



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO**

**PROGRAMA DE MESTRADO
PROFISSIONAL EM ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**



**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS/HESFA**

PRISCILA BIZZOTTO NUNES

**Análise do Pré-Natal na Atenção Primária à Saúde com base no
Método Clínico Centrado na Pessoa:
Perspectiva de Gestantes em Clínicas da Família do Rio de Janeiro**

RIO DE JANEIRO

2019

Priscila Bizzotto Nunes

ANÁLISE DO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM BASE NO
MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA:
PERSPECTIVA DE GESTANTES EM CLÍNICAS DA FAMÍLIA DO RIO DE JANEIRO

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina e Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos à obtenção do título de Mestre pelo Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde com ênfase em Estratégia de Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Educação em Saúde: Tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias de formação profissional em Atenção Primária à Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Inez Padula Anderson.

RIO DE JANEIRO

2019

Ficha Catalográfica

Nunes, Priscila Bizzotto.

Análise do Pré-Natal na Atenção Primária à Saúde com base no Método Clínico Centrado na Pessoa: Perspectiva de Gestantes em Clínicas da Família do Rio de Janeiro. / Priscila Bizzotto Nunes. – Rio de Janeiro: UFRJ / Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco Assis, 2019.

108 f.: il.; 31 cm.

Orientadora: Maria Inez Padula Anderson.

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2019.

Referências: f. 92-101.

1. Cuidado Pré-Natal. 2. Qualidade da Assistência à Saúde. 3. Assistência Centrada no Paciente. 4. Avaliação em Saúde. 5. Saúde Materno-Infantil. 6. Atenção Primária à Saúde - Tese. I. Anderson, Maria Inez Padula. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção Primária à Saúde São Francisco de Assis, Programa de Pós-Graduação em Atenção Primária à Saúde. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA MESTRADO PROFISSIONAL
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



**ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE
MESTRE EM SAÚDE COLETIVA**

Às 14:00 horas do dia 25 de julho de 2019 teve início a Defesa de Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Área de Concentração: Atenção Primária à Saúde, Linha de Pesquisa: **Educação e saúde: Tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias de formação profissional em Atenção Primária à Saúde.** A dissertação intitulada: **"Análise do Pré-Natal na Atenção Primária à Saúde com base no Método Clínico Centrado na Pessoa: Perspectiva de Gestantes em Clínicas da Família do Rio de Janeiro"**, foi apresentada pela(o) candidata(o) **Priscila Bizzotto Nunes**, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, **registro nº 117002501(SIGA)**. A Dissertação foi apresentada à banca de examinadores composta pelos Doutores: Maria Inez Padula Anderson (CPF: 551856067-20), Ricardo Donato (CP: 098973137-53), e Carlos Eduardo Aguilera Campos (CPF: 745220437-91), em sessão pública, na sala 01 do Centro de Estudos do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis-HSFA/UFRJ, sito a Rua Afonso Cavalcante nº20 - Cidade Nova/RJ. Após a exposição em sessão pública, de cerca de trinta minutos, a(o) candidata(o) foi arguida(o) oralmente e os membros da banca deliberaram, considerando o projeto (X) APROVADO () NÃO APROVADO. A banca emitiu ainda o seguinte parecer:

- Aprovada com louvor.
- Recomendada publicação sob a forma de artigos

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da banca e pela(o) aluna(o) examinada(o).

Presidente/Orientador(a): Maria Inez Padula Anderson

1º Examinador(a): [Assinatura]

2º Examinador(a): [Assinatura]

Aluno(a)/Examinado(a): Priscila Bizzotto Nunes

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que sempre abençoou com oportunidades para que eu seguisse estudando e aprendendo

A minha mãe que me permitiu vir a vida, por seus ensinamentos e por seu amor incondicional

Ao meu irmão que me auxiliou com a formatação e seus conhecimentos de informática

Aos residentes, preceptores, gerentes e colegas de trabalho da Clínica da Família Assis Valente que entenderam minhas ausências e pela parceria que tiveram comigo

Ao Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade do município do Rio de Janeiro (PRMFC-SMS-RJ) por me e permitirem enorme crescimento profissional

Aos colegas de mestrados de Atenção Primária à Saúde da UFRJ pelos aprendizados e trocas de saberes

As gestantes entrevistadas que permitiram participar desse momento de suas vidas, compartilhando comigo conhecimentos e saberes que foram muito intensos

A minha orientadora Maria Inez Padula Anderson pelos ensinamentos, paciência e estímulos para a elaboração da dissertação

A minha amiga Mariza Gandolfi pelo auxílio e tempo que teve comigo para que eu pudesse concluir minha dissertação, pelos momentos de risadas e de alegria

A Analaura Pereira, por ser o Yang que era necessário nos momentos que estava mais Yin

Ao nosso filho Pedro, que está a caminho, que me traduz em sentimentos tudo que elaborei nessa pesquisa

EPÍGRAFE

Cada mãe a seu modo (Martha Medeiros)

Costumam citar a nós, mães, como se fizéssemos parte de uma confraria homogênea, todas pensando e sentindo da mesma forma e com as mesmas necessidades. O que temos em comum são justamente histórias distintas umas das outras.

Que a gente viva uma realidade parecida com a de nossas amigas, é explicável, já que originadas do mesmo meio, mas e as outras tribos de mulheres? As indígenas, as faveladas, as evangélicas, as socialites, as presidiárias, as analfabetas, as PhD, as atletas, as aposentadas? Terão todas as mesmas necessidades, serão todas iguais?

Existe mulher de todo tipo. Nossas semelhanças? Somos ao mesmo tempo frágeis e fortes. Leões, às vezes; em outras, gatas- conforme a exigência do momento. Todas vaidosas, umas mais e outras menos. Todas com a cabeça funcionando em carga máxima - mulher pensa demais, muito, exageradamente, o que não significa que esteja pensando certo. Falantes? A maioria. Doces? É parte da lenda. Fora isso, uma é diferente da outra. Tem a que humilha a atendente da loja e tem a atendente de loja que aguenta calada porque não pode perder o emprego. Tem a que nunca trabalhou porque não precisa, e a que nunca trabalhou porque até agora não lhe deram uma chance.

