de uma abertura recíproca conscientemente entre as pessoas: “um coexistir intersubjetivo que se constrói pelo encontro das consciências” (Rus, Daniélou & Malmaison, 2017, p. 124). A empatia nesse movimento é fundamento para a apreensão da vivência alheia, para a identificação de outro eu, permitindo a saída da individualidade, sendo, portanto, a empatia como a condição e possibilidade para conhecer o mundo externo (Stein, 2004).

A relação interpessoal vivida pelos participantes entre si com consideração subjetiva do outro desdobrou-se em uma relação psicológica, permitindo a efetivação da equipe em um

grupo. Para Gordon (1992), o grupo se caracteriza como uma experiência formada por duas, três ou mais pessoas que vivenciam uma relação psicológica entre si, que através da consideração psicológica da existência do outro promove influências diretas entre as pessoas. Rogers (2002) descreve que a formação de um grupo pode acontecer com finalidades diversas e que os membros poderão vivenciar um desenvolvimento pessoal nessa relação grupal, com experiências de crescimento intersubjetivo.

Na experiência dos profissionais médicos legitimam a prática dos enfermeiros, dos agentes comunitários de saúde e dos dentistas, os tratam em pé de igualdade, conforme destacou Odair e a sua parceria com Kelly. Reconhecem todo suporte e ajuda advinda da atuação das enfermeiras no acompanhamento do período pré-natal, destacando a importância do coletivo e da ação coletiva na equipe.

Segundo Gordon (1992) o grupo é um sistema de forças com influências diretas vividas entre os membros, há uma dinâmica interna experienciada pelos participantes que possibilita um estado de mudanças e reorganizações contínuas. O grupo também possui em seu núcleo a capacidade de ajustamento para o alcance da harmonia entre os participantes e produtividade.

A pesquisa de Moreira, Souza e Ribeiro (2013) com uma equipe de enfermeiros que atuam em uma unidade de terapia intensiva da rede pública de saúde constatou o reconhecimento de que a atuação em equipe perpassa pela ajuda mútua. Peruzzo et al. (2008) apontam que o senso de cooperação está diretamente relacionado ao que se compreende por uma equipe, e que o compartilhamento de objetivos comuns auxilia para o alcance das metas por meio do respeito e tolerância as diferenças. No entanto, as autoras destacam que ainda não há um consenso sobre os elementos constituintes do trabalho em equipe, mas que através da utilização dos termos multiprofissional, interprofissional e transdisciplinar é possível verificar o avanço da interação, integração e coordenação das profissões.

A OMS cunha o termo prática colaborativa para se referir a atuação interprofissional

das equipes de saúde. A definição de prática colaborativa refere-se ao momento em que “os profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços” (Organização Mundial de Saúde, 2010, p. 13).

Não se afirma aqui haver a integralidade do cuidado por parte dos participantes desta pesquisa, pois, conforme discutido no elemento 5.2, os profissionais ainda não alcançaram a efetivação dessa assistência, contudo, eles vivenciam uma relação interpessoal entre si que permitiu a consolidação da equipe em um grupo, tendo consciência das vivências coletivas, o que parece potente e profícuo no caminhar para o alcance da assistência integral. Para a fenomenologia não existe consciência coletiva, consciência comunitária ou consciência grupal. A consciência (dar-se conta) é individual, mas é através dela que os participantes vivem as vivências em equipe, ou seja, há um fluxo de vivências unitárias no grupo (Ales Bello, 2015).

Através das experiências dos participantes da pesquisa foi possível apreender a vivência do senso coletivo de responsabilidade e compartilhamento das ações de acompanhamento as gestantes no programa de acompanhamento do período pré-natal, assim como a ajuda mútua, o impacto também é mútuo entre os profissionais da equipe, conforme destacado por Francisca e Aline. De acordo com Gordon (1992) é comum em um grupo que mudanças em uma parte deste provoque mudanças no todo. A vivência coletiva dos participantes da pesquisa se aproxima da compreensão de ajustamento de grupo discutido por Gordon (1992). O ajustamento de grupo se dá por meio da utilização máxima dos recursos subjetivos e práticos de todos os membros, com a participação e contribuição efetiva de todos.

A vivência coletiva sobreveio pelo sentimento de pertença à equipe, através das relações intersubjetivas significativas vividas entre os profissionais. A experiência de pertencimento é vivida por profissionais que atuam na UBS desde a sua inauguração e também por profissionais

recém-chegados, como a médica Aline, sentir-se pertencente não acontece em detrimento do tempo de atuação na UBS, mas pela abertura, acolhimento e relação vivida entre os profissionais.

O sentir-se pertencente é uma experiência comunitária (Ales Bello, 2015; Rus, Daniélou & Malmaison, 2017). A experiência comunitária se dá em múltiplos níveis, sendo o mais extenso a comunidade de essência — pertencer à comunidade humanidade através da condição comum: a humana. O segundo nível, o mais restrito, é a comunidade inicial natural: a familiar, ou seja, estar inserido em uma família. O terceiro nível é o de pertencimento a um povo.

É possível visualizar uma aproximação com o sentimento e vivência de pertencimento a uma equipe similar ao nível de comunidade de essência, que possui uma condição: ser profissionais da área da saúde, responsáveis pelo cuidado com as pessoas, a existência de normas, regras e orientações comum a todos — atenção psicossocial, atenção integral e o cuidado humanizado.

Os profissionais revelaram que a relação entre eles é suporte e apoio para lidarem com as questões práticas do dia a dia. A divisão das atribuições e área de atuação é considerada por todos, mas há flexibilidade e boa vontade. Na equipe, há afinidades e aproximações com profissionais que não atuam dentro da mesma área de cobertura, como a médica Aline e a enfermeira Francisca, a médica Gaia e a enfermeira Têmis, que vivenciam rotinas integradas com interconsultas, comunicação e coesão na rotina.

Diferentemente das relações interpessoais vivenciadas pelos participantes da nossa pesquisa, o estudo de Peruzzo et al. (2008) realizado com 13 profissionais (enfermeiros, médicos, dentistas, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e auxiliar de saúde bucal) em uma UBS identificaram que as relações interpessoais são um desafio para a consolidação da equipe. Os resultados apontaram relações de distanciamento, visto que os profissionais da equipe estavam fechados à inserção de novos membros na equipe, o que fez

com que não florescesse o sentimento de pertencimento, ou seja, não havia integração dos objetivos e sentidos comuns identificados por eles que os uniam, assim como a ausência da abertura ao outro.

Os participantes comunicaram atribuir sentido ao programa de acompanhamento do período pré-natal, estando implicados e comprometidos pessoalmente com a assistência, conforme citado por Têmis, que se referiu ao programa de acompanhamento do período pré-natal como a *“pupila dos seus olhos”* (sic). Disseram também se sentirem orgulhosos pelo acompanhamento prestado quando comparados ao da rede particular, pois ofertam um tempo maior de consulta, remédios de alto custo gratuitamente, atendimentos odontológicos e realizam consultas com os parceiros das gestantes.

Os profissionais atendem demandas espontâneas e acolhem gestantes em situações de urgência, fazendo com que se deparem com os limites das práticas da Atenção Básica e com os seus próprios limites humanos. São afetados pelas condições das pessoas, ficam preocupados, interessados em saber qual o desfecho e cuidado será proporcionado nos outros espaços para o qual encaminham, por vezes. Também se sentem culpados por não conseguirem acompanhar as gestantes na UBS. Nesses momentos, o contato e a relação de parceria vivida entre eles resgata as condições e aparelhamento que têm a sua disposição. A união e a compreensão da atuação técnica do outro e a confiança no colega da equipe faz com que se amparem e se defendam de situações em que percebem a si ou o colega vulnerável.

Gazotti e V. Cury (2019) identificaram a importância das relações interpessoais pautadas na confiança mútua e aceitação entre os membros da equipe. Para as autoras, essa relação positiva e recíproca pode provocar mudanças na própria percepção que o profissional tem de si. A percepção de sentir-se acolhido e um espaço de grupo empático, advém da convivência diária, gerando o compartilhamento de saber, de “procedimentos e modos de intervenção que desenvolve sentimentos de segurança, beneficiando a integralidade das ações”

(p. 779).

### **5.3 Desamparo e frustração são vivenciados pelos profissionais em função de um desencontro entre as propostas contidas nos documentos do SUS com as experiências cotidianas na UBS**

Até aqui discorreu-se sobre a experiência dos profissionais com as gestantes e as relações dos profissionais entre si. Nesse elemento, desvelou-se o sentido vivido pelos participantes como profissionais que atuam no programa de acompanhamento do período pré-natal da rede pública de saúde — SUS.

Os participantes mencionaram experimentarem dificuldades com relação à rede pública de saúde, não há recursos básicos para a prática. Sentem-se mobilizados pela condição de saúde das pessoas, para não as deixarem desassistidas, por vezes utilizam dos seus próprios recursos, como o carro particular utilizado nas visitas domiciliar.

Na experiência dos profissionais faltam também recursos humanos — há uma defasagem de profissionais agentes comunitários de saúde que impactam na cobertura da área de abrangência da população assistida por todos os profissionais da UBS.

*Aracira: “A gente tem conseguido apagar fogo” (sic).*

O trabalho dos agentes comunitários de saúde é reconhecido como essencial para equipe mínima — os agentes comunitários de saúde são a ponte entre a população e a UBS.

Fernandez, Lotta e Corrêa (2021) realizaram uma pesquisa com os agentes comunitários de saúde e apuraram que eles são fundamentais na equipe mínima e política de Estratégia da Saúde da Família — ESF, a ponto que, se pode compreender as fragilidades da Atenção Básica de saúde através da análise e consideração das vivências do trabalho desses profissionais, os desafios e dificuldades dos agentes comunitários de saúde são reflexos estruturais da organização da saúde.

Na experiência das enfermeiras é comum nas Unidades Básicas de Saúde a defasagem de médicos, conforme citou Têmis:

*“Agradeço a Deus poder contar com os(as) médicos(as) da equipe” (sic).*

As enfermeiras são gratas por não terem a necessidade de acompanharem sozinhas as gestantes e a população de modo geral sem o(a) médico(a), evidenciando assim que é comum a ausência do que é mais primordial para assistência a população.

Os participantes transmitiram a necessidade da inserção de um psicólogo na equipe para atender não só as gestantes, conforme mencionou Odair:

*“Todas e todos, equipe e gestantes precisavam de um(a) psicólogo(a)” (sic).*

Porém os profissionais não conseguem distinguir com clareza o fazer do psicólogo na equipe para além da concepção de apoio emocional as gestantes calcadas no modelo da clínica tradicional. Os participantes nunca atuaram com um psicólogo na equipe multiprofissional da UBS, e a compreensão trazida remete ao distanciamento do psicólogo dos demais profissionais e ações da unidade que não estiverem relacionadas ao adoecimento mental e a consultas individuais.

Resultados semelhantes foram revelados por Dias e Silva (2016). Os autores realizaram uma pesquisa com 68 profissionais (médicos, enfermeiros, dentistas, assistentes sociais, assistentes administrativos e agentes comunitários de saúde) que atuam em Unidades Básicas de Saúde, para compreender a visão destes acerca da atuação do psicólogo. Os resultados apontaram que os profissionais identificaram a escuta e a psicoterapia como contribuições principais que o psicólogo pode ofertar a população assistida pela UBS. Concluíram estar fragmentada a compreensão da assistência a população, ainda pautada no modelo biomédico: o psicólogo responsável pela mente e os demais membros da equipe pelo corpo.

Os profissionais participantes da pesquisa não recebem o apoio matricial, pois o NASF, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, se desfez no município. O apoio matricial é para ser

realizado por meio de encontros interdisciplinares entre profissionais da área da saúde mental, como psicólogos e psiquiatras, e profissionais das unidades de Atenção Básica, como médico, enfermeiras, agente comunitário de saúde, dentre outros.

O apoio matricial apresenta as dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico.

A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe.

Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos (Ministério da Saúde, 2010, p. 12).

Nesse sentido, o NASF é responsável pela população e pela equipe. Na relação com a equipe é para estabelecer a corresponsabilização pelas práticas e cuidados no que tange a saúde mental da população, mas no caso dos participantes desta pesquisa, estavam desamparados para lidarem com essas questões.

Os profissionais se sentem pressionados e cobrados para o alcance das metas propostas pela gestão, percebem não haver a consideração da realidade vivida por eles para o estabelecimento das metas, são demandados para além do atendimento clínico ofertado a população.

Os participantes com mais tempo de atuação no SUS transmitiram sentir-se desmotivados e frustrados diante da ausência de recursos, mas possuem uma aceitação maior da realidade vivida em relação aos profissionais com menos tempo de atuação no SUS e na UBS, que também transmitiram frustração, porém, há motivação e um encantamento com a experiência vivida na atuação com o programa de acompanhamento do período pré-natal em um grau mais elevado. De modo geral, todos os profissionais demonstraram empenho e dedicação com a sua atuação dentro das suas condições subjetivas e de trabalho.

Alves Filho e Borges (2014) investigaram a motivação dos profissionais que atuam em Unidades Básicas de Saúde do município de Natal. O estudo teve a sua amostra composta por

218 profissionais de diferentes especialidades (dentista, médico, enfermeira, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem). Os autores perceberam uma motivação moderada e em queda nos profissionais que vivenciam um contexto de trabalho deteriorado e com condições desfavoráveis para realização das práticas.

