



Percepções de puérperas sobre o cuidado pré-natal na atenção primária à saúde

Puerperal women's perceptions of prenatal care in primary health care

Ilanna Maria Vieira de Paula de Brito^{1*}, Cláudia Machado Coelho Souza de Vasconcelos², Ilana Nogueira Bezerra², Daniela Vasconcelos de Azevedo²

¹Mestre em Nutrição e Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde, Universidade Estadual do Ceará Fortaleza, (CE), Brasil; ²Docente do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, (CE), Brasil.

*Autor correspondente: Ilanna de Paula de Brito – Email: ilanna.paula@aluno.uece.br

RESUMO

O cuidado pré-natal é essencial devido as significativas alterações fisiológicas e socioemocionais vivenciadas nesse período. Objetivo: Compreender como as mulheres percebem o acompanhamento em saúde durante o pré-natal. Método: estudo qualitativo com coleta de dados realizada entre outubro de 2021 e maio de 2022. Foram conduzidas 24 entrevistas semiestruturadas em quatro unidades da Regional de Saúde IV, em Fortaleza, Ceará. Realizou-se análise temática. Os dados foram analisados a partir do referencial teórico de Ricardo Ayres, focou-se no tema “cuidado em saúde” e nesse tema, trabalhou-se duas categorias analíticas: “cuidado técnico”, “cuidado como vínculo”. Resultados: a prestação do cuidado focada em procedimentos técnicos foi valorizada pelas mulheres. Um aspecto significativo que não recebeu atenção foi a construção de vínculos fortes e focados em aspectos sociais e emocionais. Conclusão: fragilidade na relação dialógica entre os prestadores de saúde e as mulheres, indicando que os serviços de saúde ainda priorizam o modelo biomédico.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Cuidado Pré-Natal. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Prenatal care is essential due to the significant physiological and socio-emotional changes experienced during this period. Aim: To understand how women perceive health care during prenatal care. Method: qualitative study with data collection carried out between October 2021 and May 2022. 24 semi-structured interviews were conducted in four units of Regional Health IV, in Fortaleza, Ceará. Thematic analysis was carried out. The data were analyzed based on Ricardo Ayres' theoretical framework, focusing on the theme “health care” and within this theme, two analytical categories were worked on: “technical care”, “care as a bond”. Results: the provision of care focused on technical procedures was valued by women. A significant aspect that did not receive attention was the construction of strong bonds focused on social and emotional aspects. Conclusion: fragility in the dialogical relationship between health providers and women, indicating that health services still prioritize the biomedical model.

Keywords: Prenatal Care. Primary Healthcare. Qualitative Research.

INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde consistem em fornecer às pessoas as ferramentas e os recursos de que necessitam para satisfazer as suas necessidades específicas ao longo da vida. O objetivo do cuidado é ajudar os indivíduos a serem felizes, saudáveis, seguros e independentes para que possam viver uma vida plena. O cuidado é importante porque ajuda as pessoas a perseguirem seus objetivos e a manterem o estilo de vida que escolhem^{1,2}

Esse cuidado não nega a importância da experiência clínica ou científica, mas enfatiza a importância de incorporar as histórias, experiências e autonomia dos indivíduos. Nesta perspectiva, os doentes não são receptores passivos dos cuidados de saúde, mas participantes ativos com a responsabilidade de contribuir para a sua própria saúde, incluindo tópicos relevantes para suas necessidades e aspirações de saúde específicas. Essa abordagem inclusiva e capacitadora é essencial para alcançar os melhores resultados de saúde^{3,4}.

No contexto do cuidado pré-natal, monitorar a saúde de mulheres grávidas e puérperas é crucial devido às mudanças físicas e emocionais únicas dessa fase, incluindo ansiedade, problemas de sono, flutuações de humor e alterações hormonais. Essas mudanças têm um impacto significativo em sua autoestima, principalmente devido ao ganho de peso substancial durante a gravidez e à subsequente dificuldade em perder peso após o parto. O monitoramento adequado pode garantir a saúde e o bem-estar da mãe e do bebê. O medo do parto também é uma preocupação comum e merecedora de maior atenção, pois pode ter um efeito profundo no bem-estar geral da mulher^{5,6,7}.

Assim sendo, o cuidado tem a capacidade de aproximar as práticas assistenciais e o cotidiano, ao combinar tanto as habilidades técnicas quanto os aspectos individuais e sociais das pessoas. Isso resulta em uma abordagem holística de atendimento que alcança tanto o êxito técnico - como consultas que melhoram a qualidade de vida - quanto o sucesso prático, na qual as orientações de atendimento são adaptadas à vida das pessoas, permitindo que elas experimentem realização, alegria e felicidade¹.

Igualmente, o cuidado à saúde se estabelece por meio de ações que configuram o cuidado das pessoas como norteador das práticas. O cuidado à saúde surge das interações entre os indivíduos, e tem efeitos e consequências positivos para os usuários, profissionais e instituições. A valorização da dignidade e do respeito ao paciente leva a uma melhor assistência à saúde, pois desloca o foco do paciente para o indivíduo com suas próprias experiências de saúde e doença, promovendo sua autonomia no processo de cuidar^{8,9}.