Tem a que é professora de dia e aluna à noite - segue tentando se qualificar para ver se melhora o salário. Tem a que ganha a vida fazendo sexo, a que aguarda um primeiro amor, a que aguarda um novo amor e a que deseja que seu marido desapareça e que a libere para si mesma. Tem a que apanha do seu homem e tem a que bate nos filhos, tem as honestas e as nem tanto.

Tem mulher que não sabe se defender e tem mulher que sabe atacar, tem as muito bacanas e as muito chatas, tem as feias, as belas e a maioria. Tem mulher que é magra de ruim, tem a gorda sem culpa e tem a que não se pesa. Tem as que gostam de homens, as que gostam de mulher e as que gostam de ambos. Tem a maluca. A turma das malucas forma um contingente considerável, vale ressaltar. E tem as certinhas, as que jamais erram, o que não deixa de ser uma maluquice também. Tem a que se arrepende secretamente de ter tido filhos e a que teve e nunca imaginou que seria uma experiência tão espetacular e intensa, e tem as que não tiveram, mas que são mães das árvores, mães dos bichos, mães do planeta. E todas, sem exceção, são filhas de uma mulher com suas próprias necessidades secretas.

Mãe é mãe, só muda de endereço. Essa frase virou um clássico. Reforça a ideia de que em cada endereço há uma mulher idêntica a todas as outras, com o mesmo padrão de comportamento, fazendo e sentindo tudo igual. Reproduzidas em série. O que pouco se diz é que em cada endereço há uma mulher parindo a si mesma - diariamente.

RESUMO

NUNES, Priscila Bizzotto. **Análise do Pré-Natal na Atenção Primária à Saúde com base no Método Clínico Centrado na Pessoa: Perspectiva de Gestantes em Clínicas da Família do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva, área de concentração Atenção Primária à Saúde) Faculdade de Medicina / Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

É sabido que os desfechos perinatais sofrem influências multifatoriais com importante destaque para os determinantes biopsicossociais. Entretanto, na prática diária dos atendimentos, as consultas de pré-natal prestadas na Estratégia da Saúde da Família têm suas ações preponderantemente voltadas para levantamento de dados quantitativos e para a prevenção de adoecimento da mãe e/ou do feto, com a utilização de indicadores majoritariamente quantitativos. Particularmente no que tange a uma abordagem integral do pré-natal, ações e atuações de caráter psicoafetivo e de promoção e educação em saúde ainda aparecem de maneira incipiente nos serviços oferecidos às gestantes na atenção primária à saúde. O objetivo desta pesquisa contribuir para a qualificação da abordagem integral nas consultas de pré-natal realizadas na Atenção Primária à Saúde, considerando as experiências individuais das gestantes sobre a avaliação do cuidado realizado. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas individuais semiestruturadas com 17 gestantes que realizavam seu acompanhamento nas Clínicas da Família do Rio de Janeiro, tendo como instrumento norteador das perguntas o Método Clínico Centrado na Pessoa aplicado nas consultas de pré-natal. Os resultados evidenciaram que o primeiro componente do método clínico centrado na pessoa, quando aplicado em consultas de pré-natal, é pouco utilizado, deixando de se explorar o significado especial da gestação nas consultas de pré-natal. O segundo componente, representado pelo contexto próximo e distante, também não é abordado rotineiramente pelos profissionais de saúde, corroborando para o pouco conhecimento da rede de apoio das gestantes, fundamental nesse período. O terceiro componente, representado pela decisão compartilhada, percebeu-se que houve compreensão das orientações sobre o cuidado no período gestacional, porém ainda não se realiza um cuidado compartilhado de forma a incluir a gestantes nas tomadas das decisões. O quarto componente, que explorou o vínculo,

evidenciou que a maioria das gestantes estavam satisfeitas com os profissionais que lhes acompanhavam, sabendo inclusive quem era o responsável pelo seu cuidado. Considerou-se que o MCCP e seus componentes podem ser a base para avaliar uma consulta de pré-natal na perspectiva da integralidade do cuidado, podendo ser utilizado nas consultas de pré-natal.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal; Humanização; Atenção Primária à Saúde; Assistência Centrada no Paciente; Avaliação em Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

NUNES, Priscila Bizzotto. **Análise do Pré-Natal na Atenção Primária à Saúde com base no Método Clínico Centrado na Pessoa: Perspectiva de Gestantes em Clínicas da Família do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva, área de concentração Atenção Primária à Saúde) Faculdade de Medicina / Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

It is well known that perinatal outcomes are influenced by multifactorial factors, with an important emphasis on biopsychosocial determinants. However, in the daily practice of care, the prenatal consultations provided in the Family Health Strategy have their actions predominantly aimed at collecting quantitative data and preventing the mother and / or fetus from becoming ill, using indicators mostly quantitative. Particularly with regard to an integral prenatal approach, actions and actions of psycho-affective character and health promotion and education still appear in an incipient way in the services offered to pregnant women in primary health care. The main objective of this research is to contribute to the qualification of the integral approach in the prenatal consultations carried out in Primary Health Care, considering the individual experiences of the pregnant women about the evaluation of the care performed. It is therefore an exploratory, descriptive study with a qualitative approach. Data collection was performed through individual semi-structured interviews with 17 pregnant women who were followed up at the Family Clinics of Rio de Janeiro, using the Person-Centered Clinical Method applied to prenatal consultations as the guiding instrument of the questions. The results showed that the first component of the person-centered clinical method, when applied in prenatal consultations, is little used, and the special meaning of gestation in prenatal consultations is not explored. The second component, represented by the near and distant context, is also not routinely approached by health professionals, corroborating the lack of knowledge about the pregnant women support network, which was fundamental in this period. The third component, represented by the shared decision, it was noticed that there was an understanding of the guidelines on care in the gestational period, but a shared care is still not taken to include pregnant women in decision-making. The fourth component, which explored the link, showed that most of the pregnant women were satisfied with the professionals who accompanied them, even knowing who was responsible for their care. It

was considered that MCCP and its components may be the basis for evaluating a prenatal consultation from the perspective of integral care, and may be used in prenatal consultations.