Segundo os autores, a motivação tem um caráter processual e está atrelada não apenas às características individuais, mas, também, com o contexto, o que faz com que os profissionais sintam que apesar dos seus esforços pouco conseguem impactar nos resultados do trabalho. Nesse sentido, o ambiente organizacional da UBS contribui negativamente para a motivação profissional.

Os profissionais participantes da nossa pesquisa enfrentam desafios para o acompanhamento das gestantes de alto risco. Não são todas as gestantes de alto risco que estavam sendo acolhidas pelos hospitais e para que as grávidas não ficassem desassistidas, os médicos e enfermeiras estavam realizando na própria UBS o acompanhamento de algumas situações de risco. Quando conseguem que sejam assistidas pelos hospitais, acabam ficando sem retorno dos procedimentos realizados pela equipe, mencionando não haver no sistema um prontuário integrado que lhes permita o acompanhamento em conjunto, conforme citou Kelly e Odair. Para estabelecerem uma comunicação, alguns enviam cartas pelas próprias gestantes, outros perguntam para as pacientes quais os procedimentos e prescrições dadas pela equipe do hospital.

Médicos e enfermeiras sentem-se envergonhados quando nas consultas do período pré-natal precisam informar às gestantes que o exame de ultrassom dentre outros são elas que terão que custear, pois pela rede pública de saúde não realizarão na temporalidade necessária, havendo uma precariedade nesses serviços. No dia a dia precisam desenvoltura, disposição e boa vontade para conseguirem driblar as adversidades e construir uma rede de relações interpessoais sólidas, para assim poderem recorrer para que as gestantes sejam assistidas por

algumas especialidades como psiquiatras e psicólogos, em situações de urgência e emergência.

Experiências semelhantes foram percebidas por M. Silva et al. (2021) que entrevistaram 38 profissionais da saúde de diferentes regiões brasileiras, visando conhecer quais são os desafios e quais eram as possibilidades dos profissionais no cuidado aos idosos assistidos nas Unidades Básicas de Saúde. Os resultados apontaram precariedades estruturais, dificuldades para o acesso à população e desarticulação da rede como fatores que atravessam a prática e as ações, impedindo que de fato a equipe efetive a proteção, a prevenção e a promoção de saúde.

Foi através da experiência dos participantes da pesquisa que foi possível perceber a tendência atualizante nos profissionais. No entanto, embora todos os seres humanos possuam dentro de si a tendência atualizante, Rogers (1977) destaca que é preciso condições favoráveis para o seu florescimento, sendo as relações e um ambiente facilitador o que nos permite o desabrochar desta capacidade. Contudo, percebe-se que os profissionais vivenciam situações desfavoráveis para o seu crescimento e desenvolvimento saudável na forma com a qual experienciam o ser profissional da rede pública de saúde.

Outro fator relevante é que durante a realização da pesquisa houve a troca e realocação de profissionais da equipe em decorrência da posse dos aprovados no último concurso público. Os profissionais contratados foram realocados inesperadamente, tendo que se despedir dos colegas, recolherem seus pertences e se dirigirem ao novo local de trabalho, tudo isso no horário de expediente, o que provocou angústia, ansiedade e frustração, evidenciando a ausência da consideração com eles e com as relações estabelecidas nos espaços de trabalho.

A rede não é uma entidade. Ela é formada, gerida e conduzida por pessoas. É uma rede de humanos que precisa se humanizar de dentro para fora para o alcance da atenção e assistência humanizada para a população, ou seja, os profissionais também necessitam vivenciar a humanização em suas experiências com o trabalho singularmente.

#### **5.4 As vivências subjetivas das gestantes impactam no processo de adesão ao programa de acompanhamento do período pré-natal**

Formar grupo de gestantes intencionando compreender a experiência das participantes com o programa de acompanhamento do período pré-natal, possibilitou conhecer os sentimentos vivenciados pelas participantes na gestação. As participantes iniciavam mencionando não haver do que reclamar, observavam como a pesquisadora e as outras mulheres reagiriam, e após verificar ser um espaço seguro, comunicavam de forma autêntica os seus sentimentos e percepções.

Rogers (2002) destaca que é esperado que os membros de um grupo demonstrem hesitação, e ao compreender haver liberdade para expressarem os seus sentimentos, sintam-se, então encorajados, sendo autênticos. Isso possibilita aos demais membros escutarem a aproximação com o outro e, conseqüentemente, o mergulho em suas próprias experiências.

As participantes expressaram que a gravidez é uma experiência vivida pela condição de ser mulher, mas é preciso que não esteja condicionada como sonho vivido por todas as mulheres que estão grávidas e em acompanhamento no programa do período pré-natal, e que este momento não é necessariamente permeado apenas de experiências e sentimentos positivos, ainda que a gravidez tenha sido planejada.

*Jessica: “toda gravidez vai ser indesejada em algum momento para a mulher, ainda que tenha sido planejada” (sic).*

Mulheres com diferentes condições: faixa etária de idade, nível de escolaridade, múltiparas ou primíparas, no início, meio ou final da gestação, experienciam o medo, a angústia, a tristeza, o desespero, o desejo de abortar que se fez presente para muitas em pensamentos, para outras verbalizados nas entrelinhas. As participantes caracterizam que a gestação é uma experiência singular e psicológica e que estes aspectos precisam ser considerados impactantes para a realização e a adesão da atenção e do cuidado ofertado no programa de acompanhamento

do período pré-natal.

Benincasa et al. (2019) constataram que os sentimentos de medo, ansiedade e culpa são inerentes durante a gestação. Outra pesquisa feita por Nunes et al. (2018) com primigestas destacou que as gestantes apresentam uma ansiedade significativa, em especial, por não planejarem a gestação e em decorrência da falta de informação, orientação e acolhimento da equipe durante o acompanhamento no programa do período pré-natal.

As participantes sentem e temem as mudanças em suas vidas, precisam sair do emprego, postergam planos e sonhos, desesperam-se, por vezes abandonam o acompanhamento do período pré-natal, tornando-se insuportável falar da gravidez e vivenciar o que estão querendo esquecer, conforme mencionou Elifia. As que permanecem com o acompanhamento, questionam-se.

*Mariane: “fazer o quê?” (sic).*

Os sentimentos não advêm simplesmente como um fator psicológico individual, sobrevêm das condições subjetivas, intersubjetivas das relações vividas, do contexto social, dos aspectos fisiológicos da gestação e das condições econômicas.

Leite et al. (2014) realizaram grupos com gestantes, interessados em compreender os sentimentos das mulheres tanto no momento em que descobrem a gravidez, quanto no transcorrer da gestação, bem como as dificuldades vividas. Os resultados apontaram que ao descobrir a gestação, as mulheres vivenciam medo, culpa, não desejam gestar, sentem-se tristes e ansiosas. No transcurso da gestação os autores observaram que as mulheres ainda sentem tristeza, desânimo, insegurança, culpa e ansiedade, e que os sentimentos não estavam necessariamente atrelados ao bebê, mas também a outras situações, como as dificuldades financeiras, falta de apoio do companheiro, ausência de uma rede de apoio e inseguranças quanto ao futuro.

Maldonado (2017) salienta que a gravidez não provoca apenas mudanças bioquímicas

e psicológicas, mas também afeta a vida da mulher no âmbito social e econômico. É preciso considerar que atualmente a maioria das mulheres trabalha, muitas são as únicas provedoras do lar e ter um filho também implica em mudanças significativas nessa esfera. Das participantes desta pesquisa, seis, das onze, trabalhavam e se preocupavam como seria a vida delas nesses aspectos. Outras já experienciavam o desemprego e sabiam que não encontrariam emprego grávidas, o que as deixavam frustradas e com baixa autoestima, como Elifia, que quando descobriu a gestação havia recém-começado a trabalhar na sua área.

O Ministério da Saúde (2013b) destaca ser necessário suspender as concepções fechadas e lineares que reduza a compreensão de gestação, pois um acompanhamento baseado somente nas questões físicas não é suficiente para a integralidade da assistência. Desse modo, é preciso a compreensão dos processos “psicoafetivos que permeiam o período gravídico-puerperal deve ser potencializada na escuta e abordagem das equipes” (p. 120).

A maioria das participantes não planejou engravidar e recorria a métodos contraceptivos. Para algumas mulheres, engravidar nessa situação faz com que se sintam culpadas e negligentes de algum modo, havendo a perda do controle sobre a vida e sobre o corpo, sentindo-se mais ansiosas e percebendo o quanto o futuro torna-se incerto. Experienciam sentimentos que nunca imaginaram vivenciar um dia, passam a compreender escolhas que antes repugnavam, como o aborto, ou então deixar um filho para adoção ou até mesmo os casos mais extremos, quando a mulher comete algo contra si ou contra o(a) seu(sua) próprio(a) filho(a).

Um estudo realizado por Sanches (2013), visando compreender como as mulheres gestantes vivenciam a gravidez não planejada e as consequências na vida delas, revelou que as mulheres vivem sentimentos negativos ao descobrirem a gestação, dificuldades em lidar com os cônjuges e com a família em si. A autora constatou, ainda, que a gravidez não planejada apresenta consequências biopsicossociais na vida da mulher, com um nível exacerbado do estresse e ansiedade, podendo a depressão também ocorrer no decorrer da gestação.

Para as participantes, a gravidez, ainda que planejada, provoca experiências profundas, ambivalência de sentimentos: tristeza e alegria, medo e segurança, incertezas e expectativas etc. Sentem-se inseguras e temerosas com a possibilidade de intercorrências, experimentam constante estado de alerta, se cobram saber e aprender o máximo de informações, procedimentos médicos, conhecer sobre as vitaminas, saber quais os exames são necessários e quais as situações são consideradas de risco, para conseguirem evitar que alguma coisa aconteça e interrompa a gestação.

Embora gestar não seja uma condição patológica, quando ausente de condições e suporte, pode desencadear experiências adoecedoras. De acordo com Maldonado (2017), a gravidez é uma vivência de transição, faz parte do desenvolvimento humano e ao ser experienciada com o suporte e assistência adequada, constitui-se em uma possibilidade saudável de transição na vida humana com novas integrações.

Uma pesquisa feita por Piccinini et al. (2008), com 39 gestantes primíparas, com o intuito de conhecer os sentimentos das gestantes, identificou que as mulheres vivenciam mudanças corpóreas, relacionais e interpessoais durante a gravidez e experimentam sentimentos intensos em relação ao processo de tornar-se mãe. Os autores concluíram que a gravidez é um momento em que o ser mãe, a maternidade e o papel ativo materno se desenvolve intensamente.

As vivências das participantes desta pesquisa evidenciam que a gravidez é um acontecimento que envolve as dimensões da estrutura humana: corpo, psique e espírito. Enquanto experiência corpórea, acontecem alterações e sensações, é pelo seu próprio corpo que a mulher inicia as percepções do gestar: abriga outro corpo no seu e tem consciência de tocar este outro corpo e de ser tocado por ele. Acontece uma reorganização corpórea, com alterações nos planos e nas experiências vividas (Sionek, 2019).

Na psique, através da força vital, as gestantes experimentam as manifestações emocionais da gestação. Vivenciam atos psíquicos como a reflexão de estar grávida, imaginam

como será o bebê, como será a vida delas sendo mães, fantasiam com quem a criança parecerá, lembram das histórias contadas pelas suas avós, mães e irmãs sobre a gestação, maternidade e parto.

Na dimensão do espírito há as tomadas de decisões, com a “expressão dos atos voluntários, dos juízos de valor e das questões éticas” (Fadda & V. Cury, 2021, p. 4). Por exemplo, a tomada de decisão de realizar o acompanhamento do período pré-natal ou realizar um aborto, são atividades humanas, atividades do espírito, em que as mulheres exercem avaliações críticas da realidade vivida (Ales Bello, 2015). Salienta-se que as dimensões citadas são fluidas e se interpõem o tempo todo, assim como a experiência de gestar vivenciada nos aspectos biopsicossocioespíritual.

### **5.5 Quando os relacionamentos com os profissionais de saúde são pautados por atitudes de consideração e compreensão empática, as gestantes sentem-se valorizadas como pessoas e isso facilita a emergência de experiências positivas durante a gestação**

As participantes percebem que os profissionais da equipe têm dificuldade para compreendê-las emocionalmente. Não se desenvolve uma relação que possibilite vivenciar um contato intersubjetivo significativo com os membros da equipe, pois não encontram abertura e acolhimento por parte deles para se sentirem motivadas a compartilhar seus sentimentos.

Uma pesquisa realizada por Nahsan e Magalhães (2023), em uma UBS do estado de Mato Grosso, com o intuito de compreender como é vivenciado o vínculo entre equipe e gestantes, demonstrou que o vínculo só se concretiza por meio de uma comunicação aberta e de uma relação de ajuda concreta que se constitui em uma experiência intersubjetiva significativa, essencial para que experiências positivas possam emergir durante o acompanhamento no ciclo gestacional. As autoras concluíram que o vínculo entre as gestantes e os profissionais de saúde é um demarcador para que elas se sintam seguras.

Rogers (1986) afirma ser comum o estabelecimento de relações de poder e controle sendo exercidas por profissionais das profissões de ajuda, tais como médicos, sobre as pessoas que recebem o cuidado. Para Rogers (1986), a política da Abordagem Centrada na Pessoa consiste em facilitar o desenvolvimento das pessoas no sentido de retomarem a própria autonomia para lidarem com os problemas atuais e futuros. Para que isto possa acontecer, os profissionais precisam reconhecer empaticamente a capacidade das pessoas em atendimento para crescerem psicologicamente na direção da maturidade e da autonomia pessoal.