Estudos realizados em outros países, bem como no Brasil, sobre as percepções das mulheres no pré-natal revelam que há uma ênfase significativa na investigação de aspectos relacionados à qualidade do atendimento e à satisfação das gestantes. Além disso, estes estudos também se aprofundam na dinâmica da relação médico-paciente, visando compreender os meandros dessa relação e as potenciais áreas de melhoria. No entanto, é digno de nota que existe uma lacuna notável na literatura quando se trata de explorar o bem-estar emocional e as experiências subjetivas das mulheres durante esta fase crucial das suas vidas^{10,11,12}.

A situação ética surge quando se deixa de priorizar as interações pessoais e o diálogo sobre os aspectos técnicos, comprometendo, em última análise, a eficácia dessas interações. Este dilema gira em torno da necessidade de encontrar um equilíbrio entre os avanços da tecnologia e o papel fundamental da conexão humana para garantir interações bem-sucedidas. Enfatiza a importância de valorizar e nutrir as relações interpessoais, uma vez que desempenham um papel fundamental na promoção da comunicação e compreensão eficazes. Neste contexto, torna-se crucial não permitir que o fascínio dos avanços tecnológicos ofusque a essência das interações humanas genuínas, uma vez que estas interações são a base sobre a qual o diálogo frutífero pode florescer¹³.

Pouco tem se discutido na literatura sobre esse cuidado que incorpore dimensões técnicas e relacionais no pré-natal, o que poderia contribuir na melhoria da qualidade de vida e bem-estar nesse período. De tal modo, o presente estudo tem como objetivo compreender as percepções e vivências de mulheres no pós-parto,

sobre o acompanhamento de saúde durante o pré-natal.

MÉTODOS

Este estudo adota a perspectiva epistemológica do enfoque qualitativo de pesquisa em saúde. A pesquisa qualitativa se fundamenta na ideia de que o conhecimento é subjetivo e se forma por meio da interação entre o pesquisador e o participante. Algumas teorias sugerem que o significado é desenvolvido pelos indivíduos à medida que se envolvem com o seu ambiente social¹⁴.

O estudo aqui apresentado é um recorte da pesquisa de intervenção intitulada: “Estratégia para o manejo do excesso de peso na Atenção Primária à Saúde” (Chamada N° 02/2020/FUNCAP), realizada com mulheres com sobrepeso ou obesidade no pós-parto, para avaliar o efeito da entrevista motivacional para adesão ao Guia Alimentar, na mudança de peso corporal. Devido ao caráter multifatorial da obesidade, antes da etapa de intervenção, as participantes foram entrevistadas sobre suas percepções acerca do acompanhamento em saúde no pré-natal. Tal abordagem subsidiou a realização da presente pesquisa.

O estudo foi realizado em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Fortaleza – Ceará (Regional de Saúde IV), vinculada ao território pactuado com a Universidade Estadual do Ceará. Essas unidades eram de fácil acesso e com oferta de serviços usuais, tais como atendimento no programa HIPERDIA (hipertensão e diabetes), acompanhamento pré-natal, puericultura e demanda espontânea.

Participaram do estudo 24 mulheres durante o período pós-parto e que não tivessem condições de saúde pré-existentes, como câncer, hipertensão ou diabetes. O fechamento da amostra baseou-se no critério da *information power*; que leva em consideração a densidade necessária (ou acúmulo subjetivo) para responder à questão da pesquisa. Isso ocorre porque a pesquisa qualitativa se concentra em obter uma maior compreensão em vez de coletar uma grande quantidade de dados¹⁵.

Após o recrutamento das participantes para a pesquisa maior, foi realizada uma entrevista

única com cada uma delas antes do início da fase de intervenção, da pesquisa maior. O agendamento foi de acordo com a disponibilidade e interesse em participar. Em alguns casos, contatamos as participantes por meio do aplicativo *WhatsApp* para facilitar a comunicação.

As entrevistas foram realizadas no período de outubro de 2021 a maio de 2022 nas unidades de saúde ou nas residências das participantes, levando em consideração suas preferências, conveniência, conforto, desafios e limitações do período pós-parto. Além disso, a pandemia de COVID-19 restringiu as visitas às unidades de saúde. Quando realizadas nas UBS, ocorreram em consultórios e salas não utilizadas, disponibilizadas pelas unidades de saúde.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, baseadas na seguinte questão disparadora “hoje a gente vai conversar um pouco sobre como foi seu pré-natal. O que você pode me falar sobre esse momento?” À medida que a conversa ia acontecendo algumas outras questões eram pontuadas, caso a participante não falasse espontaneamente, como por exemplo, sobre o recebimento de orientações nas consultas, quais foram essas orientações e como ela se sentia durante as consultas de pré-natal.

As falas foram identificadas pela letra inicial M (mulher), seguida por números arábicos crescentes, conforme exemplos: (M1, M2, ...) para preservar a identificação individual dos respondentes na apresentação dos resultados.