Keywords: Prenatal Care; Narrative; Humanization; Primary Health Care; Patient Centered Care; Health Evaluation; Quality of Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP - Áreas Programáticas

APS - Atenção Primária à Saúde

CAP - Coordenação de Área Programática

CF- Clínicas da Família

ESF - Estratégia Saúde da Família

MCCP - Método Clínico Centrado na Pessoa

MFC - Médico de Família e Comunidade

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAISM- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher)

PHPN - Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PRMFC - Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade

RJ - Rio de Janeiro

RMM - Razão de Mortalidade Materna

SMS-RJ - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Principais índices de avaliação da qualidade do pré-natal. 2019.	23
Quadro 2 – Aspectos considerados para avaliar a Qualidade do serviço de saúde de pré-natal conforme descrito pela Federação Holandesa de Pacientes Consumidores "Dutch Patient Consumers Federation. 2017.	27
Quadro 3 – Variáveis e Indicadores de Desempenho para Avaliação de Qualidade do Pré Natal – SMSRJ. 2019.	35
Quadro 4 – Dados sociodemográficos e outros das gestantes entrevistadas. Rio de Janeiro. 2019.	38
Quadro 5 – Nomeclatura para as Gestantes acompanhadas na Clínica A. 2019.	40
Quadro 6 - Nomeclatura para as gestantes acompanhadas na Clínica B. 2019.	41

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Razão de Mortalidade Materna no Município do Rio de Janeiro nos anos de 2015 e 2016	19
Figura 2 - Área de Cobertura das Equipes de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro no ano de 2010.	19
Figura 3 – Esquemática da abordagem centrada na gestante. Rio de Janeiro. 2019.	36

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1 A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA MATERNO INFANTIL NO BRASIL	15
1.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO RIO DE JANEIRO E O CUIDADO NO PRÉ-NATAL	17
2. REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 QUALIDADE DO CUIDADO EM SERVIÇOS DE PRÉ-NATAL	23
2.2 DO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL	28
2.3 O MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA	29
3. JUSTIFICATIVA	32
4. HIPÓTESES E OBJETIVOS	33
4.1 HIPÓTESES	33
4.2 OBJETIVOS GERAL	33
4.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
5. METODOLOGIA	34
6. RESULTADOS E ANÁLISE	38
6.1 EIXO 1 - O PRIMEIRO COMPONENTE DO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA	42
6.1.1 SENTIMENTOS	42
6.1.2 IDEIAS SOBRE O ESTAR GRÁVIDA	44
6.1.3 FUNÇÕES	45
6.1.4 EXPLORAÇÃO DO SIGNIFICADO ESPECIAL DA GESTAÇÃO PELO PROFISSIONAL	46
6.1.5 EXPECTATIVA DA GESTANTE EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO	48
6.2 EIXO 2 - ENTENDENDO A PESSOA COMO UM TODO, SEU CONTEXTO PRÓXIMO E DISTANTE	50
6.2.1 CONTEXTO PRÓXIMO – FAMÍLIA	50
6.2.2 CONTEXTO PRÓXIMO - SENSO SÓLIDO DE SI E MOMENTO DO CICLO DE VIDA	51
6.2.3 CONTEXTO PRÓXIMO - SEGURANÇA FINANCEIRA	55
6.2.4 CONTEXTO PRÓXIMO EMPREGO	56
6.2.5 CONTEXTO PRÓXIMO - APOIO SOCIAL	57

6.2.6 CONTEXTO DISTANTE COMUNIDADE	58
6.3 EIXO 3 - PLANO CONJUNTO	60
6.3.1 DECISÃO COMPARTILHADA	60
6.3.2 COMUNICAÇÃO	63
6.3.3 TEMAS "TABUS"NO PRÉ-NATAL	65
6.4 EIXO 4 - INTENSIFICANDO A RELAÇÃO ENTRE A PESSOA A O MÉDICO	68
6.4.1 CONTINUIDADE DO CUIDADO	69
6.4.2 VÍNCULO	71
6.4.3 CONFIANÇA	74
6.4.4 SATISFAÇÃO COM O SERVIÇO	76
6.4.5 EXPECTATIVA EM RELAÇÃO AO TIPO DE CUIDADO	77
7. DISCUSSÃO	79
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
9. REFERÊNCIAS	92
APÊNDICE 1- ROTEIRO DAS ENTREVISTAS	102
APÊNDICE 2 - TCLE	105
APÊNDICE 3 – ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL COM BASE NO MCCP	109