As participantes revelaram que certos sentimentos como a não aceitação da gravidez, o desejo de abortar, o medo de que algo aconteça com o feto, tristeza e frustração por terem que abandonar seus projetos pessoais, quando comunicados aos profissionais da equipe, são considerados por eles como normais durante a gravidez e aconselhadas a esperar, porque no transcorrer do processo gestacional irão aprender a lidar, aceitar a gravidez e a maternidade e estes sentimentos desaparecerão gradualmente.

Batista et al. (2021) realizaram uma pesquisa em uma UBS em um município da região Nordeste, visando conhecer como as mulheres percebem a assistência e o acolhimento prestado pela equipe da UBS. Os resultados apontaram que as gestantes estavam insatisfeitas com o acolhimento proporcionado pela equipe, pois consideravam que os profissionais deveriam ser mais empáticos e acolhedores.

A experiência das gestantes revela ser importante durante o acompanhamento no programa do período pré-natal que os profissionais consigam ofertar um ambiente com um clima de consideração e apreciação incondicional frente às experiências das mulheres, pois este ambiente é o que pode possibilitar um movimento de mudanças nas gestantes. De acordo com Rogers (1986, p. 19) na criação de um clima em que se objetive a mudança é preciso “uma atitude positiva, de consideração, em relação ao que quer que a cliente esteja sendo naquele momento. Envolve a boa vontade da terapeuta para a cliente vivenciar qualquer sentimento —

confusão, ressentimento, medo, raiva, coragem, amor ou orgulho”.

As gestantes de alto risco, por sua vez, revelaram não haver privacidade durante as consultas com o médico obstetra, pois o consultório fica cheio de alunos da graduação de medicina e residentes, dificultando o diálogo e a possibilidade de terem suas dúvidas esclarecidas. Também observaram que o médico assume uma postura de distanciamento, centrando a atenção na avaliação clínica que os alunos estão realizando. Elas sentem-se observadas, examinadas e desconsideradas como pessoas, uma vez que os alunos/residentes e o(a) médico(a) falam sobre elas, mas não com elas.

As participantes compreendem que a assistência humanizada demanda de um interesse por parte dos profissionais em levarem em conta e ouvirem as singularidades de cada uma delas de modo a desenvolver relações interpessoais significativas permeadas pelo diálogo e pela escuta para além dos aspectos fisiológicos, conforme mencionou a participante Clara.

*Clara: “ausência do diálogo não é por falta de tempo, mas sim uma questão mesmo da ausência de humanização” (sic).*

Wood (2010) destaca que a capacidade de compreender o outro empaticamente é uma função social na qual o ouvinte dispõe também do seu *self*, indo além da sua capacidade técnica. É um envolvimento dotado de interesse autêntico e profundo pelo outro. Assim, é necessário que as mulheres grávidas se sintam verdadeiramente escutadas e compreendidas. De acordo com Gomes (2019) quando falamos sobre nós para alguém verdadeiramente interessado o impacto é revolucionário para o nosso desenvolvimento e percepção de si. Acolhimento pressupõe interesse, compreensão empática e autenticidade como atitudes por parte dos profissionais da equipe, além de uma abertura para se deixar impressionar pelos sentimentos e demandas das pacientes num movimento intersubjetivo que possibilita vínculos afetivos. As participantes revelaram que o tipo de relacionamento que gostariam de ter com os profissionais da UBS seria dialógico e de confiança mútua que possibilitasse uma comunicação fluida,

autêntica e empática.

Segundo Rogers (1987), uma escuta autêntica consegue atravessar a materialidade das palavras, adentrar nos significados e sentimentos experimentados pelo outro. Quando se realiza esse tipo de escuta e se comunica o que se aprendeu do outro “(...) muitas coisas acontecem. Há, em primeiro lugar, um olhar agradecido. Ela se sente aliviada. Quer falar mais sobre seu mundo. Sente-se impelida em direção a um novo sentido de liberdade. Torna-se mais aberta ao processo de mudança” (Rogers, 1987, p. 151).

As gestantes transmitiram a vivência de dificuldades na concretização de uma comunicação efetiva entre a equipe e elas. Identificaram que a comunicação de informações básicas e relevantes não ocorre de modo transparente e experimentam demora em saber os resultados dos exames que realizaram. Também há poucas informações sobre o parto em si, o que as leva a buscar informações com amigas, mães, irmãs e nas redes sociais.

O estudo de Albuquerque et al. (2011) também encontraram experiências semelhantes, ao realizarem uma pesquisa em uma UBS no município de Fortaleza, com o intuito de compreender como se dá o cuidado integral durante o acompanhamento do período pré-natal, constaram que durante o período pré-natal existe pouco acesso das usuárias às informações acerca dos exames, parto e puerpério.

As relações familiares também se mostraram significativas para as participantes como uma rede de apoio fundamental que as acolhe e ampara. Referiram-se, nesse sentido, aos maridos, às mães, irmãs, avós. Zanatta, Rossato e Alves (2017) identificaram por meio de uma pesquisa com seis mães primíparas que a presença ativa e afetiva de pessoas significativas que apoiam e oferecem suporte durante a gravidez e no puerpério é fundamental na experiência das gestantes.

Livramento et al. (2019) chegaram a resultados próximos dos nossos: algumas das participantes da pesquisa deles revelaram insatisfação com o tempo da consulta, com a pouca

informação verbal recebida, dificuldade de compreensão das orientações escritas, fazendo com que recorram a familiares e amigos para esclarecerem suas dúvidas.

As pessoas que compõem a rede de apoio mencionada pelas gestantes são pessoas significativas para elas, por quem nutrem afeto, confiam e admiram.

Segundo Rogers e Kinget (1977), a consideração positiva incondicional vivida na relação com pessoas significativas é uma necessidade dos seres humanos, pois ao se sentir aceita e considerada de maneira incondicional a pessoa pode aceitar-se sem ter que usar defesas para distorcer os significados das experiências vividas: “quando as experiências de si de um dado indivíduo são julgadas por certas pessoas-critério como sendo dignas de consideração positiva, resulta que a consideração positiva do indivíduo com relação a si mesmo tornar-se igualmente seletiva” (Rogers & Kinget, 1977, p. 199).

Por outro lado, ainda que reclamem da falta de empatia e acolhimento por parte dos membros da equipe da UBS, as gestantes que participaram desta pesquisa avaliam que de um modo geral as relações interpessoais com os profissionais são boas e cordiais, pois todos da equipe as tratam bem, são “um amor”, “são educados e simpáticos”. E isto não é trivial, já que nem sempre se sentiram respeitadas nos contextos de saúde pública, fato que as faz avaliar positivamente o programa de acompanhamento do período pré-natal da UBS.

*Jordana: “todos aqui nos tratam muito bem” (sic).*

Embora os profissionais sejam educados e gentis, é importante diferenciar uma relação empática de outras formas de relacionamento em que as pessoas são bem tratadas de maneira simpática. Rogers e Kinget (1977) advertem que não é tão simples assim fazer a distinção entre simpatia e empatia, pois ambas são formas subjetivas de conhecimento.

A empatia é uma apreensão cognitiva e afetiva do outro, ao passo que a simpatia é a apreensão apenas das emoções. Na simpatia há participação da experiência do outro, mas através da nossa própria experiência — quando a pessoa compartilha as suas vivências com

alguém, ela evoca nesse alguém a lembrança de acontecimentos semelhantes ao escutado, voltando-se para os próprios sentimentos. Na relação de empatia, apreendo a experiência do outro, não se perde de vista que se trata de uma experiência da outra pessoa, ou seja, é uma apreensão a partir do ponto de referência interno do outro (Rogers & Kinget, 1977).

A compreensão empática vai além de uma relação de polidez e cordialidade. A polidez é uma norma social, uma conduta esperada nas relações interpessoais de um ponto de vista social, assim como no caso dos contextos de atenção à saúde. Existem nos manuais do Ministério da Saúde orientações sobre como agir e responder aos usuários de maneira educada e gentil.

No entanto, as relações empáticas vão além. Takaki (2023), ao estudar a relação empática entre médicos residentes e seus pacientes, concluiu que o estabelecimento de relações empáticas constitui uma experiência não planejada, sem ensaio, sendo uma vivência que acontece no aqui e agora e por isso, é sempre imprevisível. Para Tassinari (2011), a compreensão empática do outro “deriva de dois aspectos essenciais da relação terapêutica: da igualdade entre os seres humanos enquanto humanos e da diversidade radical entre as pessoas enquanto pessoas” (p. 11).

Vislumbra-se que, por meio de uma atitude empática, seja possível o resgate do sentido e significado das práticas, ações e relações estabelecidas no dia a dia da UBS. A empatia permite abandonar as ações mecânicas e protocolares, possibilitando resgatar o respeito, a alteridade, o cuidado integral e a corresponsabilização no programa de acompanhamento do período pré-natal.

**5.6 Os profissionais lançam mão de procedimentos protocolares de natureza técnica como seus instrumentos no relacionamento com as gestantes, evitando um envolvimento afetivo com elas**

Ao narrarem suas experiências, as mulheres transmitiram de modo sensível e autêntico a percepção de que o cuidado ofertado no programa de acompanhamento do período pré-natal está direcionado a assegurar o desenvolvimento saudável do feto. Assim, percebem que quanto aos aspectos clínicos, o acompanhamento é bem executado, revelando a predominância de uma assistência pautada no modelo biomédico.

*Jordana: “estão voltados para o “feto”, “estão preocupados com a criança” (sic).*

Batista et al. (2021) evidenciaram resultados semelhantes em uma pesquisa na qual as participantes demonstraram satisfação com o atendimento recebido no que tange aos procedimentos técnicos disponibilizados para o acompanhamento fetal e esquemas de medicação, contudo, o acompanhamento do período pré-natal estava distante de um acolhimento e cuidado psicológico, de uma atenção biopsicossocial. Outra pesquisa feita por Pohlmann et al. (2016), visando conhecer o modelo de assistência ao acompanhamento do período pré-natal ofertado nas Unidades Básicas de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil, constatou por meio de entrevistas com 10 gestantes, que mesmo com todas as discussões e políticas de humanização, ainda persiste o modelo biomédico nas consultas.

Observou-se que as participantes desta pesquisa reconhecem que o acompanhamento do período pré-natal deveria oferecer uma atenção às suas demandas psicológicas e gostariam que não fosse condicionado apenas ao desenvolvimento saudável do feto, mas já perceberam que este tipo de cuidado só se torna possível em contexto de saúde onde há a presença de psicólogos.

Piccinini et al. (2012) apontaram que as gestantes salientam e reconhecem a atenção e a assistência com a saúde mental durante o ciclo gestacional como parte do acompanhamento, no entanto, destacam que essa atenção não é realizada pela equipe da UBS, pois não há psicólogos disponíveis. As mulheres gestantes precisam buscar acompanhamento psicológico em outros equipamentos de saúde pública, tais como ambulatórios e hospitais.

Constata-se, assim, a relevância da inserção do psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde como membro da equipe multiprofissional para assegurar disponibilização de uma atenção e cuidado com a saúde mental das gestantes, compreendendo a saúde não como ausência de doença, mas como condição para assegurar um desenvolvimento humano integral nos âmbitos fisiológico, psicológico, cultural, social, relacional e espiritual.

Numa pesquisa realizada por Abreu, Delmondes e Magalhães (2021), na qual foram oferecidos às gestantes em acompanhamento intervenções em grupo e plantão psicológico, em um município do estado de Mato Grosso, pode-se concluir que o acompanhamento psicológico no transcorrer da gestação proporciona o fortalecimento dos recursos subjetivos, promovendo maior autonomia, ampliando a percepção de si e as tomadas de decisões. O cuidado psicológico às experiências vividas pelas gestantes advindas não só do momento gestacional, mas também experienciadas por elas nas relações familiares e nos contextos de trabalho mostrou-se necessário e pertinente.

As participantes que já vivenciaram um aborto anteriormente destacaram que ao se referirem a perda gestacional nas consultas não foram indagadas sobre os receios que advinham dessa experiência. Apontaram, inclusive, a ausência de sensibilidade por parte dos profissionais ao se referirem à gestação atual como de risco. Referiram-se ao modo dos profissionais ao atenderem como técnico, distante de um acolhimento e interesse por suas emoções e sentimentos.

Rogers (1985), durante uma conferência sobre a evolução da psicoterapia centrada no cliente, realizou uma sessão pública com Peter Ann, uma mulher de 35 anos que havia passado por uma perda gestacional gemelar há dois anos. Ela revelou seus sentimentos de frustração, raiva, incerteza e medo. Diante da possibilidade de uma nova gestação, sentia-se culpada, como se algo estivesse errado com o seu corpo que pudesse vir a provocar um novo aborto espontâneo. Após a entrevista com Peter Ann, tanto ela quanto Rogers destacaram a importância da

compreensão empática frente à experiência que acabara de compartilhar. Rogers explicou que embora não conseguisse sentir em seu próprio corpo do que se trata a perda de um feto nos aspectos físicos, era perfeitamente capaz de compreender empaticamente os sentimentos que Peter Ann experimentava: “eu não posso sentir no meu corpo o que você sente no seu, mas, pelo menos fui capaz de facilitar a você entrar em contato com seus sentimentos” (Rogers, 1985, s/p).