Os próprios pesquisadores transcreveram o material discursivo gravado em áudio. O processo de categorização seguiu análise temática de Braun e Clarke¹⁶, envolvendo seis etapas. Inicialmente, todo material foi transcrito, lido e revisado, para a familiarização do autor com as falas geradas nas entrevistas (etapa 1. Familiarização com os dados). O processo continua com a geração de códigos iniciais, seguida pela organização e codificação sistemática de aspectos relevantes no banco de dados para reunir trechos importantes para cada código (etapa 2. Gerando códigos iniciais). Em seguida, os códigos são reunidos em temas potenciais e as informações são combinadas para dar corpo a esses temas (etapa 3. Buscando temas). Os temas são então revisados através da verificação de trechos das falas em relação aos temas criados

(etapa 4. Revisando temas). Posteriormente, os temas são refinados e checados minuciosamente para confirmação e nomeação dos mesmos (etapa 5. Definindo e nomeando temas). Por fim, o relatório, com análise de todo o material é produzido mediante revisão final dos extratos selecionados das falas, da questão inicial da pesquisa e do apoio da literatura (etapa 6. Produzindo o relatório).

A interpretação se deu a partir de leituras transversais e verticais do material, permitindo a apreensão do sentido do “todo” de cada depoimento, assim como a identificação dos temas centrais que agregaram as várias dimensões presentes nas narrativas e que constituíram os eixos da rede de significados, constructo elaborado pelos pesquisadores, com base nos temas e dimensões emergentes no material empírico e sua interlocução com o referencial teórico sobre Cuidado em Saúde segundo o autor José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres. Trabalhamos com duas categorias analíticas: “cuidado técnico” e “cuidado como vínculo”.

A pesquisa seguiu os princípios éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹⁷ que se alinha às diretrizes internacionais de pesquisa envolvendo seres humanos. Recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará sob CAAE: 38311920.6.0000.5534, Parecer Consubstanciado nº 4.442.057.

RESULTADOS

Das 24 participantes do estudo, 11 eram mães primíparas, 9 tiveram parto vaginal e 19 viviam em união estável. A maioria tinha ensino médio completo e ganhava entre 1 e 2 salários mínimos. As perspectivas das participantes sobre os cuidados pré-natais emergiram de suas próprias experiências, incluindo a comparação dos cuidados que receberam durante gestações anteriores ou com os cuidados recebidos por outras pessoas.

Em termos de cuidado em saúde, o foco do bem-estar não deve ser apenas na cura ou promoção da saúde, mas na preparação de um ambiente de apoio que promova comportamentos e ações que conduzam à cura¹⁸.

Esta abordagem aos cuidados de saúde valoriza tanto a experiência clínica como as experiências pessoais, enfatizando a importância dos indivíduos desempenharem um papel ativo nos seus próprios cuidados de saúde e explorarem novos métodos para melhorar o seu bem-estar^{3,4}.

Discutiremos a seguir o material empírico sobre cuidado em saúde, que nos possibilitou analisar as duas categorias analíticas já descritas: cuidado técnico e cuidado como vínculo.

CUIDADO TÉCNICO

As mulheres deste estudo acreditavam que receber cuidados predominantemente técnicos durante o pré-natal era suficiente. Em seus relatos, observamos que o foco recaía sobre o aspecto técnico do cuidado, prioridade também refletida em documentos oficiais do Ministério da Saúde⁵.

Esse aspecto se caracterizava pela regularidade de tarefas como verificar a pressão arterial, medir a altura uterina, ouvir os batimentos cardíacos do bebê, além da quantidade de consultas e solicitação de exames. Isto sugere que a importância das competências técnicas na prestação de um serviço foi reconhecida pelas envolvidas, e para elas era importante que os profissionais tivessem conhecimentos especializados para conduzir o acompanhamento pré-natal.

Além disso, a valorização dos atributos técnicos durante o atendimento, a habilidade de ter competência técnica e instrumental sobre o que deveria ser prescrito foi legitimada pelas participantes.

Aqui no posto foi um acompanhamento normal, de rotina né? a medição das pressões a questão da glicemia que eu tive...é... problema de pressão e de diabetes na minha gestação [...] o médico olhava os meus exames, né?... como tava tudo bem ele só falava que tava tudo bem, quando não tinha algo que acrescentar a gente fazia outros exames essas coisas

e tirava as minhas medidas da barriga, e tudo., só essas coisas. [M2]

Atividades era pegar o cartão, verificar o peso do bebê no cartão, quantas semanas estavam e os batimentos cardíacos. Era mais isso mesmo. Foi mensal, todo mês eu ia. Aí já no final, próximo do parto, era a cada 15 dias. [M7]

E eu acho que falta um especialista, como eu te falei, obstetra, que não tem, eu acho que tinha que ter um obstetra para fazer o acompanhamento das lactantes... das gestantes. O obstetra é muito importante, porque ele entende mais, ele é o profissional da área. [M7]

O cuidado técnico é um aspecto fundamental da saúde, mas é necessário que os profissionais reconheçam a importância de integrar as práticas de cuidado com os aspectos pessoais e sociais dos indivíduos. Esta abordagem holística não só melhora os resultados técnicos, mas também melhora a qualidade de vida geral dos indivíduos, considerando a sua felicidade e várias dimensões do bem-estar.