APRESENTAÇÃO

Trabalhando como preceptora de residência em medicina de família e comunidade pela SMS/RJ, em uma clínica de família localizada na Zona Norte, na Área Programática da 3.1, pelo Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Prefeitura do Rio de Janeiro, muitas vezes na condição de observadora das ações de saúde prestadas, tenho percebido durante os atendimentos de médicos residentes e também de enfermeiras algumas particularidades referente às consultas de pré-natal. Noto que, desde o início das consultas de assistência à gestação, estas não têm proporcionado espaço adequado para uma abordagem de caráter mais individual e subjetivo em relação à própria gestação e os sentimentos e emoções que esta evoca, apesar do avanço em relação à disponibilidade do teste rápido de gravidez e do acesso aos serviços de saúde. Desde um primeiro contato seria importante refletir sobre a repercussão que acontece no ciclo de vida pessoal e familiar ao se comunicar o resultado positivo de um teste rápido de gravidez, especialmente quando esta não foi planejada e também não é desejada. Esse processo é ainda mais difícil quando atrelada a essa notícia podem ocorrer, ao mesmo tempo, diagnósticos inesperados de doenças como sífilis e HIV. Percebo também a necessidade que existe hoje de qualificar as consultas de pré-natal para além dos protocolos e itens de preenchimento da linha de cuidado. Sabe-se também que muitas Clínicas da Família trabalham com populações de grande vulnerabilidade social, muitas em situação de extrema pobreza, sendo importante a individualização do cuidado na assistência, incluindo abordagem na perspectiva das transições do ciclo de vida da classe popular. Observo na minha prática cotidiana, aquilo que já é conhecido na literatura: de que fatores de cunho social, cultural e emocional, considerando o contexto de vulnerabilidade e violência que vivenciamos na sociedade brasileira como um todo, podem repercutir diretamente no desfecho das consultas de pré-natal, com impactos sobre os indicadores de mortalidade materno-infantil. Como esperar, por exemplo, que uma mãe com sete filhos em casa compareça às consultas de rotina com a mesma regularidade de uma primigesta? Esse momento de grande importância na vida das mulheres deveria ser melhor explorado pelos profissionais, principalmente levando-se em consideração o local privilegiado que a estratégia saúde da família se encontra, permitindo trabalhar a longitudinalidade e integralidade na abordagem das pessoas que são atendidas, incluindo os fatores psicossocioafetivos de grande relevância, especialmente no contexto de uma gestação. Neste contexto, será desenvolvido esta pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Este estudo de caráter exploratório, descritivo e qualitativo teve como objetivo contribuir para o aperfeiçoamento do pré-natal, em Unidades de Atenção Primária a partir de relatos de gestantes sobre a abordagem de aspectos de caráter psicossocioafetivo, e tendo por base de análise o Método Clínico Centrado na Pessoa.

Para situar o tema, abordará, inicialmente aspectos e características da assistência materno-infantil no Brasil e a Estratégia Saúde da Família relativamente às ações de saúde prestadas nestas unidades, com enfoque no município do Rio de Janeiro.

1.1 A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA MATERNO INFANTIL NO BRASIL

A qualidade da assistência materno infantil no Brasil começa a se tornar uma preocupação do governo federal, ainda que de forma incipiente, no início do século XX. No ano de 1916, surgiram os primeiros centros de assistência pública de saúde no Brasil, chamados de Postos de Higiene e Profilaxia Rural, que eram dirigidos ao atendimento de determinadas populações e dentre os problemas de saúde considerados mais graves àquele tempo estavam a tuberculose e as graves condições de assistência materno-infantil. No ano de 1939, o Rio de Janeiro passou a contar com 120 enfermeiras visitadoras, agindo junto às famílias e nos domicílios, no intuito de elas atuarem sobre esses principais entraves de saúde (CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016). Contudo, foi somente após a Conferência Mundial de Saúde de 1978, em Alma Ata, que os cuidados primários de saúde passam a ser considerados estratégicos para levar saúde para todas as populações, ressignificando as funções da rede básica de saúde e também o seu impacto na qualidade da assistência à saúde da população (OMS, 1979).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) é considerado um marco para assistência prestada às mulheres O PAISM foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde em 1983, com enfoque em ações de caráter educativo, priorizando uma perspectiva mais horizontal entre profissionais de saúde e gestantes. Mesmo sem referir-se ao termo de

humanização do cuidado, propriamente dito, pode-se dizer que esse foi o primeiro passo de uma política pública visando à integralidade como um dos princípios básicos de suas práticas. O foco em condutas de saúde nas quais a usuária passa a ocupar um papel ativo no processo de reflexão junto ao profissional de saúde apontava uma tendência de romper o modelo médico hegemônico (DIAS; DESLANDES, 2006). Esse programa político passou a considerar a mulher como sujeito principal na tomada de decisões, com a intenção de destacar que as mulheres tinham necessidades específicas, inclusive na saúde materna, onde a atenção, até então, estava voltada mais para a criança, sendo elas consideradas meras “incubadoras”(VILELLA; OLIVEIRA, 2007).

Porém os cuidados referentes ao pré-natal e a mortalidade materna no Brasil continuavam, neste contexto, a ser um problema relevante de saúde, inclusive pela falta de uma Atenção Primária à Saúde (APS) qualificada no país. Um estudo publicado por Siqueira et al (apud Morse et al, 2011), investigando as principais causas de mortalidade materna no ano de 1980 no país, encontrou uma razão de mortalidade materna corrigida de 154 óbitos para 100 mil nascidos vivos, com destaque para aquelas relacionadas a causas diretas como doença hipertensiva e infecções puerperais, fatores esses que sofrem impacto pela assistência primária precoce à saúde materno infantil. Para efeito de comparação, países desenvolvidos como os Estado Unidos e Reino Unido, apresentavam a RMM elevada até a década de 30, de 650/100.000 e 400/100.000 nascidos vivos respectivamente. No entanto, eles apresentaram uma queda considerável nos anos seguintes, sendo que em 1960 a RMM era menor que 50 mortes por 100.000 nascidos vivos (SOUZA et al, 2006).

A partir de 1990, de acordo com os dados publicados pelo Ministério da Saúde (MS), começa a haver uma queda da mortalidade materna no Brasil, associada, principalmente, à redução das causas denominadas obstétricas diretas, alusivas ao período da gravidez, parto e puerpério (BRASIL, 2013). Nesse período, a mortalidade materna corrigida era de 140 óbitos por 100 mil nascidos vivos. A melhoria dos registros de investigação de óbito de mulheres em idade fértil também permitiu uma melhor compreensão das razões envolvidas com estas mortes. Com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), em 1994, abre-se uma possibilidade de qualificar o acesso e os serviços básicos de saúde através APS (MELO et al, 2013). Com a melhoria das condições socioeconômicas da população, as taxas mortalidade materna caíram praticamente à metade em 2007, mas ainda assim permaneciam elevados (BRASIL, 2013).