Uma pesquisa realizada por E. Souza e Lins (2020), em um Hospital Materno-Infantil, na região Norte do Brasil, para conhecer as emoções de mulheres com histórico de perda gestacional que vivenciam uma nova gravidez, identificaram sentimentos diversos experimentados pelas gestantes consoante as circunstâncias e contexto da nova gravidez. As participantes mencionaram sentimentos de felicidade, realização com a nova gestação, expectativas com o tornar-se mãe. Já os sentimentos negativos estiveram relacionados ao medo de um novo aborto, não aceitação e rejeição da gestação em virtude das mudanças que acarretariam às vidas delas e por sentirem que teriam sua juventude prejudicada.

Realizar o acompanhamento do período pré-natal em dois contextos diferentes, UBS e hospital, no caso das gestantes de alto risco, torna-se um fator dificultador, pois precisam se locomover até o hospital, algumas tendo que levar o filho ou a filha junto disseram preferir que todas as consultas pudessem acontecer na UBS, pois esta localiza-se na proximidade de suas residências. Além da peregrinação, algumas gestantes destacaram serem elas que comunicam para a equipe da UBS sobre os procedimentos realizados no hospital ou clínicas escolas de medicina, pois não há uma comunicação adequada entre os profissionais das duas instituições locais de saúde.

Uma pesquisa feita por P. dos Santos et al. (2021) para analisar as fragilidades da atenção no acompanhamento do período pré-natal de alto risco na atenção primária, identificou que as dificuldades vão desde as relações interpessoais estabelecidas até atrasos nos resultados

dos exames, dificuldades para realizar ultrassonografia na rede, encaminhamentos tardios, dificuldades na comunicação com a equipe de referência e contrarreferência, ausência de medicamentos, dentre outros.

As participantes da nossa pesquisa não se sentem seguras com o acompanhamento feito por médicos generalistas e gostariam que a UBS tivesse um(a) médico(a) especialista, um obstetra, pois entendem que isso as poupariam de peregrinarem muitas vezes pela cidade. Também percebem que o encaminhamento para um obstetra é feito apenas quando algo diferente aconteceu. Elas compreendem que a gravidez é uma condição específica, conseqüentemente, demanda um profissional específico.

Spindola, Progiante e Garcia Penna (2012) realizaram uma pesquisa no Rio de Janeiro em um Hospital Universitário para conhecer a percepção das gestantes acerca do atendimento oferecido por enfermeiras obstétricas durante o acompanhamento do período pré-natal. Os autores constataram que o acompanhamento é considerado pelas mulheres como diferente dos demais disponibilizados por outros profissionais da equipe, faltando atitudes de acolhimento, esclarecimento de dúvidas e aprendizagem sobre a gestação e o parto propriamente ditos.

Para as gestantes, como o acompanhamento do período pré-natal consiste apenas em cuidado aos aspectos fisiológicos da gravidez, não se sentem preparadas para o parto em si. Gostariam de poder dialogar com o(a) médico(a) sobre o parto, ainda que não seja este o médico que realizará o seu parto. Consideram que dialogar com o(a) médico(a) é imprescindível, pois embora o cartão da gestante contenha algumas informações gerais, cada gestante possui necessidades, dúvidas e sentimentos diferentes.

Diante das experiências vividas pelas participantes, observa-se que o diálogo autêntico e inter-humano mostra-se primordial para a efetivação do acompanhamento e orientações por parte da equipe. Nessa acepção, Amatuzzi (2016) destaca que dialogar está para além da simples conversação ou do palavreado. Dialogar implica um falar-ao-outro e não um falar para o outro.

Na experiência das participantes não há um diálogo inter-humano vivido na relação com os profissionais que possibilite a sua atualização frente as inseguranças e medo, o que as impede de apreender significativamente as informações que julgam necessárias para o parto.

O falar para e não só diante-de aliado ao escutar realmente e não apenas receber sons, é o que cria o contato direto onde os mundos interiores das pessoas se comunicam, e só através disso eles podem manifestar plenamente, se darem a conhecer (Amatuzzi, 2016, p. 42).

O que as gestantes vivenciam nas consultas alude ao que Amatuzzi (2016) compreende como palavreado, pois os profissionais falam às gestantes, mas não conseguem escutar para além da materialidade das palavras. Não há um contato dialógico, intersubjetivo e concreto entre gestante e profissionais. Estes limitam-se a discorrer sobre os processos fisiológicos da gestação,

Macedo et al. (2017) realizaram uma pesquisa com equipes de uma UBS objetivando analisar os elementos que impedem o diálogo sobre o parto durante o acompanhamento do período pré-natal e verificaram que a formação profissional e as condições de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde dificultam atividades educativas. A falta de comunicação e de articulação entre as UBS e os hospitais conveniados também contribui para complicar as relações interpessoais entre os próprios profissionais.

Para Livramento et al. (2019), é preciso que a equipe se coloque à disposição das gestantes para fornecer orientações acerca do ciclo gestacional de forma a estimular o processo de empoderamento das mulheres. Nesse processo torna-se necessária a utilização de uma linguagem compreensível para as gestantes para além dos conceitos técnicos. Conclui-se que as informações e recomendações dos profissionais às gestantes seriam mais eficazes se oferecidas no contexto de um relacionamento interpessoal em que fossem consideradas as emoções e os sentimentos das gestantes, ou seja, num contexto em que atitudes de empatia,

consideração positiva incondicional e autenticidade estivessem presentes de forma a possibilitar uma aprendizagem significativa, promovendo autoconfiança e autonomia,

(...) modificação, quer seja no comportamento do indivíduo, na orientação da ação futura que escolhe ou nas suas atitudes e na sua personalidade. É uma aprendizagem penetrante, que não se limita a um aumento de conhecimentos, mas que penetra profundamente todas as parcelas da sua existência (Rogers, 2000, p. 218).

### **5.7 Atenção psicológica e a consideração das vivências subjetivas: uma contribuição propositiva**

Ao se debruçar sobre os elementos estruturantes do fenômeno estudado e se refletir sobre as possíveis contribuições que a atenção psicológica poderia oferecer para o programa de acompanhamento do período pré-natal da rede pública de saúde no Brasil, faz-se pertinente enfatizar a necessidade da inserção de psicólogos na equipe multiprofissional. Uma perspectiva psicológica humanista e fenomenológica leva em consideração as vivências subjetivas das mulheres gestantes e enfatiza a presença de atitudes de consideração, compreensão empática e autenticidade por parte dos profissionais da equipe, assim como é sensível aos problemas enfrentados pelos profissionais em relação às dificuldades decorrentes da pouca integração entre os equipamentos da rede de saúde pública que não lhes oferece suporte para situações específicas. Assim, configura-se um fenômeno paradoxal: gestantes e profissionais sentindo-se deixados à própria sorte, tentando sobreviver aos momentos de frustração, angústia e desamparo com recursos subjetivos. Esta situação não contribui para o desenvolvimento de vínculos afetivos que os levaria a relações intersubjetivas gratificantes.

Em novembro de 2023 foi sancionada a Lei 14.721 que amplia o direito ao atendimento psicológico durante o programa de acompanhamento do período pré-natal, estendendo-se durante o puerpério. O encaminhamento deve ser feito pelo médico segundo o prognóstico. O

oferecimento de atendimento psicológico está previsto nessa lei, embora de maneira apenas educacional: “desenvolver atividades de educação, de conscientização e de esclarecimentos a respeito da saúde mental da mulher no período da gravidez e do puerpério” (Ministério da Saúde, 2023, s/p).

A Lei 14.721 consolida-se como um avanço para a assistência integral à saúde da mulher e reafirma a importância da implementação de uma atenção psicológica nas instituições de saúde pública brasileiras.

### **5.7.1 – Atenção psicológica como recurso no programa de acompanhamento às gestantes em UBS**

A atenção psicológica é uma modalidade de intervenção que é desenvolvida por psicólogos com formação clínica ou em saúde coletiva em contextos como as Unidades Básicas de Saúde, ao participarem de equipes multiprofissionais em programas específicos, dentre os quais o acompanhamento durante a gestação, parto e puerpério. Inclui-se na proposta de atenção biopsicossocial referida nos documentos do Ministério da Saúde (2005; 2013).

A atenção biopsicossocial é prescrita no programa de acompanhamento do período pré-natal e descrita como uma conduta dos profissionais da saúde, efetivada por meio de determinadas atitudes ao conversarem com as pacientes durante as consultas visando compreender o processo gestacional para além da dimensão fisiológica. É uma atenção que se contrapõe às práticas biomédicas dicotômicas e deve ser assumida por todos os membros da equipe de saúde de forma a representar uma conduta da equipe como um todo.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica ao pré-natal de baixo risco, publicado pelo Ministério da Saúde (2013b), práticas de atenção biopsicossocial são efetivadas quando o profissional considera a singularidade da história de vida da gestante, os sentimentos, a família, o ambiente que reside, a rede de apoio social e emocional ou ausência desta, com o

estabelecimento de uma relação de proximidade com as gestantes e a consideração de que muitos dos sintomas físicos vividos advém de questões emocionais.

Neste sentido é fundamental a consideração das vivências singulares das gestantes, ou seja, as vivências subjetivas. Vivências são emoções imediatas, o que se sente diante dos fatos e antecedem as elaborações conceituais (Amatuzzi, 2007). Por isso, deve-se suspender quaisquer concepções *a priori* sobre o que é gestar e voltar-se para a pessoa que se encontra no aqui e agora das consultas, centrando-se na pessoa que gesta e em suas vivências.

A atenção centrada no paciente (...) se contrapõe à abordagem centrada na doença. Significa buscar a compreensão da pessoa como um todo, em seu contexto de vida, o que inclui considerar aspectos que envolvem família, trabalho, crenças, dificuldades e potencialidades. Esta forma de atuação requer a valorização da relação estabelecida entre o profissional e as pessoas assistidas (Ministério da Saúde, 2013b, p. 121).

A atenção biopsicossocial constitui-se, portanto, atualmente, numa atenção centrada nos pacientes. Internacionalmente, o termo *patient centred care* não possui uma definição consensual, mas as pesquisas internacionais apontam que a atenção centrada no paciente possui três aspectos “1) perspectiva ampliada do cuidado em saúde, 2) participação dos pacientes no cuidado, e 3) humanização” (Agreli, Peduzzi & Silva, 2020, p. 907).

No Brasil, quando referida pelos documentos do Ministério da Saúde, articula-se a atenção centrada no paciente com a Política Nacional de Humanização (PNH) e com os princípios do SUS. No que tange à perspectiva ampliada, observa-se a implementação da atenção biopsicossocial como elemento de uma atenção centrada no paciente, sendo que a participação do paciente no cuidado se dá numa perspectiva de resgate da autonomia, prescrita através da responsabilização, da liberdade de escolha, da valorização da experiência e do papel de agente transformador do paciente. Os aspectos da humanização estão articulados com a ênfase nas relações interpessoais estabelecidas entre os profissionais e as gestantes para que

se alcance o resgate da dignidade humana recomendadas nas políticas públicas de saúde brasileira (Agreli, Peduzzi & Silva, 2020).

A atenção centrada no paciente não assume uma afinidade com a ACP do ponto de vista histórico, mas coadunam-se em relação aos princípios norteadores (Oliveira, 2017). Estudos nacionais apontam uma aproximação entre os princípios preconizados pelo SUS à assistência e a tendência à atualização e as atitudes facilitadoras de compreensão empática, consideração positiva incondicional e congruência propostas por Carl Rogers (Tassinari et al., 2011; Bacellar, Rocha & Flôr, 2012; Oliveira & V. Cury, 2021).

Uma atenção psicológica calcada na fenomenologia e na perspectiva psicológica da Abordagem Centrada na Pessoa caracteriza-se como uma prática do psicólogo que se efetiva em encontros terapêuticos não focados no adoecimento patológico, em contextos em que se intencione o acolhimento, a saúde mental, a reorganização subjetiva e os processos de desenvolvimento saudável e autônomo das pessoas. Nesse sentido, configura-se como uma prática pertinente ao conceito de clínica ampliada.

Como uma modalidade de intervenção, a atenção psicológica propõe-se a uma ruptura em relação às concepções clássicas de atendimento clínico, efetivados por meio da psicoterapia individual de tempo indeterminado. Trata-se de uma modalidade inovadora de intervenções psicológicas desenvolvidas em contextos de saúde pública de modo a ampliar o escopo de possibilidades terapêuticas com a propositura de uma postura dialógica no campo das relações interpessoais do cuidado (V. Cury, 2021).

Essencialmente, a atenção psicológica tem em seu cerne a compreensão do potencial transformador das pessoas, a perspectiva da clínica ampliada e o trabalho em rede proposto pelo SUS (V. Cury, 2021). Possui um enquadre clínico, que inclui “(...) as atitudes do psicólogo e o conjunto de elementos que definem o contexto e a ação propriamente dita – pensada como estratégia interventiva para a provisão de cuidado” (Vasconcelos & V. Cury, 2017, p. 482).