Esta noção de cuidado desafia a compreensão tradicional de saúde, que é predominantemente focada no bem-estar físico dos indivíduos. A adoção de uma perspectiva mais ampla que considere várias dimensões do bem-estar, incluindo a felicidade e outros fatores sociais, é defendida por Ayres¹³. Esta mudança de perspectiva reconhece que a saúde não é determinada apenas por doenças físicas, mas também influenciada por fatores psicológicos, emocionais e sociais.

Ayres¹ destaca a importância do cuidado técnico na área da saúde, enfatizando que os profissionais são responsáveis por prestá-lo de forma eficaz. Contudo, o cuidado vai além da mera expertise técnica e abrange a integração das práticas de cuidado com os aspectos pessoais e sociais dos indivíduos. Esta abordagem holística aos cuidados não só melhora os resultados

técnicos, mas também melhora a qualidade de vida geral dos indivíduos. Ao adotar esta abordagem abrangente aos cuidados, os profissionais podem abordar eficazmente as diversas necessidades dos indivíduos e promover o seu bem-estar geral. Reconhece que a qualidade de vida de uma pessoa não depende apenas da ausência de doença ou enfermidade, mas também da sua capacidade de experimentar felicidade, realização e conexão social.

Em estudo semelhante, Livramento¹⁹ revelou que para as mulheres entrevistadas a qualidade da assistência pré-natal vai além da mera execução de procedimentos planejados e da prestação de informações. Eles identificaram que a atenção, o acolhimento humanizado, a escuta, a consideração da subjetividade e o apoio às gestantes desempenham papel crucial na determinação da qualidade da assistência pré-natal. Mesmo assim, consideramos escassos estudos semelhantes revelando uma lacuna na literatura, sobre como se sentem as mulheres durante seu pré-natal.

Os programas pré-natais e as iniciativas governamentais para os cuidados de saúde das mulheres muitas vezes não conseguem responder adequadamente às necessidades específicas das mulheres grávidas em termos do seu bem-estar emocional e apoio. Consequentemente, esse aspecto do cuidado é frequentemente negligenciado^{20,21}.

Pensando a questão do cuidado, com o olhar da promoção da saúde, especialistas e gestores, participantes de um estudo sobre a promoção da saúde na atenção básica, afirmam que é necessário ampliar o olhar restrito ao adoecimento, levando em consideração os saberes das pessoas cuidadas, sem imposição e prescrições descontextualizadas. No entanto, os participantes também entendem que não se deve deixar de lado as questões biológicas da doença. Eles ressaltaram ainda, o caráter indissociável da promoção da saúde e do cuidado²².

Outra questão percebida nas falas das participantes se referia a pouca compreensão delas sobre as atividades e as atribuições das unidades básicas de saúde dentro do SUS:

Assim, é, a gente fica apreensiva né, porque a gente depende do SUS e muitas vezes o SUS não...

não supre, então eu queria esse acompanhamento [no pré-natal de alto risco] porque talvez ela [médica] pudesse me falar alguma coisa que eu não soubesse, tipo se eu estava produzindo líquido demais se eu não estava, coisas que a médica daqui não saberia me dizer [...] mas graças a Deus minha filha nasceu bem, não teve problema nenhum, ainda bem, só nasceu antes do tempo. (M4)

Elas acreditavam que a UBS de saúde era pouco adequada e falha em algumas atividades porque carecia de determinados procedimentos complexos e especialidades médicas, ignorando que a APS é definida como porta de entrada para o acesso dos usuários ao SUS⁵. Assim, ficou claro que inexistia uma compreensão sobre o SUS e os níveis de atenção à saúde.

As mulheres desconheciam a verdadeira natureza das responsabilidades da APS, considerando conseqüentemente suas atividades como desprovidas de complexidade e capacidade tecnológica:

Bom na medida do possível o que ele poderia fazer comigo ele [profissional de saúde] fez né, algumas coisas não davam pra fazer em questão assim de exames, procedimentos, porque [a unidade básica de saúde] não tinha estrutura pra isso. [M6]

Para Maximino²³, os cuidados básicos são muitas vezes vistos como simples e menos complexos, o que resulta na sua subvalorização. Cabe questionar se, a compreensão limitada das mulheres estava atrelada a falta de informações recebidas quando buscaram o serviço e iniciaram o acompanhamento pré-natal. O olhar delas voltado para os quesitos tecnológicos do seu atendimento reforça os anseios e busca por um acompanhamento competente tecnicamente.

Algumas participantes entendiam que realizar o pré-natal em hospitais era mais eficaz do que receber atendimento em UBS. Para elas os hospitais tinham melhores recursos e

equipamentos para exames mais complexos, o que fazia com que se sentissem mais confiantes e seguras no seu pré-natal.