Conforme divulgou a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2014, outros países da América Latina e do Caribe também vinham registrando quedas na taxas de mortes

maternas desde a década de 90, sendo que o Brasil assinalou um decréscimo de 43%, comparativamente menor que, por exemplo, outros países como Peru, Bolívia e Honduras, que apresentaram uma diminuição de 64%, para os dois primeiros, e de 61 % para o último país nesse mesmo período. O relatório da OMS chama atenção que nenhum dos países dessa região chegará a atingir a meta pactuada do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio que visa a redução de 75% da taxa de mortalidade materna até o ano de 2015 (OMS, 2014). Em 2015, a Taxa de Mortalidade Materna registrada no Brasil era de 44, próxima a do México, que apontava para o valor de 38. Os países que detêm as menores taxas de mortalidade materna no mundo têm valores de um dígito neste indicador, como é o caso da Finlândia (3), Áustria (4), Dinamarca (6), Espanha (5) (BANCO MUNDIAL, 2015).

Apesar dos avanços citados durante esses anos, somente no ano 2000, o Brasil padroniza um modelo de ações de auxílio de pré-natal, instituindo através do Ministério da Saúde o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) que propõe algumas ações de caráter qualitativo para melhorar a assistência de saúde prestada durante o período gravídico (ANVERSA et al, 2012; NUNES et al, 2016). Como o próprio nome de Programa anuncia, o MS preconiza que os cuidados voltados para as mulheres durante o ciclo gravídico puerperal sejam pautados pelas ações de humanização com ênfase na autonomia, na escuta ativa e nas ações de caráter educativo (BRASIL, 2005).

1.2. A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO RIO DE JANEIRO E O CUIDADO NO PRÉ-NATAL

No ano de 2000, o Rio de Janeiro ainda estava longe na implantação da ESF de forma abrangente. Em 2001, a Secretaria Municipal de Saúde contava com apenas 108 equipes, o que limitava o acesso facilitado à saúde para a maioria da população. Com a definição da sede dos Jogos Olímpicos, em 2006, neste município, e a necessidade de preparar os serviços de saúde para receber os visitantes, abriu-se uma janela de oportunidade para a gestão municipal observar a organização dos serviços de APS oferecidos em outras cidades que haviam passado por situação semelhante destacando-se, em especial, Londres na Inglaterra, cidade e país com longa tradição de oferta de serviços de APS e do Médico de Família e Comunidade (MFC) (CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016).

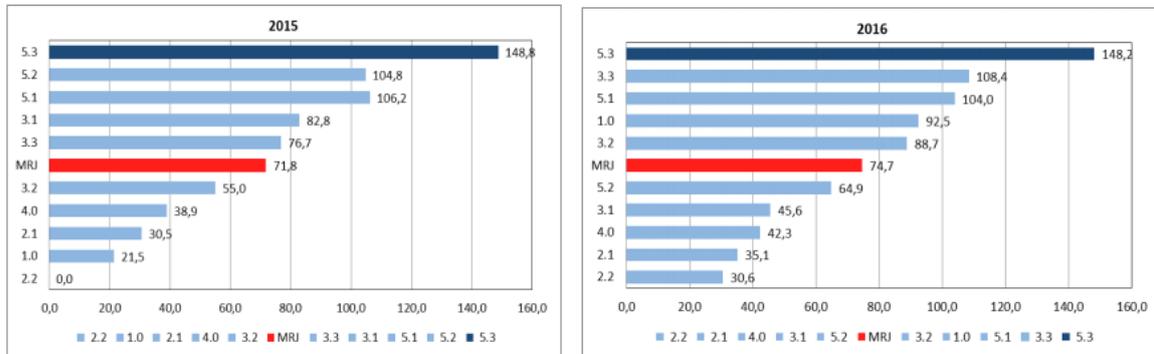
A expansão da ESF se concretiza de fato no Rio de Janeiro com a criação das Clínicas da Família (CF), a primeira sendo inaugurada em 4 de novembro de 2009, em Realengo (Clínica da Família Olímpia Esteves) (OTICS, 2009). As Clínicas da Família foram

construídas ou adaptadas de estruturas prediais pré-existentes de forma a comportar e compartilhar o trabalho de várias equipes da ESF, boa parte delas com disponibilidade também para oferta de exames como Raio X, exames laboratoriais e ultrassonografia, permitindo também a ampliação dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.

Em 2016, a cobertura pela ESF chega a 70% da população de acordo com dados publicados pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016). Esse alcance permitiu expandir não somente o acesso aos serviços básicos de saúde, mas também a resolutividade das ações prestadas à população. A APS passa ser a porta de entrada para todos os demais níveis de saúde, tendo o médico generalista (sempre que possível como Médico de Família e Comunidade) como coordenador do cuidado. A assistência ao pré-natal, neste contexto, ganha uma nova perspectiva de qualificação para as gestantes cariocas.