Assim como o enquadre, também é preciso flexibilização para a realização da atenção psicológica, afastando-se de ações práticas protocolares e atualizando constantemente as ações segundo o contexto clínico vigente. Desse modo, a atenção psicológica é definida como um cuidado que se desenvolve em sintonia com as especificidades do contexto e das demandas da situação, operacionalizada pela atitude de empatia, consideração positiva incondicional frente às pessoas assistidas e autenticidade do psicólogo para consigo mesmo (Vasconcelos & V. Cury, 2017).

A atenção psicológica deve ser conduzida de maneira não invasiva, para permitir que as gestantes utilizem todo o seu potencial, exercendo a sua autonomia e potencialidade pessoal para o desenvolvimento saudável, facilitando a retomada da confiança em si. Nesse formato, “o psicólogo, ao dispor-se a estar com o cliente numa postura dialética de abertura ao encontro intersubjetivo, instaura um processo de construção de novos caminhos para a superação de desafios contemporâneos na esfera da saúde mental (...)” (V. Cury, 2021, p. 94).

O plantão psicológico, o atendimento em grupo, as oficinas de pinturas, os encontros terapêuticos e o acompanhamento de equipe de saúde são algumas das modalidades de atenção psicológica. Em especial, o atendimento em grupo e o plantão psicológico foram investigados por Abreu, Delmondes e Cândido Magalhães (2021) no contexto do período pré-natal. As autoras identificaram que o atendimento em grupo é um espaço que proporciona cuidado e acolhimento. Por estar centrado na gestante, viabiliza amparo e preparo para o parto à medida em que se trabalham os anseios, as dúvidas, os medos e as necessidades de cada mulher. Ao serem genuinamente ouvidas, consideradas em suas experiências para além da condição de gestante, distante de um enquadre patológico, essas mulheres podem sentir-se livres para expor suas emoções, sentimentos e desejos, atualizando os sentidos e significados atribuídos às experiências vividas, potencializando, conseqüentemente, a retomada da autonomia pessoal.

As autoras também apontam que o plantão psicológico se configurou como um espaço

em que se poderia falar das urgências, dos conflitos emergentes que não estão necessariamente condicionados à gravidez. Assim, a possibilidade de poderem escolher o que contar à plantonista possibilitou a auto apreciação das gestantes enquanto pessoas (Abreu, Delmondes & Cândido Magalhães, 2021).

### **5.7.2 – A mulher gestante considerada em sua singularidade**

Tanto na disponibilização da atenção psicológica como na atenção biopsicossocial é fundamental a presença ativa do profissional no contato com as gestantes. A presença ativa advém de dois polos essenciais: o reconhecimento de si próprio e do outro como pessoa. O reconhecimento do outro implica necessariamente em uma abertura ao próprio eu. A presença ativa é uma tomada de posição diante do mundo da vida.

Moreira (2010) menciona a presença ativa no processo psicoterapêutico e a descreve como uma relação bicentrada, em que há a interatuação entre terapeuta e cliente, em prol desse último para acontecerem novas significações oriundas da vivência do encontro entre ambos.

Fadda e V. Cury (2021, p. 8) mencionam a necessidade da presença ativa do terapeuta em face do cliente, por meio da intencionalidade da consciência, destinado a compreender o cliente e a deixá-lo à vontade, possibilitando um encontro livre de “ameaças externas, para interagir com suas angústias e incongruências, torna-se possível, porque ele próprio dispõe-se a estar em contato consigo mesmo, de maneira autêntica e congruente com suas vivências imediatas”.

Observa-se que os profissionais interessados e preocupados em ater-se apenas às práticas protocolares, às técnicas, não conseguem escutar para além do “corpo fisiológico”, não estando intencionalmente voltados para a compreensão da gestante, pois não vivenciam uma relação intersubjetiva dialógica com as mulheres, fragmentam as gestantes e a si próprios e vivenciam a oferta do cuidado do lugar de “especialista”. O pré-natal é um programa a ser

cumprido, há um passo a passo, e nesse processo, os profissionais incumbidos dessa tarefa podem vir a se distanciar de sua própria subjetividade e da alteridade.

As diretrizes do programa de acompanhamento do período pré-natal estão voltadas para resguardar o desenvolvimento fisiológico da gestação e para diminuir os riscos de mortalidade materna e neonatal. Os profissionais falam em gravidez de risco ou de risco habitual em sintomas e pré-disposição clínica. Todo acompanhamento acontece em uma cadeia protocolar de exames fisiológicos e avaliação clínica, conseqüentemente, perde-se de vista a pessoa que gesta. Essa constatação nos permite a articulação com Husserl (2008, pp. 19–20), e a constatação de que “mera ciência dos factos, fazem meros homens de factos”.

No contexto do acompanhamento do programa do período pré-natal é urgente e fundamental o desenvolvimento de relações intersubjetivas dialógicas como uma postura humana a ser explorada. As relações interpessoais são discutidas por Martins et al. (2014) como uma tecnologia “leve” do cuidado que deve estar articulada com as tecnologias duras — equipamentos, medicamentos e técnicas.

Percebe-se que as relações intersubjetivas são um desafio para os profissionais da saúde, pois demandam desenvolvimento pessoal e amadurecimento. Além disto, o processo de formação profissional acaba por distanciar os membros das equipes de saúde de sua própria subjetividade, não possibilitando desenvolver uma postura relacional e havendo o esvaziamento de sentido prático, o que torna necessário um posicionamento existencial dos profissionais, para explorarem “(...) os significados da dimensão relacional, implicada nas práticas de cuidado e suas conseqüências para o processo de crescimento das pessoas” (Oliveira, 2017, p. 188).

Nessa acepção, o próprio Ministério da Saúde (2013b) destaca

é importante resgatar os significados essenciais das ações, as quais são executadas cotidianamente pelos profissionais de saúde que são, muitas vezes, banalizadas a ponto de se tornarem mecânicas. Romper com a abordagem puramente biológica requer que

o profissional de saúde transcenda o mecanicismo das condutas diagnósticas e terapêuticas biologicistas e resgate os significados essenciais que essas ações possuem (p. 121).

Considera-se que o caminho para transcender o mecanicismo e o tecnicismo das ações se dá através da retomada da autoconsciência por parte dos profissionais. (Mahfoud, 2019, p. 49) diz que “a autoconsciência não é algo como um programa a ser cumprido (ao modo de passos de autoajuda) – o que a tornaria constructo artificial – mas dá-se, sobretudo, como reconhecimento da grande pergunta ‘Quem sou eu?’”.

Experienciar a si próprio é a retomada da posição que se faz diante do mundo da vida, é um acontecimento pessoal perante a vida, é a busca por sentido (Mahfoud, 2019). Enquanto agentes facilitadores do alcance dos objetivos e das metas do programa de acompanhamento do período pré-natal, o profissional deve-se indagar sobre o sentido das suas ações, das suas experiências, o sabor ou o dissabor do não saber e das dificuldades experienciadas no dia a dia, pois só assim atribuirá sentido e significado para as ações, reconhecendo a si próprio e se percebendo, transcendendo, então, o técnico, sendo assim, nesse movimento, não se perdendo, também, como objeto. “Não somos definidos pelo impacto empírico com o mundo, apenas, mas sobretudo pela busca que se instaura na vivência empírica” (Mahfoud, 2019, p. 50).

Nessa relação, o mundo vivido é presença e deixa marcas na pessoa que através do direcionamento intencional o apreende, o que pode estabelecer a sua identidade, autoconsciência e a busca de si próprio. Nas relações inter-humanas vivencia-se o impacto do outro pelo direcionamento feito a ele (Mahfoud, 2019).

A abertura ao eu livremente requer experiências relacionais, pois o eu é acontecimento que se revela com o outro (Mahfoud, 2019). Nessa acepção, a Abordagem Centrada na Pessoa e a sua proposta de um “jeito de ser” pode possibilitar a construção de relações intersubjetivas dialógicas pautadas por atitudes facilitadoras de compreensão empática, consideração positiva

incondicional e congruência.

O reconhecimento da singularidade da pessoa que gesta, acontece mediante o estabelecimento de relações intersubjetivas dialógicas. Este tipo de relação caracteriza-se por uma visada do outro intencionalmente a partir de um movimento de abertura a si, em que se vivencia com o outro uma consideração incondicional, com suspensão de concepções a priori. A atitude de compreensão empática ultrapassa a materialidade das palavras, sendo uma auto compreensão aguçada e sensível do que se passa consigo nesse encontro e comunica-se ao outro os sentimentos oriundos desse contato. Logo, não se trata de uma entrevista ou de uma anamnese realizada com a gestante, mas sim de um encontro em via de mão dupla, permeado pela interação, troca e construção em conjunto das ações que facilite a autonomia da gestante e a ressignificação das experiências do gestar.

Esta relação centrada no outro pode ser considerada como uma perspectiva ética e política. Segundo Rogers (1986, p. 37), estabelecer esse tipo de relação é uma escolha eventual e intransferível de cada pessoa, assim como “a responsabilidade por essa escolha”.

Numa relação intersubjetiva acontecem a consideração da singularidade da pessoa e o resgate da autonomia, através da crença de que cada indivíduo é detentor do direito de escolher os caminhos da sua própria vida, mesmo que esse divirja do que o profissional escolheria para ela. Parte-se do conceito de tendência à atualização como algo inato, potencialmente disponível à consciência que pode promover um interesse genuíno pelas gestantes e as suas experiências num programa de acompanhamento que não pode prescindir de um certo nível de amadurecimento psicológico. Assim, estabelecer uma relação em que se considera o outro em pé de igualdade, permite que ambos se tornem corresponsáveis pelas experiências vividas intersubjetivamente durante o processo de acompanhamento no programa do período pré-natal. Abre-se a possibilidade para as gestantes apontarem quais são as informações que necessitam, como se sentem antecipando um acontecimento pessoal como o parto e que medos as afligem.

Partindo dessa compreensão empática, os profissionais colocam à disposição da gestante todo o conhecimento técnico em torno dos aspectos fisiológicos, articulando assim, o saber fazer técnico com a atitude de acolhimento e escuta à singularidade das experiências. Nesse formato, descobrir-se-á através das próprias gestantes quais as ações mais adequadas a serem disponibilizadas pelos profissionais. “Este enfoque na pessoa refere-se a uma atmosfera altamente igualitária” (Rogers, 1986, p. 33).

Ao adotar-se uma postura não impositiva e não diretiva no acompanhamento às gestantes no período pré-natal, atribui-se valor à independência psicológica e à auto responsabilidade da gestante por estar vivendo uma experiência pessoal e intransferível que afeta sua integridade psicológica e física. Deve-se abandonar a concepção de que os profissionais estão autorizados a conduzir o processo como especialistas, desconsiderando a autonomia e os valores culturais e religiosos das gestantes. Pelo contrário, elas devem ser estimuladas a participarem ativamente do processo, compartilhando com os profissionais da equipe suas vivências. Assim, “o poder, a responsabilidade e a tomada de decisões são compartilhadas por todos” (Rogers, 1986, p. 34).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo de uma perspectiva psicológica, o objetivo desta pesquisa foi o apreender e compreender fenomenologicamente a experiência vivida por mulheres gestantes e por profissionais de saúde em relação ao programa de acompanhamento do período pré-natal no contexto de uma UBS (UBS) de um município do estado de Mato Grosso para desvelar os elementos estruturantes que a constituem como fenômeno humano singular.

A pesquisadora considerou os profissionais e as gestantes como pessoas que são e se voltou para as relações vividas tanto entre os membros da equipe como também entre eles e as gestantes e destas com a equipe. Ao se encontrar com as gestantes, assumindo uma postura acolhedora e empática, interessada no que lhes fazia sentido compartilhar sobre as experiências vividas ao longo do acompanhamento durante o período pré-natal, e, posteriormente, realizando uma análise fenomenológica, foram desvelados os elementos estruturantes do fenômeno que possibilitaram compreendê-lo como manifestação de uma vivência de intersubjetividade significativa para os participantes.

As experiências vividas pelos profissionais e pelas gestantes evidenciaram que as relações intersubjetivas são balizadoras para a integralidade da assistência no programa de acompanhamento do período pré-natal. Assim, não se pode considerar que uma atenção seja efetivamente humanizada sem compreender as experiências relacionais vivenciadas entre os profissionais e as gestantes.

Estabelecer relações intersubjetivas significativas é um desafio para os profissionais da saúde e os anos de atuação e formação não asseguram necessariamente o desenvolvimento das habilidades interpessoais e das atitudes necessárias para tanto. Relacionamentos potentes e significativos necessitam, para sua efetivação, de um movimento de abertura a si próprio e ao outro que a formação profissional não prevê, tampouco valoriza. Desse modo, compreende-se

ser necessário um processo formativo e um processo de desenvolvimento pessoal dos profissionais.

As atitudes não são técnicas e não são passíveis de serem exercidas se não houver por parte das pessoas uma abertura autêntica ao outro, uma disposição para lançar-se num movimento intencional que demanda autoconhecimento e amadurecimento psicológico, pois não se trata de uma estratégia aprendida, mas de uma postura face à alteridade. Considerando que as relações intersubjetivas e a consideração dos aspectos psicológicos são cruciais para a disponibilização de um cuidado integral no programa de acompanhamento do período pré-natal, a inserção do psicólogo na equipe torna-se fundamentalmente necessária para o alcance da assistência integral. Mas, também, o psicólogo precisa ter sido preparado para saber como disponibilizar o cuidado e construir intervenções consoante as demandas emergentes das pessoas e dos contextos. A atenção psicológica consiste em facilitar às pessoas atendidas um processo de autoconhecimento e de autonomia a partir de um interesse genuíno que se manifesta por meio de atitudes de consideração, empatia e autenticidade. Ademais, o psicólogo, como membro de uma equipe multiprofissional, pode facilitar o relacionamento entre os próprios colegas de equipe, promovendo um clima de confiança e de colaboração entre eles que possibilitará maior efetividade às ações e procedimentos de forma a qualificar a escuta e o acompanhamento das clientes, considerando-as como pessoas singulares e valorizando uma assistência integral que abarque aspectos biopsicossociais e culturais.