Com certeza, hospitais de média e alta complexidades possuem equipamentos, laboratórios, equipes multiprofissionais para atender doenças mais complexas que exijam internamento, que não é o caso de uma gravidez de baixo risco. Então, essa percepção evidenciada nas falas demonstra, mais uma vez, a falta de compreensão sobre como funcionam os serviços de pré-natal no sistema de saúde, pois um pré-natal de baixo risco não necessita de procedimentos especializados e nem de hospitais de alta complexidade.

A fala a seguir explicita bem essa questão e mostra como uma participante se sentiu bem assistida, principalmente por conta da realização de diversos exames, porém, não podemos esquecer que isso somente aconteceu por se tratar de uma gravidez de alto risco, que necessitou de internamento e maior monitoramento:

Eu fui internada com 36 semanas e eu o tive com 37, o hospital em si tudo, todo mundo muito atencioso, muito, sempre perguntando, fazendo exame e eu fazia exame de manhã, de tarde, aí me davam medicação de madrugada, as enfermeiras sempre vinham olhar, medir pressão, tudo. Em relação ao hospital eu não tenho nada a dizer. [M22]

O desconhecimento sobre os trâmites do pré-natal, em termos de referência e contrarreferência emerge da fala de uma participante que apresentou episódios recorrentes de infecção urinária durante a gestação:

Meu pré-natal foi bem complicado, porque eu não tinha acompanhamento médico, o acompanhamento foi com a enfermeira. Eu tive três complicações de infecção urinária, eu tive infecção urinária fazia o tratamento

não ficava boa e até cheguei a internar, então no meu sétimo mês de gestação eu fui internada no hospital HGF, eu tive aquela pielonefrite, passei uma semana em tratamento lá, depois dessa terceira infecção urinária aí, eu fiz no acompanhamento por lá mesmo, meu pré-natal, com os médicos de lá. [M8]

Em sua fala ficou evidente que ela atribuiu a uma categoria profissional a capacidade de solucionar seu problema, ou atribuiu a falta de um determinado profissional, a presença de complicações no pré-natal que exigiram internação hospitalar.

E nesse cenário de desconhecimento sobre o funcionamento do sistema de saúde, no que diz respeito aos níveis de assistência, a busca de informações no mundo digital foi uma alternativa encontrada pelas mulheres para esclarecer dúvidas:

Aí, era na internet mesmo que eu procurava e via doutores falando no *Instagram*, páginas de doutores e aparecia a dúvida e levava para o meu médico e para enfermeira ver se realmente eram válidas, as dúvidas, se precisava ou não. [M17]

A realidade do nosso mundo moderno é que as redes sociais se tornaram parte integrante da forma como as pessoas comunicam e procuram informações sobre a sua saúde. Com plataformas como *Facebook*, *YouTube* e *Instagram*, os indivíduos têm a capacidade de partilhar as suas próprias experiências pessoais de saúde e contactar outras pessoas, incluindo profissionais de saúde, para aconselhamento e apoio^{20,21}. Esta utilização das redes sociais representa uma oportunidade para melhorar a ligação entre os prestadores de cuidados de saúde e as mulheres grávidas, colocando uma maior ênfase no diálogo aberto e contínuo.

Para transformar a nossa abordagem aos cuidados de saúde, é imperativo adotar uma compreensão mais ampla do bem-estar e da felicidade, ao invés de permanecer somente na

atual perspectiva biomédica. Esta mudança é crucial porque acredita-se firmemente que, para revolucionar verdadeiramente as práticas de saúde, devemos questionar as rígidas normas biomédicas que atualmente ditam a forma como se avalia e se apoia as ações relacionadas com a saúde¹³.

CUIDADO COMO VÍNCULO

A relação entre usuário e profissional de saúde é caracterizada pela criação de afeto e confiança, formando um vínculo forte. Este vínculo não só promove um maior sentido de responsabilidade partilhada pela saúde, mas também evolui e fortalece-se ao longo do tempo. Além disso, essa relação possui valor terapêutico⁵.

Durante a prestação de cuidados pré-natais, as participantes não relatam esse vínculo forte, em que se observou afeto e preocupação com questões sociais e emocionais, mas um vínculo estritamente focado na prestação de serviços técnicos e intervenções instrumentais. A responsabilidade não caminhava para um compartilhamento, mas focava na figura dos profissionais de saúde que prescreviam condutas de saúde e exames.

Em suas falas, percebemos que elas acreditavam ser crucial um ouvinte atento e conhecedor dos procedimentos que deveriam ser executados. No entanto, houve uma divergência na compreensão do que isso implicava. Para algumas, bastava a cordialidade do atendimento e a resolução de quaisquer preocupações técnicas durante as consultas pré-natais:

O Atendimento, pronto, o atendimento com o médico também foi muito bom, ele passava os exames, todo aquele cuidado e... eu não tive muito problema, eu não tive nenhum problema na gravidez, assim, o meu único problema foi meu TSH, o meu hormônio da tireoide que alterou, ficou alto, então assim, foi detectado tanto aqui como no plano (*a participante também usava o plano de saúde*) e eles tiveram condutas assim adequadas

para esse tratamento, né?
[M3]