No intuito de organizar o planejamento em saúde, o Rio de Janeiro encontra-se dividido em 10 áreas de coordenação programática (AP). É uma cidade bastante heterogênea inclusive na distribuição de recursos de saúde. As APs 3.1, 3.2 e 3.3 são as áreas de maior população (37,9%), com metade de seus moradores vivendo em favelas (SMS-RJ, 2013). Ainda há, então, um caminho a trilhar, uma vez que a assistência à gestante, puérpera e os desfechos perinatais sofrem, como já citado, influências de fatores que vão além daqueles que são objetivos e norteadores da "linha de cuidado à gestante" no Rio de Janeiro. Para ilustrar, nos gráficos a seguir, vemos a razão de mortalidade materna (RMM) publicado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) e a cobertura de ESF no RJ. A RMM do Rio de Janeiro aumentou de 71,8 para 74,7/100.000 Nascidos Vivos de 2015 para 2016. A Coordenação de Área Programática (CAP) denominada por CAP 5.3 (Região de Santa Cruz) apresenta hoje 100 % de cobertura pela ESF, porém é a área com maior taxa de mortalidade materna (148,2/100.000 NV registrado em 2016), sendo importante destacar que é uma área com alta rotatividade profissional em um território marcado pela violência e vulnerabilidade social. Podemos inferir que determinantes de acesso, de fixação de profissionais, bem com o pouco vínculo da equipe com a usuária poderia também repercutir nos desfechos da assistência materno-infantil?

Figura 1- Razão de Mortalidade Materna do MRJ, 2015 e 2016.



Fonte: SIM, SINASC, SMS-RJ. Dados de 2016 sujeitos a alterações.

As taxas de Mortalidade Materna nas Áreas Programáticas do Rio de Janeiro, expressam a elevada iniquidade existente no Brasil, como um todo: variam de 30,6 (próxima do México) a 148,2 (valores próximos ao de Camboja) (BANCO MUNDIAL, 2015).

Figura 2 - Área de Cobertura das Equipes de Saúde da Família por AP

Cobertura das Equipes de Saúde da Família por AP

AP	POPULAÇÃO	UNIDADES APS (CF+CMS)	TOTAL EQUIPES	COBERTURA*	TOTAL ESB	% ESB COMPLETAS
10	297.976	16	81	93.78%	20	100.00%
21	638.050	13	65	35.15%	19	100.00%
22	371.120	10	45	41.83%	10	100.00%
31	886.551	32	221	86.00%	89	97.75%
32	569.970	23	120	72.64%	45	100.00%
33	942.638	32	181	66.24%	65	98.46%
40	909.368	18	130	49.32%	30	100.00%
51	671.041	26	163	83.80%	48	91.67%
52	665.198	34	162	84.02%	58	100.00%
53	368.534	25	125	117.02%	54	100.00%
Total	6.320.446	229	1.293	70.58%	438	98.40%

Fonte: CNES (População - censo demográfico IBGE 2010). *Cálculo de cobertura: (Total de Equipes * 3.450) / Total população.

A expansão da APS no RJ garantiu uma oportunidade de acesso à saúde de forma rápida, sendo que a grande maioria das Clínicas da Família trabalha hoje na lógica do acesso avançado também chamado de acesso aberto ou consulta do dia. O fundamento central desse modelo de acesso é "fazer o trabalho de hoje, hoje" (MURRA; BERWICK, 2003).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017) recomenda uma população adscrita de 2000 a 3500 pessoas por ESF e também orienta que por unidade básica

da saúde se tenham 4 equipes de saúde da família, para que se possa alcançar um maior potencial resolutivo. Porém, destaca-se que a maioria das clínicas da família no RJ têm mais de 4 ESF cadastradas e muitas vezes atendem uma população aquém do preconizado pela PNAB.

Mas, a situação ainda tende a se agravar mais no município do Rio de Janeiro. A nova proposta de reorganização da gestão municipal (SMS-RJ, artigo 5o, §2o da Lei Municipal no 5.026/2009 e no artigo 9o do Decreto Municipal no 30.780/2009) prevê a manutenção do percentual de cobertura pela estratégia da saúde da família, não às custas de um aumento do número de equipes, mas com a diminuição do número de equipes. Consequentemente haverá um maior aumento da população adscrita. No papel, o número de cadastrados vai variar de acordo com o tipo de equipe (Equipes tipo 1 e 2: máximo de 3500 habitantes; Equipes tipo 3: população acima de 3.500 podendo chegar até 4.500 habitantes).

Como regra básica do processo de trabalho, os profissionais de saúde da ESF atendem a uma população definida pertencente a uma determinada área geográfica. O cuidado oferecido durante o período de pré-natal para gestante de baixo risco é realizado por profissionais médicos e enfermeiros que atuam na APS. O Guia de Referência Rápida de Atenção ao Pré-Natal (SMS/RJ, 2016) é utilizado para orientar os profissionais da APS durante os atendimentos realizados, e tem base em evidências. Este guia é fundamentado no que é preconizado pelo NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence- NHS*, 2016), com adaptações à realidade do Rio de Janeiro. Faz parte das orientações gerais deste guia que o atendimento às usuárias seja pautado no cuidado centrado à pessoa.

As gestantes cariocas que precisam acompanhar em um serviço de atenção terciária, por alguma doença materna ou alteração fetal, caracterizadas por uma gestação de alto risco, são referenciadas para o acompanhamento por obstetras nas maternidades, mas mantêm o acompanhamento longitudinal pelo médico na clínica da família.

De acordo com o guia de referência citado acima, ao chegar à unidade de saúde, uma mulher que deseja fazer o teste rápido para gravidez, por exemplo, tem sua demanda prontamente acolhida, de maneira que a primeira consulta de pré-natal possa ser realizada o mais precocemente possível, com inserção na linha de cuidado de gestante, garantindo o início dos cuidados preconizados para a assistência de saúde materno-infantil. A CF dispõe de exames laboratoriais que podem ser realizados diariamente pelas manhãs, além de exames de ultrassonografia que, quando necessários, são realizados na própria unidade. Todo acompanhamento da gestante de risco habitual é realizado pela ESF, e as consultas são mensais até a 32^a semana; quinzenais até a 36^a semanas; e semanais a partir da 37^a semana

sendo, na maioria das clínicas, intercaladas entre médicos e enfermeiros. O acesso aos testes rápidos para o diagnóstico precoce de sífilis, HIV, hepatite B e C também está facilitado, de forma que o tratamento ou o encaminhamento precoce e oportuno sejam realizados quando necessários. Além disso, hoje o município disponibiliza, através do Programa Cegonha Carioca, que as gestantes conheçam a maternidade de referência a partir do 3º trimestre de gestação.