Destarte, considerar o contexto de trabalho dos profissionais que compõem as equipes de saúde pública e buscar soluções para seus problemas cotidianos é um aspecto importante e preventivo para promover os objetivos dos programas preconizados pelas políticas públicas de maneira que se aproximem mais das pessoas atendidas, compreendendo suas vulnerabilidades e seus potenciais para a saúde. No caso de um programa destinado ao acompanhamento de

mulheres gestantes implica no domínio de conhecimentos teóricos e de habilidades técnicas, assim como da capacidade para uma escuta acolhedora, aberta ao diálogo e atenta às necessidades ao longo de uma fase extremamente significativa e singular na vida de uma mulher.

É preciso, ainda refletir sobre “como é ser mulher” e o que se compreende por “ser mulher”. Alguns homens transexuais gestam, sendo preciso compreender essas experiências dentro do contexto do programa de acompanhamento do período de pré-natal. Nestes aspectos, considera-se que este é um fator limitador desta pesquisa, uma vez que não abarcou os homens transexuais e as mulheres lésbicas que são assistidas pelas UBS que estão gestantes.

Destaca-se ainda que esta pesquisa não se direcionou para uma discussão profunda acerca do aparelhamento do SUS e das ressonâncias no cotidiano dos profissionais e consequentemente no impacto no acompanhamento ao período pré-natal em virtude da escolha e recorte temático feito pela pesquisadora, contudo, salienta-se a importância de novos estudos com esses recortes.

## Referências Bibliográficas

- Abreu, C. S. de, Magalhães, F. C., & Delmondes, P. T. (2021). Narrativas sobre atenção psicológica e humanização do parto e nascimento. *Revista Sociais E Humanas*, 34(2). <https://doi.org/10.5902/2317175864240>
- Albuquerque, R. A., Jorge, M. S. B., Franco, T. B., & Quinderé, P. H. D. (2011). Produção do cuidado integral no pré-natal: itinerário de uma gestante em uma unidade básica de saúde da família. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15(38), (pp. 677–686). <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000041>
- Alckmin, R. I. F, Wolf, G. A. J., Moura, T. B., Cury, V. E. (2021). Evolução de narrativas compreensivas de inspiração fenomenológica em um grupo de pesquisa. *Anais do Congresso Internacional de Fenomenologia Existencial [e do] Encontro Nacional do GT em Psicologia & Fenomenologia – ANPEPP [recurso eletrônico]: sofrimento e historicidade: o desamparo ético-político na contemporaneidade*. – Natal, RN: UFRN. [https://nucleopoiesis.com.br/download?tipo=materialdownload&arquivo=material\\_download\\_5\\_20211116090414.pdf](https://nucleopoiesis.com.br/download?tipo=materialdownload&arquivo=material_download_5_20211116090414.pdf)
- Ales Bello, A. (2004). *Fenomenologia e ciências humanas: psicologia, história e religião*. Edusc.
- Ales Bello, A. (2006). Fenomenologia e ciências humanas: implicações éticas. *Memorandum*, 11, (pp. 28- 34). <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a11/alesbello04.pdf>
- Ales Bello, A. (2013). Prefácio. In: Mahfoud, M. & Massimi, M. *Edith Stein e a Psicologia: Teoria e Pesquisa* (pp. 9-14). Artesã.
- Ales Bello, A. (2014). “Intrapessoal” e “interpessoal”: linhas gerais de uma antropologia filosófico-fenomenológica. In J. Savian Filho (Org.), *Empatia. Edmund Husserl e*

- Edith Stein: apresentações didáticas* (pp. 9-28). Edições Loyola.
- Ales Bello, A. (2015). *Pessoa e Comunidade – Comentários: Psicologia e Ciências do Espírito de Edith Stein*, (M. Mahfoud & J. T. Garcia, Trad.). Artesã.
- Ales Bello, A. (2019a). *O sentido das coisas: por um realismo fenomenológico*. (J. J. Queiroz, Trad). Paulus.
- Ales Bello, A. (2019b). *O sentido do humano: entre fenomenologia e psicologia e psicopatologia*. (A. A. Sberga & J. A. G. Espindula, Trad). Paulus.
- Alves, A. F., & Borges, L. de O. (2014). A Motivação dos Profissionais de Saúde das Unidades Básicas de Saúde. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 34(4), (pp. 984–1001).  
<https://doi.org/10.1590/1982-370001082013>
- Amatuzzi, M. M. (2006). A subjetividade e sua pesquisa. *Memorandum*, 10, (pp. 93-97).  
<https://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a10/amatuzzi03.pdf>
- Amatuzzi, M. M. (2007). Experiência: um termo chave para a Psicologia. *Memorandum*, 13, (pp. 8-15). <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a13/amatuzzi05.pdf>
- Amatuzzi, M. M. (2012). *Rogers: ética humanista e psicoterapia* (2a ed., pp. 9-58) Editora Aliena.
- Amatuzzi, M. M. (2016). O diálogo Genuíno e Palavreado. In: Amatuzzi, M. M. (2016). *O resgate da fala autêntica: filosofia da psicoterapia e da educação* (pp. 41-63). Alínea.
- Andrade, M. A. C. & Lima, J. B. M. C. (2014). O Modelo Obstétrico e Neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. In: Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. *Humanização do parto e do nascimento*. Brasília.
- Andrade, U. V., Santos, J. B., & Duarte, C. (2019). A Percepção da Gestante sobre a Qualidade do Atendimento Pré-Natal em UBS, Campo Grande, MS. *Revista Psicologia e Saúde* (pp. 53–61). <https://doi.org/10.20435/pssa.v0i0.585>
- Bacellar, A., Rocha, J. S. X., Flôr, M. de S. (2012). Abordagem centrada na pessoa e políticas

- públicas de saúde brasileiras do século XXI: uma aproximação possível. *Revista do NUFEN*, 4(1), (pp. 127-140). [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-25912012000100011&lng=t&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912012000100011&lng=t&tlng=pt)
- Barreira, C. R. A. (2014). A bela adormecida e outras vinhetas: a empatia, do corpo a corpo cotidiano à clínica. In: J. Savian Filho (Org.), *Empatia*. Edmund Husserl e Edith Stein: apresentações didáticas (pp. 53-93). Edições Loyola.
- Barreira, C. R. A. (2017). Análise fenomenológica aplicada à Psicologia: recursos operacionais para pesquisa empírica. In: M. Mahfoud, & J. Savian Filho (Orgs.). *Diálogos com Edith Stein: filosofia, psicologia e educação* (pp. 317-368). Paulus.
- Batista, C. R., Santos, F. S., de Oliveira, F. J. F., Santos, L. F. S., Pascoal, L. M., Costa, A. C. P. de J., & Neto, M. S. (2021). Assistência pré-natal e acolhimento sob a ótica de gestantes na atenção primária à saúde: estudo qualitativo. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 95(34), e-021074. <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.34-art.1027>
- Benincasa, M. F., Romagnolo, V. B., Januário, A. N., Setin, B. & Heleno, M. G. V. (2019). O pré-natal psicológico como um modelo de assistência durante a gestação. *Revista da SBPH*, 22(1), (pp. 238-257). [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582019000100013&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100013&lng=pt&tlng=pt).
- Benjamin, W. (1994). *Obras escolhidas. Magia e técnica, arte e política* (7a ed.). Brasiliense.
- Bezerra, M. C. D. S. (2021). *A experiência intersubjetiva na ludoterapia humanista: Uma perspectiva fenomenológica*. [Tese de Doutorado] Pontifícia Universidade Católica de Campinas. <https://www.scielo.br/j/pcp/a/v345Y493TmPn9qZ9Nkv8sYc/>
- Brisola, E. B., Cury, V. E., & Davidson, L. (2017). Building comprehensive narratives from dialogical encounters: A path in search of meanings. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 34(4), (pp. 467-475). <https://dx.doi.org/10.1590/1982->

02752017000400003

- Buber, M. (1982). *Do diálogo e do dialógico* (3a ed.). Perspectiva.
- Cardoso, C. R. D., & Massimi, M. (2013). Fundamentos da psicologia enquanto ciência da subjetividade: contribuições da fenomenologia de Edith Stein. In: Mahfoud, M. & Massimi, M. (Orgs.), *Edith Stein e a psicologia: teoria e pesquisa* (pp. 51-77). Artesã.
- Carneiro, R. G. (2015) *Cenas de parto e políticas do corpo*. Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ.
- Cury, E. V. (2015). Narrativas compreensivas sobre sofrimento e cuidado em contextos institucionais. *Anais do II Congresso Brasileiro de Psicologia e Fenomenologia e IV Congresso Sul- Brasileiro de Fenomenologia: Pensar e fazer Fenomenologia no Brasil*. UFPR.
- Cury, E. V., & Fadda, G. M. (2020) Narrando encontros que constroem vivências e tecem sentidos. In: Dutra, E. *Sofrimento, existência e liberdade em tempos de crise: palestras apresentadas no II Congresso Internacional de Fenomenologia Existencial e II Encontro Nacional do GT de Psicologia & Fenomenologia*. ANPEPP. (1a ed.). IFEN.
- Cury, E. V. (2021). Intervenções Psicológicas e processos intersubjetivos: Pesquisas em psicologia clínica sob uma perspectiva Humanista Fenomenológica. In: Dutra, E., & Cury, V. E. *pesquisas fenomenológicas em psicologia* (1a ed). CRV.  
<https://doi.org/10.24824/978652510999.2>,(pp.93-110).
- Cury, T. B., & Mahfoud, M. (2013). Núcleo pessoal e liberdade na formação da pessoa a partir de Edith Stein. In: M. Mahfoud, & M. Massimi (Orgs.), *Edith Stein e a psicologia: teoria e pesquisa* (pp. 217-237). Artesã.
- Davis-Floyd, R. (2000). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth”. In: International journal of gynecology & obstetrics. *International Conference on Humanization of Childbirth*. (T. N. Adriana Trad.) (pp. 5-23).

- Del Risco-Sánchez, O., Zambrano-Tanaka, E., Guerrero-Borrego, N., & Surita, F. (2021). Buenas prácticas en la atención prenatal a adolescentes embarazadas: perspectivas de profesionales de la salud. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 72(3), (pp. 244-257). Epub September. <https://doi.org/10.18597/rcog.3695>
- Dias, A. R., & Silva, S. L. C. D. (2021). A(s) família(s) na atenção básica: Perspectivas dos profissionais na Estratégia Saúde da Família. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 9, 228. <https://doi.org/10.18554/refacs.v9i0.4270>
- Dias, F. X., & Silva, L. C. A. da. (2016). Percepções dos Profissionais sobre a Atuação dos Psicólogos nas Unidades Básicas de Saúde. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 36(3), (pp. 534–545). <https://doi.org/10.1590/1982-3703001102014>
- Duarte, S. J. H., & Mamede, M. V. (2011). Perfil e contribuições dos profissionais de enfermagem no pré-natal em Cuiabá, MT. *Revista Gestão & Saúde*, 2(2), (pp. 179–191). Recuperado de <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/75>
- Ercole, F. F., Melo, L. S. de, & Alcoforado, C. L. G. C. (2014). Integrative review versus systematic review. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, 18(1). <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>
- Fadda, G. M. (2020). *A experiência vivida por pessoas diagnosticadas como autistas, a partir de encontros dialógicos* [Tese de Doutorado]. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Fadda, G. M., & Cury, V. E. (2021). O Fenômeno da Intersubjetividade na Relação Psicoterapêutica. *Revista Subjetividades*, 21(Esp1). <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v21iEsp1.e9445>
- Fernandez, M., Lotta, G., & Corrêa, M. (2021). Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. *Trabalho, Educação E Saúde*, 19, e00321153.

<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00321>

- Gazotti, T. C., & Cury, V. E. (2019). Vivências de Psicólogos como Integrantes de Equipes Multidisciplinares em Hospital. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 19(3), (pp. 772-786). Recuperado em 28 de outubro de 2023, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812019000300013&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000300013&lng=pt&tlng=pt).
- Gomes, I. (2019). Reflexões sobre os limites e possibilidades de empatia na escuta de mulheres negras. In. Tassinari, M., & Durange, W. *Empatia: A capacidade de dar luz à dignidade humana* (1a ed. pp.85-104). CRV. <https://doi.org/10.24824/978854443170.2>
- Gonçalves, M. D., Kowalski, I. S. G., & Sá, A. C. (2016). Atenção ao pré-natal de baixo risco: Atitudes dos enfermeiros da estratégia saúde da família [Low-risk antenatal care: family health strategy nurses' attitudes]. *Revista Enfermagem UERJ*, 24(6), e18736. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.18736>
- Gordon, T. (1992). Liderança e administração centradas no grupo. In. Rogers, C. R. *Terapia Centrada no Cliente*. (1a ed. pp. 367-438). Martins Fontes.
- Henriques, A. H. B., Lima, G. M. B. de, Trigueiro, J. V. S., Saraiva, A. M., Pontes, M. G. de A., Cavalcanti, J. da R. D., & Baptista, R. S. (2015). Grupo de gestantes: contribuições e potencialidades na complementaridade da assistência pré-natal. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 28(1), (pp. 23–31). <https://doi.org/10.5020/18061230.2015.p23>
- Holanda, A. (2014). *Fenomenologia e Humanismo: Reflexões Necessárias*. Juruá.
- Husserl, E. (2006). *Ideias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica: introdução geral à fenomenologia pura*, (M. Suzuki, Trad.). Ideias & Letras. (Trabalho original publicado em 1913).