Uma parte das mulheres acreditava que era crucial ir além dos aspectos técnicos e dar importância a uma abordagem mais atenta às suas subjetividades. Elas valorizaram os profissionais de saúde que se interessavam no seu bem-estar geral e não apenas focando na gravidez e no crescimento do bebê. Essa percepção sobre o comportamento dos profissionais durante o pré-natal estava entrelaçada com as expectativas que eles tinham sobre os serviços e apoios que seriam prestados:

Eles fazem bastante perguntas né, eles atendem... que pra mim, eu acho que na unidade que o pessoal fala mal do SUS, mas eles atendem bem, eles dão atenção, no meu caso, eles verificavam... verificavam os batimentos do bebê, era uma consulta bem demorada, bem detalhada e eles são muito atenciosos. [M7]

No contexto das relações de cuidado e das interações entre profissionais de saúde e usuários, o acolhimento desempenha um papel crucial. Abrange o ato de estar aberto e receptivo aos indivíduos, reconhecendo suas necessidades únicas e compreendendo sua suscetibilidade e possíveis perigos⁹. Este aspecto do cuidado envolve ouvir ativamente e ter empatia com as pessoas, garantindo que as suas preocupações sejam ouvidas e que o seu bem-estar seja priorizado. Ao serem receptivos e atenciosos, os profissionais de saúde podem estabelecer uma base de confiança e compreensão, promovendo um ambiente positivo e de apoio para os indivíduos que procuram cuidados.

Promover saúde, a partir de práticas dialógicas e libertadoras, que respeitam os diversos saberes ainda não é uma prática consolidada na atenção básica, porém é necessária e possível de acontecer²².

Além disso, o acolhimento também implica reconhecer as diversas necessidades e circunstâncias das pessoas, adaptando os planos de cuidados e as intervenções. Através desta abordagem consciente, os profissionais de saúde

podem enfrentar eficazmente os desafios e riscos específicos enfrentados pelos indivíduos, promovendo, em última análise, a sua saúde e bem-estar geral.

Com base na análise das falas das participantes, percebe-se que o nível de cuidado prestado não priorizou o envolvimento ativo e a liderança das mulheres ao longo de sua jornada gestacional:

A enfermeira dava algumas orientações do que podia e não podia na gravidez, agora o médico... dava orientação não, e eu também não perguntava muito até porque ele só pegava o papel escrevia lá, marcava e também não falava muito e não era de perguntar muito, aí eu também não tinha muito o que falar. [M11]

Era briga toda vez que eu ia, os "carãozinho" que eu levava, mas eu falava. Eu dizia que não... não tinha conseguido evitar e eles brigavam, porque era pra eu me lembrar que eu tinha uma criança, pra não subir minha pressão, pra não ter problema no futuro com a minha gestação. [M20]

Em vez disso, evidenciou que as participantes estavam constantemente em um estado de antecipação, à espera que os profissionais ditassem o curso da sua gravidez sem promover o diálogo essencial e necessário para estabelecer uma relação significativa.

Em pesquisa realizada por Kawatsu²⁴, com relação ao pré-natal de mulheres no pós-parto, os autores também encontraram satisfação com o apoio e assistência prestados pelos profissionais de saúde durante o pré-natal, parto e pós-parto. No entanto, diferente do que encontramos em nosso estudo, a satisfação demonstrada por elas se relacionava ao cuidado como vínculo entre os profissionais e as gestantes, com escuta atenta, abordagem empática e criação de um ambiente caloroso e acolhedor.

Há casos em que estabelecer uma ligação entre mulheres grávidas e prestadores de

cuidados de saúde pode ser um desafio, muitas vezes devido à frequente rotatividade de profissionais no sistema de saúde. Esta falta de continuidade nos cuidados pode dificultar a prestação de apoio e orientação consistentes às mulheres durante o seu percurso gestacional.

A única coisa que ficou a desejar por causa que a equipe vermelha só fica mudando de médico, por exemplo eu marco uma consulta, as vezes até um mês depois que é essa consulta, aí quando você vem para a consulta o médico já tem saído, aí você tem que remarcar, aí quando remarca a consulta aí, quando vem de novo o médico já tem saído de novo. [M22]

Mas eles perguntavam tudo, tudo do começo porque geralmente todo mês era um acadêmico diferente que me consultava então eu tinha que começar do zero para perguntar tudo para poder chegar no dia que eu estava lá; para ele fazer o relatório. Então ele tinha que começar do zero de novo, perguntar tudo de novo as mesmas coisas porque era outra pessoa já; não era sempre a mesma pessoa que me consultava. [M24]

É importante ressaltar que a gravidez é um momento de mudanças emocionais e psicológicas significativas, que necessitam de apoio em todos os encontros. Por ter um profissional de saúde dedicado e que permaneça envolvido durante todo o período gestacional, as gestantes têm maior probabilidade de comparecer às consultas e sentir maior confiança. Esta ligação pode melhorar a qualidade dos cuidados e também promover um vínculo forte entre o prestador de cuidados de saúde e a futura mãe, levando a uma melhor compreensão das suas necessidades únicas e possibilitando a satisfação de seus anseios.