Entretanto, há que se considerar que apesar das ofertas de exames e desta disponibilidade de acesso, os indicadores de mortalidade materno infantil no Rio de Janeiro ainda continuam elevados, como visualizado anteriormente na figura 1. A vulnerabilidade das famílias, muitas monoparentais, associada ao contexto de violência podem influenciar nestes indicadores, inclusive no acompanhamento regular das consultas de pré-natal das usuárias. Um aspecto relevante a ser destacado é a elevada quantidade de população adscrita para cada equipe de saúde família, especialmente em áreas de elevada vulnerabilidade social, psicológica e de saúde física. Estas equipes lidam diariamente com um excesso de demandas o que, também, pode acabar por reduzir significativamente o tempo de consultas do pré-natal realizadas pelos profissionais de saúde, podendo refletir na qualidade das intervenções que se fazem necessárias.

Desta forma, ainda que tenha havido uma importante redução das taxas de mortalidade materna, os indicadores quantitativos para avaliação do cuidado prestado no Pré-Natal que são utilizados atualmente ainda parecem ser insuficientes. Cabe notar que, até agora, os óbitos neonatais apresentam uma queda aquém do que seria esperado e que um número expressivo destes desfechos desfavoráveis ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito aos serviços de saúde prestados durante a gestação e ao recém nascido. Aumentou-se a abrangência do cuidado com o pré-natal, mas ainda continua elevada a incidência de sífilis congênita e hipertensão arterial sistêmica que afetam a qualidade da assistência prestada (BRASIL, 2013).

Na abordagem do pré-natal, desde o primeiro encontro do profissional de saúde com a gestante abre-se uma possibilidade e uma oportunidade de construção de um bom vínculo, cabendo destacar que, muitas vezes neste momento, trata-se de duas pessoas (profissional de saúde e gestante) que ainda não se conhecem. A importância desse primeiro contato está justamente em poder transformar-se em uma atitude de cuidar, no sentido dado por Leonardo Boff ao verbo cuidar: “*Cuidar é mais que um ato, é uma atitude. [...] Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e envolvimento afetivo com o outro.*” (BOFF, 2000). Desta forma, pode-se romper com o encontro frio, rotineiro e

repetitivo, pautado em protocolos, com pouco tempo para a escuta das necessidades individuais e para o diálogo entre as pessoas (ZIEGELMANN, 2011).

Precisa-se ter claro ao dar a notícia de uma gravidez a mulher, que isso terá uma repercussão no seu ciclo de vida e na comunidade familiar, mesmo que essa gravidez não corresponda à chegada do primeiro filho (EIZIRIK;BASSOLS, 2013). As transições durante os períodos do ciclo de vida podem configurar momentos estressantes para as famílias, por serem fases de mudanças, predispondo o adoecimento, mas também com potencial de promover a resiliência, de acordo com a dinâmica de enfrentamento em cada etapa e o suporte familiar que se possa receber, inclusive por parte dos profissionais de saúde (FORTES; ANDERSON; SCHENKER, 2008)

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 QUALIDADE DO CUIDADO EM SERVIÇOS DE PRÉ-NATAL

O conceito de qualidade do cuidado em saúde se relaciona e inclui aspectos de diferentes dimensões, conforme pode ser verificado nas publicações nas últimas décadas (DONABEDIAN,1988; AIKEN et al, 2017). Entretanto, nos serviços de pré-natal, a qualidade tem sido majoritariamente avaliada através de parâmetros quantitativos e de indicadores terminais de saúde, como as taxas de morbimortalidade materno-infantil, os partos prematuros e a taxa de incidência de cesarianas realizadas (SCHEERHAGEN *et al*, 2015). O cuidado do pré-natal também tem sido monitorado através da análise do número de consultas realizadas e do mês do seu início, embora ainda haja controvérsias para determinar qual o número ideal de consultas que as gestantes deveriam ter, já que se tem demonstrado que poucas consultas realizadas de forma qualificada podem ser igualmente eficazes quando comparadas com um número maior de atendimentos (ANVERSA et al, 2011).

Alguns índices de avaliação da qualidade do pré-natal já foram validados como os: Índice de Kessner, de Kotelchuck (*Adequacy Prenatal Care Utilization Index- APNCUI*) e índices de recomendações do Ministério da Saúde (Quadro 1). E, como pode ser constatado na tabela abaixo, tratam-se de indicadores quantitativos.

Quadro 1.- Principais índices de avaliação da qualidade do pré-natal

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO DA AVALIAÇÃO	ITENS AVALIADOS
ÍNDICE DE KESSNER	<ul style="list-style-type: none"> • adequado • intermediário • inadequado 	<ul style="list-style-type: none"> · momento do início do pré natal · número de consultas esperadas (mínimo 9)
ÍNDICE DE KOTELCHUCK (APNCU)**	<ul style="list-style-type: none"> • adequado • intermediário • inadequado • superior/intensivo 	<ul style="list-style-type: none"> · momento do início do pré natal · número de consultas esperadas (mínimo 13)

		· número real de consultas e o número esperado
--	--	--

ÍNDICE DE AVALIAÇÃO	Indicadores
RECOMENDAÇÕES DO MS NO PHPN ***	<p>Processo</p> <ul style="list-style-type: none"> • início do pré-natal no primeiro trimestre (até 120 dias) • mínimo de 6 consultas sendo a primeira realizada preferencialmente no primeiro trimestre • exames básicos de primeira rotina: hematócrito, hemoglobina, glicemia jejum, tipagem sanguínea, VDRL, HBsAg, Urina tipo 1, HIV • exames básicos de segunda rotina (30 semanas): hematócrito, hemoglobina, glicemia jejum, VDRL, HBsAg, Urina tipo 1, HIV • Vacina Antitetânica • Consulta de puerpério <p>Resultado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporção de recém-nascidos vivos com baixo peso em relação ao total de recém-nascidos vivos do município • Proporção de recém-nascidos vivos prematuros em relação ao total de recém nascidos vivos do município <p>Impacto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coeficiente de incidência de sífilis congênita no município, comparado com o do ano anterior • Coeficiente de incidência de tétano neonatal no município, comparado com o do ano anterior