- Husserl, E. (2008). *A crise das ciências europeias e a fenomenologia transcendental: uma introdução à filosofia fenomenológica*. (D. F. Ferrer, Trad.) Lisboa: Centro de Filosofia da Universidade de Lisboa. (Publicação original de 1954).
- Husserl, E. (2013). *Meditações cartesianas e Conferências de Paris: de acordo com o texto de Husserliana I*, (P. M. S. Alves, Trad.). Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1931).
- Husserl, E. (2017). A criança. A primeira empatia. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 23(3),375377.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672017000300013&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672017000300013&lng=pt&tlng=pt).
- Husserl, E. (2020). *A ideia da fenomenologia: cinco lições*. (Miranda M. L, trad). Ed. Vozes. (Trabalho original publicado em 1986).
- Lei nº 14.721, de 8 de novembro de (2023). Para ampliar a assistência à gestante e à mãe no período da gravidez, do pré-natal e do puerpério. Presidência da República.  
[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/lei/L14721.%20htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14721.%20htm).  
 Acesso em: 10 dez. 2023
- Leite, M. G., Rodrigues, D. P., Sousa, A. A. S. de., Melo, L. P. T. de., & Fialho, A. V. de M. (2014). Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. *Psicologia Em Estudo*, 19(1), (pp. 115–124). <https://doi.org/10.1590/1413-7372189590011>
- Leite, R. V., & Mahfoud, M. (2010). Rigor e generalização em pesquisas sobre fenômenos culturais: contribuições de um percurso de pesquisas fenomenológicas. In *Anais do IV Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos*. (pp. 1-9). SE&PQ.
- Lispector, C. A. (1999). *Descoberta do mundo*. Rocco.
- Livramento, D. do V. P. do., Backes, M. T. S., Damiani, P. da R., Castillo, L. D. R., Backes,

- D. S., & Simão, A. M. S. (2019). Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 40, e20180211.  
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180211>
- Macedo, L. P., Fabbro, M. R. C., Bussadori, J. C. D. C., & Ferreira, G. I. (2017). Diálogo com equipes de Saúde da Família sobre parto no pré-natal: Uma investigação comunicativa. *Aquichan*, 17(4), (pp. 413–424).  
<https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.4.5>
- Mamédio da Costa Santos, C., Andrucio de Mattos Pimenta, C., & Cuce Nobre, M. R. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3).
- Mahfoud, M. (2015). Das vivências ao mundo: pessoa, comunidade e ciência com Edith Stein. A presença de Angela Ales Bello. In: Ales Bello, A. *Pessoa e Comunidade – Comentários: Psicologia e Ciências do Espírito de Edith Stein*. (M. Mahfoud, & J. T. Garcia, Trad., pp.7-19). Artesã.
- Mahfoud, M. (2019). Autoconsciência como acontecimento: viver a pergunta “Quem sou eu?” In:Org. Gutiérrez, A. *Psicologia fenomenológica e saúde. Psicologia fenomenológica e saúde: Teoria e pesquisa*. (pp. 48-55). EDUFRR.
- Maldonado, M. T. (2017). *Psicologia da Gravidez: Gestando Pessoas para uma Sociedade Melhor*. Ideias e Letras.
- Marcon, S. S. (2018). The challenges of teamwork in the family health strategy. *Escola Anna Nery*, 22(4), e20170372. EPUB. <https://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0372>
- Marques Stenzel, L. (2022). Ser-e-estar-entre: a condição intersubjetiva da relação terapêutica. *Phenomenology, Humanities and Sciences*, 2(3), (pp. 378-391).  
<https://phenomenology.com.br/index.php/phe/article/view/106>
- Martins, C. P., Nicolotti, C. A., Vasconcelos, F. F. & Melo, A. (2014). Humanização do Parto

e nascimento: pela Gestação de Formas de Vida das quais possamos ser protagonistas In: Brasil. *Cadernos HumanizaSUS* (4a ed.).

Medeiros, F. F., Santos, I. D. L., Ferrari, R. A. P., Serafim, D., Maciel, S. M. & Cardelli, A. A. M. (2019). Prenatal follow-up of high-risk pregnancy in the public service. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(Supl. 3), (pp. 204-211). EPUB.  
<https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0425>

Ministério da Saúde (2004a). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: Princípios e diretrizes* (1a ed). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)

Ministério da Saúde. (2004b). *Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS*. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.%20pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.%20pdf)

Ministério da Saúde. (2005). *Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – Manual técnico*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prenatal\\_puerperio\\_atencao\\_humanizada.%20pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prenatal_puerperio_atencao_humanizada.%20pdf)

Ministério da Saúde. (2010). *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_do\\_nasf\\_nucleo.%20pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.%20pdf)

Ministério da Saúde. (2013a). *Cadernos de atenção de atenção básica: Saúde sexual e reprodutiva*. (1a ed.) Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_sexual\\_saude\\_reprodutiva.%20pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.%20pdf)

- Ministério da Saúde. (2013b). *Cadernos de atenção de atenção básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco*. (1a ed.) Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)
- Ministério da Saúde. (2016). *Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde*. (Org).  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pre\\_natal\\_parceiro\\_profissionais\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_parceiro_profissionais_saude.pdf)
- Ministério da Saúde. (2017). *Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro DE 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília. Ministério da Saúde.  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
- Ministério da Saúde. (2023). *Pré-natal*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/gravidez/pre-natal#:~:text=A%20gestante%20dever%C3%A1%20proc%20urar%20a%20unidade%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o,riscos%20para%20a%20m%C3%A3e%20e%20para%20o%20beb%C3%A3>
- Moreira, A. de O., Sousa, H. de A., & Ribeiro, J. A. (2013). Vivências e estratégias defensivas dos enfermeiros frente ao cuidado em unidade de terapia intensiva. *Revista De Enfermagem Da UFSM*, 3(1), (pp. 102–111).  
<https://doi.org/10.5902/217976927207>
- Moreira, V. (2010). Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. *Estudos De Psicologia (campinas)*, 27(4), (pp. 537–544). <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2010000400011>

- Nahsan, J. L. Q., & Magalhães, F. C. (2023). Vínculo Entre Gestante e Equipe no Pré-Natal: Um Estudo Fenomenológico. *Revista do nufen: phenomenology and interdisciplinarity*, 15(02). <https://doi.org/10.26823/rnufen.v15i02.24443>
- Nunes, G. S., Leite, K. N. S., Lima, T. N. F. D. A., Paulo, A. P. D. S., Souza, T. A. D., Nascimento, B. B. D., Neves, R. M. D., & Medeiros, F. K. F. (2018). Sentimentos vivenciados por primigestas. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 12(4), 916. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a231096p916-922-2018>
- Oliveira, A. E. G. de. (2017). *A experiência de pacientes de um serviço de atenção domiciliar* [Tese de Doutorado]. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Oliveira, A. E. G. de, Cury, V. E. (2019). Espaço, história e relação e seu lugar em narrativas de pesquisas fenomenológicas. *Anais do Congresso Internacional de Fenomenologia Existencial [e do] Encontro Nacional do GT em Psicologia & Fenomenologia – ANPEPP* [recurso eletrônico]: sofrimento e historicidade: o desamparo ético-político na contemporaneidade. UFRN.
- Oliveira, A. E. G. de, & Cury, V. E. (2020). A experiência de pacientes assistidos por um serviço de atenção domiciliar (SAD). *Psicologia em Estudo*, 25. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.44108>
- Organização Mundial de Saúde. (2010). Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. In: *Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde*. Recuperado em 09 de dezembro 2023 de [marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa-oms.pdf](https://www.gov.br/marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa-oms/pdf) (www.gov.br)
- Organização Mundial de Saúde. (2014). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf?sequ](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequ)

nce=%203

Organização Mundial de Saúde. (2016). *Recomendações da Organização Mundial de Saúde sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva: Resumo.*

<https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2018/07/ANCOverviewBrieferA4PG.pdf>

Peduzzi, M., Agreli, H. L. F., Silva, J. A. M. da, & Souza. (2020). Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18. doi:10.1590/1981-7746-sol00246

Pereira, A. M. M., Alverne, D. G. B. M., Silva, R. M. da, Rodrigues, D. P., Diógenes, M. A. R., Jacob, L. M. da S., Jorge, H. M. F., Hipólito, M. C. V., & Moraes, J. C. O. (2016). Pregnant Women's Perception Before The Difficulties Of Access To High-Risk Prenatal Care. *International Archives of Medicine*. <https://doi.org/10.3823/2025>

Peruzzo, H. E., Bega, A. G., Lopes, A. P. A., Haddad, M. C. F. L., Peres, A. M., & Piccinini, C. A., Lopes, R. S., Gomes, A. G., & De Nardi, T. (2008). Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia Em Estudo*, 13(1), (pp. 63–72). <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000100008>

Piccinini, C. A., Carvalho, F. T. de, Ourique, L. R., & Lopes, R. S. (2012). Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(1), (pp. 27–33). <https://doi.org/10.1590/S0102-37722012000100004>

Pohlmann, F. C., Kerber, N. P. da C., Pelzer, M. T., Dominguez, C. C., Minasi, J. M., & Carvalho, V. F. de (2016). Modelo de assistência pré-natal no extremo sul do país. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(1), e3680013. <https://doi.org/10.1590/0104-0707201600003680013>

Queiroz, M. I. C., Mathias, U. A. (2019). O conceito de força vital na obra de Edith Stein: a potência que assegura o viver. In M. Mahfoud (Org.), *Psicologia com alma: a*

*fenomenologia de Edith Stein* (pp. 87-114). Artesã.

- Ramos, M. T. & Cury, V. E. (2008). A narrativa como estratégia de pesquisa em estudos sobre práticas psicológicas clínicas em Instituições. In: *REUNIÃO ANUAL DA SBPC, 60., 2008*, SBPC/UNICAMP. <http://www.sbpcnet.org.br/livro/60ra>.
- Rattner, D. (2009). Humanização na atenção a nascimentos e partos: Ponderações sobre políticas públicas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 13*(suppl 1), (pp. 759–768). <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500027>
- Rogers, C. R. & Kinget, M. (1977). *Psicoterapia e Relações humanas: teoria e práticas da terapia não diretiva*. (2a. ed.). Interlivros.
- Rogers, C. R. & Wood, J. K. (1978). Teoria Centrada no Cliente: Carl. R. Rogers. In. Burton, A. *Teorias operacionais da personalidade* (pp.192-233). Imago.
- Rogers, C. R. (1985). *Carl Rogers entrevista Peter Ann*. [vídeo]. Bing Vídeos
- Rogers, C. R. (1986). A política das profissões de ajuda. In. Rogers (1986). (orgs). *Sobre o poder pessoal*. (2a ed. pp. 13-36) São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1977).
- Rogers, C. R. (1987). *Um jeito de ser*. EPU-EDUSP. (Original publicado em 1980).
- Rogers, C. R. (1992). *Terapia Centrado no Cliente*. (1a ed.). Martins Fontes. (Original publicado em 1951).
- Rogers, C. R. (1997). *Psicoterapia e consulta psicológica*. Martins Fontes. (Original publicado em 1942).
- Rogers, C. R. (2000). *Tornar-se pessoa*. Martins Fontes. (Original publicado em 1961).
- Rogers, C. R. (2002). *Grupo de encontro*. (8a ed.) Martins Fontes.
- Rosito, M. M. B., & Loterio, M. G. (2012). Formação do Profissional em Saúde: Uma recusa ao esvaziamento da essência do cuidado humano. *Educação & Realidade, 37*(1), (pp. 125-142). doi: <https://www.doi.org/10.1590/2175-623621802>

- Rus, E., Daniélou, C. P. M. & Malmaison, R. (2017). Pessoa e comunidade segundo Edith Stein: uma experiência de comunhão. In. Mahfoud. M. Savian Filho, J. (orgs). *Diálogos com Edith Stein: Filosofia, psicologia, educação* (pp. 119-143). Paulus editora.
- Sanches, N. C. (2013). Gravidez não planejada: a experiência das gestantes de um município do interior do estado de São Paulo. [Dissertação de Mestrado]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. doi:10.11606/22.2013.tde-16012014-154537. Recuperado em 2023-11-02, de [www.teses.usp.br](http://www.teses.usp.br)
- Santos, F. P. dos, Cobucci, A., Dickie, P., & Oliveira, D. de (2021). Fragilidades no contexto do atendimento ao pré-natal de alto risco. *Saúde em Redes*, 7(2), (pp. 201–208). <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2021v7n2p201-208>
- Santos, L. F., Brito, S. S. de, Mutti, C. F., Santos, N. D. S. S., Evangelista, D. R., & Pacheco, L. R. (2018). Características do pré-natal na perspectiva de mulheres atendidas em unidades de atenção primária à saúde. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 12(2), 337. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a230817p337-344-2018>
- Santos, M. M. A. de S., Saunders, C., & Baião, M. R. (2012). A relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescente gestante: Distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humanizada. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), (pp. 775–786). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300025>
- Savian, J. F. (2014). A empatia Segundo Edith Stein: Pode-se empatizar a “vivência” de alguém que está dormindo? In Savian J. Filho (Org.), *Empatia. Edmund Husserl e Edith Stein: apresentações didáticas* (pp. 29-52). Edições Loyola.
- Silva, A. C. D. da, & Pegoraro, R. F. (2018). A vivência do acompanhamento pré-natal segundo mulheres assistidas na rede pública de saúde. *Revista Psicologia e Saúde*, (pp. 95–107). <https://doi.org/10.20435/pssa.v0i0.663>