No presente estudo, as mulheres não perceberam a necessidade de formação de vínculo com seu cuidador. A sua principal preocupação era receber cuidados eficazes e ter um resultado positivo para a sua gravidez, especificamente conseguir um parto bem-sucedido:

[...] Estava tudo normal pelos ultrassons que eu fazia, a obstetra da maternidade me disse que não dá pra ver se tá ou não com muito líquido e esse é um indicativo de parto prematuro quando produz líquido demais, pode nascer antes e tal aí eu não questionei, porque assim... não tive problema nenhum, se eu tivesse tido talvez poderia questionar, mas não tive né? nem no parto, nem nada, e a neném nasceu com problema nenhum. [M4]

Este foco nos aspectos práticos é completamente compreensível e crucial durante este período significativo da vida da mulher. Só porque não expressaram um forte interesse por questões subjetivas e emocionais não significa que esses aspectos não fossem importantes para elas. É possível que estas preocupações tenham surgido durante o processo de acompanhamento, mas tenham sido deixados de lado após o término bem-sucedido da gravidez. Ou mesmo nem tenham sido mesmo percebidos, por conta da forte presença do modelo biomédico nos atendimentos.

Quando se trata de cuidar de pessoas, é crucial reservar um tempo para compreender verdadeiramente suas perspectivas. Isto pode ser conseguido fazendo perguntas que demonstrem interesse genuíno nos seus pensamentos e sentimentos, e ouvindo-as ativamente, sem quaisquer ideias preconcebidas ou preconceitos. Infelizmente, esta abordagem é muitas vezes subestimada e não recebe a atenção que merece. No entanto, é na verdade uma forma altamente eficaz de estabelecer um vínculo profundo com os indivíduos¹.

Os achados deste estudo oferecem informações valiosas sobre a experiência das gestantes durante o pré-natal, com contribuições

e implicações práticas para profissionais e serviços de saúde na assistência pré-natal. Tais contribuições apontam para a ampliação do olhar sobre o processo de gestação com a criação de um ambiente acolhedor, que favoreça o diálogo e coloque a mulher à frente de seu processo gestacional.

CONCLUSÃO

A prestação do cuidado focada na execução de procedimentos técnicos foi valorizada pelas mulheres do nosso estudo e se mostrou como a questão mais importante a ser considerada no acompanhamento de saúde, nesse período. A ênfase no modelo biomédico cria desafios no estabelecimento de conexões profundas e significativas com os prestadores de cuidados de saúde e compromete a qualidade da assistência pré-natal.

As participantes também não demonstraram ter conhecimentos das responsabilidades dos diferentes serviços de saúde, levando a mal-entendidos sobre a qualidade dos cuidados prestados nos vários níveis de atenção.

Um aspecto significativo que não recebeu atenção e importância suficientes entre as mulheres foi o processo de construção de vínculos fortes e focados em aspectos sociais e emocionais.

Os resultados do presente estudo revelaram uma notável ausência de relação dialógica entre os prestadores de saúde e as mulheres, indicando que os serviços continuam a dar prioridade ao modelo biomédico. O estudo mostra que as emoções e necessidades das mulheres não foram levadas em consideração durante o pré-natal, e que além disso, as participantes não percebiam tal lacuna, como se questões emocionais e sociais não precisassem ser trabalhadas durante a assistência pré-natal. Isso demonstra que o modelo biomédico também é valorizado, mesmo que de maneira inconsciente, pelas participantes.

A satisfação ou insatisfação com o atendimento não é a única coisa que importa, mas também o potencial para o pensamento crítico sobre os objetivos e a estrutura do serviço. Não é apenas algo sobre o qual se deve agir, mas sim

algo que pode agir ativamente sobre os fatores que influenciam a saúde e a doença.

Uma possível limitação do estudo seria o fato das participantes serem mulheres no pós-parto e isso teria influenciado a memória delas em relação ao pré-natal, devido ao tempo decorrido entre a gestação e o momento da entrevista. No entanto, é importante notar que nenhuma das participantes mostrou qualquer sinal de dificuldade em recordar as consultas que recebeu.

Dito isso, ressaltamos a necessidade de mais estudos qualitativos sobre a prestação de cuidados de saúde, especialmente durante a gestação.

REFERÊNCIAS

1. Ayres JRDCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saude soc* [Internet]. 2004 [cited 2024 Feb 14];13(3):16–29. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>.
2. Cecilio LCO. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2011 [cited 2024 Feb 14];15(37):589–599. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>.
3. Ayres JRDCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2001 [cited 2024 Feb 14];6(1):63–72. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100005>.
4. Daher DV, Espírito Santo FH do, Escudeiro CL. Cuidar e pesquisar: práticas complementares ou excludentes? *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2002 [cited 2024 Feb 14]; 10(2):145–150. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000200004>.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco /

- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.
6. Monteschio LVC, Marcon SS, Nass EMA, Bernardy CCF, Corrêa Áurea C de P, Ferreira PC, Arruda DC. Retenção de peso pós-parto em mulheres assistidas no serviço público de saúde: estudo de coorte. *Rev. baiana enferm.* [Internet] 2021 [cited 2024 apr 24];(35):e43026;1-12. <https://doi/10.18471/rbe.v35.43026>.
 7. Carvalho BC, Ferreira LB, Santos TN, Souza RCV, Santos LC. Retenção de peso 12 meses pós-parto: associação com fatores sociodemográficos, gestacionais e puerperais. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant, Recife* [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 24]; (23):e20220392; 1-8. <https://doi/10.1590/1806-930420230000392>.
 8. Roosli ACBDS, Palma CMDS, Ortolan MLM. Sobre o cuidado na saúde: da assistência ao cidadão à autonomia de um sujeito. *Psicol USP* [Internet]. 2020 [cited 2024 Feb 14];(31):e180145; 1-11. <https://doi/10.1590/0103-6564e180145>.
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestão de alto risco / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 692 p.
 10. Ibañez-Cuevas M, Heredia-Pi IB, Fuentes-Rivera E, Andrade-Romo Z, Alcalde-Rabanal J, Cacho LBB, Gúzman-Delgado X, Jurkiewicz L, Darney BG. Group Prenatal Care in Mexico: perspectives and experiences of health personnel. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2020 [cited 2024 apr 24]; (54):140 1-14 <https://doi/10.11606/s1518-8787.2020054002175>
 11. Fabbro MRC, Bussadori JCC, Wernet M, Souza BF, Fermiano AR, Sousa MAG. Pré-natal de Risco Habitual e Alto Risco: Estudo Qualitativo sobre Percepções de Mulheres. *New Trends in Qualitative Research* [Internet]. 2021 [cited 2024 apr 24]; (8):538-546 <https://doi/10.36367/ntqr.8.2021.538-546>
 12. Munchi S, McCoyd JLM, Curran L, Harmon C. Medically high-risk pregnancy: Women’s perceptions of their relationships with health care providers. *Social Work in Health Care* [Internet]. 2019 [cited 2024 apr 24];59(1): 1-26 <https://doi/10.1080/00981389.2019.1683786>
 13. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis* [Internet]. 2007 [cited 2024 Feb 14];17(1): 43–62. <https://doi/10.1590/S0103-73312007000100004>.
 14. Fonte CA. La narrativa en el contexto de la ciencia psicologica como proceso de construccion de significados. *Psicologia: teoria e prática*, [Internet]. 2006 [cited Feb 20] 8(2): 123-131. ISSN 1516-3687
 15. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qual Health Res* [Internet]. 2015 [cited 2024 Feb 14];26 (13):1753–1760. <https://doi/10.1177/1049732315617444>.
 16. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* [Internet]. 2006 [cited 2024 Feb 14]; 3(2):77–101. <https://doi/10.1191/1478088706qp063oa>
 17. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012- diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília 13 jun. 2012; Seção 1, p. 1-12.
 18. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. *Sistema*

Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, p. 103-20, 1998. Disponível em: https://digitalrepository.unm.edu/lasm_pt/140/.

19. Livramento DDVPD, Backes MTS, Damiani PDR, Castillo LDR, Backes DS, Simão AMS. Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2024 Feb 14];(40):e20180211. <https://doi/10.1590/1983-1447.2019.20180211>.
20. Soares CS, Santos NO, Diaz CMG, Pereira SB, Bär KA, Backes DS. Nursing consultation in prenatal care from the perspective of postpartum women: an exploratory-descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing* [Internet]. 2021 [cited 2024 apr 24] (20): e20216518; 1-14 <https://doi/10.17665/1676-4285.20216518>
21. Grzybowski LS, Oliveira PP, Antonioli MA, Colombo T, Viana LA, Pereira CS. Atenção primária à saúde e pré-natal: o ciclo gravídico puerperal e a avaliação do atendimento recebido a partir da percepção de gestantes e puérperas. *Revista de APS* [Internet]. 2020 [cited 2024 apr 24] 23 (2): 268-286 <https://doi/10.34019/1809-8363.2020.v23.16381>
22. De Carvalho FFB, Akerman M, Cohen SC. A Promoção da Saúde na Atenção Básica: o papel do setor Saúde, a mudança comportamental e a abordagem individual. *Estudos Avançados* [Internet]. 2023 [cited] 2024 apr 24] 37 (109):89-103 <https://doi/10.1590/s0103-4014.2023.37109.007>
23. Maximino VS, Liberman F, Frutuoso MF, Mendes R. Profissionais como produtores de redes: tramas e conexões no cuidado em saúde. *Saude soc* [Internet]. 2017 [cited 2024 Feb 14];26(2): 435-447. <https://doi/10.1590/s0104-12902017170017>.

24. Kawatsu MM, Moncayo EC, Lourenço MA, Jeneral RBR. Percepção das puérperas em relação ao atendimento recebido na unidade básica de saúde durante a consulta de pré-natal. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba* [Internet]. 2020 [cited 2024 Feb 14];21(4):170-176. <https://doi/10.23925/10.23925/1984-4840.2019v21i4a6>.

Recebido: 22 Mar. 2024

Aceito: 20 Abr. 2024