- Silva, E. M. D., & Moreira, M. C. N. (2015). Equipe de saúde: Negociações e limites da autonomia, pertencimento e reconhecimento do outro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), (pp. 3033–3042). <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.20622014>
- Silva, L. A. da, Alves, V. H., Vieira, B. D. G., Rodrigues, D. P., Santos, M. V. dos, & Marchiori, G. R. S. (2018). A humanização do cuidado pré-natal na perspectiva valorativa das mulheres gestantes. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 10(4), (pp. 1014–1019). <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1014-1019>
- Silva, R. M. da., Brasil, C. C. P., Bezerra, I. C., Figueiredo, M. do L. F., Santos, M. C. L., Gonçalves, J. L., & Jardim, M. H. de A. G. (2021). Desafios e possibilidades dos profissionais de saúde no cuidado ao idoso dependente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1), (pp. 89–98). <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.31972020>
- Silva, R. M. da, Costa, M. S., Matsue, R. Y., Sousa, G. S. de, Catrib, A. M. F., & Vieira, L. J. E. de S. (2012). Cartografia do cuidado na saúde da gestante. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), (pp. 635–642). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300009>
- Sionek, L. (2019). O Luto na perda gestacional: um olhar fenomenológico. [Mestrado em Psicologia]. Setor de Ciências Humanas da Universidade Federal do Paraná.
- Souza, G. G. de, & Cury, V. E. (2017). A experiência de estudantes sobre a atenção psicológica disponibilizada na universidade: um estudo fenomenológico. *Memorandum: Memória E História Em Psicologia*, 28, (pp. 221–239). <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6466>.
- Sousa, T. B. E., & Lins, A. C. A. A. (2020). Repercussões psicológicas da gestação em curso em mulheres com histórico de perda. *Pesquisas e Práticas psicossociais*, 15(2), (pp. 1-15). [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082020000200005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000200005&lng=pt&tlng=pt).

- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. (São Paulo), 8(1), (pp. 102-106). <http://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
- Spindola, T. P., & Penna, G. L. H. (2012). Opinião das gestantes sobre acompanhamento da enfermeira obstetra no pré-natal de um hospital universitário. *Ciencia y enfermería*, 18(2), (pp. 65-73). <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000200007>
- Stein, E. (2004). *El problema de la empatia*. Trotta.
- Szymanski, H., & Cury, V. E. (2004). A pesquisa intervenção em psicologia da educação e clínica: Pesquisa e prática psicológica. *Estudos de Psicologia* (Natal), 9(2), (pp. 355-364).
- Takaki, N. B.de S. (2023). *A atitude de empatia revisitada na relação de médicos residentes com seus pacientes: um estudo psicológico*. [Tese de Doutorado não publicada]. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Tassinari, M. A., Bacellar, A. R., Xavier, J. S., Flôr, M. S. & Pinto, M. L (2011). A inserção da abordagem centrada na pessoa no contexto da saúde. *Revista do NUFEN*, 3(1), (pp. 183-199). Recuperado em 30 de nov. de 2023, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-25912011000100011&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912011000100011&lng=pt&tlng=pt).
- Tostes, G. W. (2022). Vivências de pessoas com transtorno bipolar: um estudo fenomenológico. [Tese de Doutorado]. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Vasconcelos, T. P., & Cury, V. E. (2017). Atenção psicológica em situações extremas: compreendendo a experiência de Psicólogos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(2), (pp. 475-488). <https://doi.org/10.1590/1982-370302562015>
- Wood, J, K. (2010). *Abordagem Centrada na Pessoa*. (5a ed.). EDUFES.
- Zampieri, M. de F. M., & Erdmann, A. L. (2010). Cuidado humanizado no pré-natal: um

olhar para além das divergências e convergências. *Revista Brasileira De Saúde Materno Infantil*, 10(3), (pp. 359–367). <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000300009>

Zanatta, E. P., Rossato, C. R., & Alves, A. P. (2017). A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. *Pesquisas e Práticas psicossociais*, 12(3), (pp. 1-16). Recuperado em 03 de novembro de 2023, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082017000300005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000300005&lng=pt&tlng=pt).

## APÊNDICES

### Apêndice 1 – Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: “A experiência intersubjetiva vivida por gestantes e profissionais da saúde durante o ciclo gestacional”, que está sendo desenvolvida sob a responsabilidade da psicóloga Cíntia Souza de Abreu, doutoranda em psicologia pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da PUC-Campinas. O objetivo desta pesquisa é o de compreender, fenomenologicamente, a experiência vivida por mulheres gestantes e por profissionais de saúde em relação aos cuidados disponibilizados na atenção ao ciclo gestacional na rede pública de saúde.

A pesquisadora a fará encontros em grupo com os participantes para que discorram sobre suas experiências; a duração do encontro será de aproximadamente 1h30. Os encontros acontecerão presencialmente na Unidade Básica de Saúde Hissão Ohara em uma data e horários previamente acordados entre você e a pesquisadora responsável. Após este encontro, a pesquisadora escreverá um texto narrando como compreendeu a experiência que você relatou. Neste texto, todos os dados que possam identificá-lo (a) serão omitidos de forma a preservar seu anonimato na pesquisa. Seus dados serão descartados após cinco anos e você receberá uma via integral deste Termo com as devidas assinaturas.

Sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária e com a garantia de que seus dados pessoais serão mantidos em sigilo. Os resultados desta pesquisa serão utilizados apenas para finalidade científica, assim como as publicações decorrentes, sob a forma de artigos em periódicos especializados da área de psicologia. Sua participação nessa pesquisa não lhe trará prejuízos ou benefícios financeiros ou profissionais. Você pode decidir não participar da pesquisa a qualquer momento e não irá sofrer qualquer tipo de penalidade por isso. Em

princípio, este estudo traz um risco mínimo aos participantes. Caso você sinta algum desconforto durante o encontro, a pesquisadora (que é psicóloga) interromperá imediatamente a entrevista e estará disponível para a eventual necessidade de atendimento psicológico emergencial.

A qualquer momento, caso você tenha dúvidas, durante o encontro ou depois dele ter ocorrido, entre em contato para esclarecê-las com a psicóloga Cíntia Souza de Abreu através do telefone e WhatsApp (65) 98142-1074 ou pelo email abreu.cintia.psi@outlook.com. Questões de ordem ética podem ser esclarecidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas. Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1.516, prédio A02 – térreo, Parque Rural Fazenda Santa Cândida, CEP 13087-571, Campinas/SP; telefone: (19) 3343-6777; email: comitedeetica@puc-campinas.edu.br. Horário de funcionamento: segunda a sexta-feira das 8 às 17 horas.

Declaro ter sido informado (a) e ter compreendido a natureza e objetivo da pesquisa e estou de acordo em participar desta pesquisa de forma voluntária. Declaro ainda ser maior de 18 anos de idade e ter recebido uma via integral deste termo de consentimento assinado.

Nome: \_\_\_\_\_

R.G.: \_\_\_\_\_ Telefone para contato: ( ) \_\_\_\_\_ Data:  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Psicóloga responsável pela pesquisa – Cíntia Souza de Abreu- CRP: 18/03935

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) participante desta pesquisa

## ANEXO

## Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A EXPERIÊNCIA INTERSUBJETIVA VIVIDA POR GESTANTES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE DURANTE O CICLO GESTACIONAL

**Pesquisador:** CINTIA SOUZA DE ABREU

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 67120623.0.0000.5481

**Instituição Proponente:** Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC/ CAMPINAS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.920.954

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de base epistemológica fenomenológica em que será realizado dois encontros dialógicos grupais (com mulheres gestantes e outro com profissionais de saúde) para estudar a experiência no programa de acompanhamento do pré-natal de uma Unidade Básica de Saúde.

**Objetivo da Pesquisa:**

Compreender a experiência vivida por mulheres gestantes e por profissionais da rede de saúde pública em relação aos cuidados disponibilizados a elas durante o ciclo gestacional.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Esta é uma pesquisa que apresenta riscos mínimos aos participantes, pois eles serão convidados a falarem da sua experiência em relação aos cuidados disponibilizados no ciclo gestacional, o que pode trazer a tona sentimentos mobilizadores de tristeza, medo, raiva, ansiedade etc.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Os benefícios para os participantes deste estudo aconteçam de modo individual, grupal e institucional. Considera-se que o espaço de escuta mobilizador e acolhedor proposto na pesquisa possibilitarão a ressignificação acerca da experiência vivida no cuidado ao ciclo gestacional, ocasionando a atribuição de novos sentidos para a prática dos profissionais, bem como reflexões acerca do protagonismo das usuárias do serviço público de saúde. Os benefícios recairão ainda na

**Endereço:** Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 ç Bloco A02 ç Térreo  
**Bairro:** Parque Rural Fazenda Santa Cândida      **CEP:** 13.087-571  
**UF:** SP      **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3343-6777      **Fax:** (19)3343-6777      **E-mail:** comitedeetica@puo-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 5.920.954

descoberta dos elementos estruturantes do cuidado, não se tratando, portanto, de uma avaliação da assistência, mas da compreensão da experiência do cuidado para ambos os atores; equipe-gestante. Os benefícios se perfazem também na tessitura de modos de atenção psicológica que podem ser ofertados para a população desde a atenção básica de saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequados. Todos os documentos foram apresentados no projeto e nos anexos a Plataforma Brasil.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências do projeto foram respondidas pela pesquisadora. Desta forma, consideramos o mesmo aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Dessa forma, e considerando a Resolução CNS nº. 466/12, Resolução CNS nº 510/16, Norma Operacional 001/13 e outras Resoluções vigentes, e, ainda que a documentação apresentada atende ao solicitado, emitiu-se o parecer para o presente projeto: Aprovado. Conforme a Resolução CNS nº. 466/12, Resolução CNS nº 510/16, Norma Operacional 001/13 e outras Resoluções vigentes, é atribuição do CEP "acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa". Por isso o/a pesquisador/a responsável deverá encaminhar para o CEP PUC-Campinas os Relatórios Parciais a cada seis meses e o Relatório Final de seu projeto, até 30 dias após o seu término.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2085305.pdf	28/02/2023 13:07:25		Aceito
Outros	CARTARESPOSTADAPENDENCIA CEP.pdf	28/02/2023 13:06:39	CINTIA SOUZA DE ABREU	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETODEPESQUISARESPOSTADEPENDENCIA.pdf	28/02/2023 13:00:21	CINTIA SOUZA DE ABREU	Aceito

Endereço: Rua Professor Doutor Eurycildes de Jesus Zerbini, 1516 - Bloco A02 - Térreo  
 Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida CEP: 13.087-571  
 UF: SP Município: CAMPINAS  
 Telefone: (19)3343-6777 Fax: (19)3343-6777 E-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 5.920.954

Investigador	PROJETODEPESQUISARESPOSTADEPENDENCIA.pdf	28/02/2023 13:00:21	CINTIA SOUZA DE ABREU	Aceito
Outros	TERMODECONSENTIMENTOPARATRATAMENTODEDADOSPESSOAIS.pdf	17/01/2023 12:53:43	CINTIA SOUZA DE ABREU	Aceito
Outros	DECLARACAODERESPONSABILIDADECOMPROMISSOECONFIDENCIALIDADEOrientador.pdf	17/01/2023 12:52:14	CINTIA SOUZA DE ABREU	Aceito
Outros	DECLARACAODERESPONSABILIDADECOMPROMISSOECONFIDENCIALIDADEPesquisador.pdf	17/01/2023 12:50:53	CINTIA SOUZA DE ABREU	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ModelodoTermodeConsentimentoLivreeEsclarecido.pdf	17/01/2023 12:47:49	CINTIA SOUZA DE ABREU	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	17/01/2023 12:44:46	CINTIA SOUZA DE ABREU	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ModeloDeclaracaodeinfra.pdf	17/01/2023 12:43:48	CINTIA SOUZA DE ABREU	Aceito
Outros	ModeloDeclaracaoCustos.pdf	17/01/2023 12:42:13	CINTIA SOUZA DE ABREU	Aceito
Outros	AUTORIZACAOSecretariamunicipalALDESAUDE.pdf	17/01/2023 12:40:04	CINTIA SOUZA DE ABREU	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	17/01/2023 12:36:09	CINTIA SOUZA DE ABREU	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPINAS, 02 de Março de 2023

Assinado por:  
Sérgio Luiz Pinheiro  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 - Bloco A02 - Térreo  
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida CEP: 13.087-571  
UF: SP Município: CAMPINAS  
Telefone: (19)3343-6777 Fax: (19)3343-6777 E-mail: comitedeetica@puo-campinas.edu.br