	<ul style="list-style-type: none"> • Razão de mortalidade materna no município, comparada com a do ano anterior • Coeficiente de mortalidade neonatal precoce no município, comparado com o do ano anterior • Coeficiente de mortalidade neonatal tardia no município, comparado com o do ano anterior • Coeficiente de mortalidade neonatal total no município, comparado com o do ano anterior
--	--

Fonte: Autoria própria através das síntese das referências - * e ** (Kotelchuck, 1994); *** (BRASIL, 2005)

Um artigo de revisão publicado sobre a Qualidade da Assistência do Pré-natal no Brasil (NUNES et al,2016), durante o período de 2005 a 2015, compreendendo três regiões geográficas do país, encontrou uma elevada cobertura de consultas de pré-natal ofertada à gestante, com percentuais alcançando valores entre 80 a 90%. Entretanto, essa análise, baseada nos principais índices de avaliação (Kessner, Kotelchuck e do Ministério da Saúde) identificou que apesar da elevada abrangência de pré-natal existente, o nível de adequação de assistência foi considerado de baixa qualidade, com a maioria dos estudos encontrando valores percentuais entre 4,5 a, no máximo, 66%. Os níveis mais elevados de inadequação foram associados ao início do pré-natal tardio, ao baixo número de consultas e de realização de procedimentos técnicos, bem como pelo não cumprimento da rotina de exames preconizados durante o período de gestação. Embora o Ministério da Saúde recomende um número menor de consultas, quando comparados com os índices de Kessner e Kotelchuck, (desenvolvidos nos Estados Unidos na década de 70 e 80 respectivamente), as elevadas taxas de inadequação da assistência do pré-natal permitem inferir que um elevado número de consultas bem como a realização de procedimentos protocolares básicos do pré-natal não garantem um serviço de qualidade. No caso de se inserir, nas análises da qualidade, variáveis qualitativas, é possível que a tendência seja de encontrar avaliações ainda menos adequadas dos serviços prestados durante o período gestacional (NUNES et al, 2016).

Assim, no caminho da humanização do atendimento às gestantes, para além dos importantes e relevantes critérios quantitativos e procedimentos laboratoriais, é fundamental incluir variáveis qualitativas. Neste tópico, destacam-se os aspectos abordados durante as consultas e que levem em consideração a subjetividade de cada gestante, como por exemplo a

satisfação, o acolhimento e a criação de vínculo com os profissionais durante os atendimentos (NUNES et al, 2016).

Ou seja, parece fundamental que o cuidado prestado durante as consultas ultrapasse os procedimentos básicos e técnicos preconizados durante a rotina do pré-natal de baixo risco, e passem a incluir também temas que abordem as dúvidas e incertezas que possam estar presentes nesse período tão importante do ciclo de vida da mulher e da família (DOMINGUES *et al*, 2015; FORTES; ANDERSON; SCHENKER, 2008). Avalia-se que estes aspectos são estratégicos para promover o empoderamento, a resiliência e o autocuidado da gestante e, desta forma, contribuir para propiciar melhores desfechos na sua saúde.

Neste contexto, deve-se destacar a experiência das gestantes nas consultas de pré-natal como um importante parâmetro de avaliação da qualidade e do desenvolvimento dos serviços prestados durante a gestação. As pesquisas sobre aquilo que é vivenciado durante a assistência gravídica puerperal podem fornecer importantes dados sobre a assistência ofertada. Desta forma, podem tornar-se uma fonte relevante de informação para promover a melhoria do cuidado, contribuindo para um melhor planejamento e prática dos profissionais e também dos gestores em saúde e educação.

Ampliando esta visão, que foca em indicadores de doença e de caráter mais quantitativos, para avaliar a qualidade dos serviços de pré natal, foi realizada uma pesquisa na Holanda, em 2014, pela Federação Holandesa de Pacientes Consumidores (*Nederlandse Patientern Consumenten Federatie*). Foi um estudo qualitativo, (apud VAN STENUS et al, 2017), que resultou em uma lista com 10 aspectos relacionados à qualidade da assistência de pré-natal. Esta lista foi elaborada a partir das narrativas das gestantes, sobre o que consideravam mais importante no cuidado geral oferecido durante o período do pré-natal (Quadro 2).

Quadro 2 – Aspectos considerados para avaliar a Qualidade do serviço de saúde de pré-natal conforme descrito pela Federação Holandesa de Pacientes Consumidores "*Dutch Patient Consumers Federation*"

Autonomia	A cliente é apta a fazer escolhas quanto à orientação e provisão do cuidado. O profissional encoraja e guia as decisões de maneira que a melhor opção seja feita.
Efetividade do cuidado	É oferecido para a cliente a orientação e prestação dos cuidados mais efetivos. Os cuidados em saúde e a orientação profissional são baseadas em evidência, livre de valores pessoais e de crenças normativas.
Acessibilidade do cuidado	Os serviços de perinatal são acessíveis, disponíveis e custeáveis.
Continuidade do cuidado	A cliente sabe quem é o profissional responsável pelo seu cuidado. Quando ela entra e sai do serviço, ela experimenta essa transição e transferência sem comprometimento do cuidado
Informação e educação	A cliente tem acesso a informação de maneira compreensível, adaptadas às suas preferências e habilidades
Suporte emocional, empatia e respeito	A cliente se sente ouvida e compreendida, recebendo suporte psicossocial quando necessário
Ambiente voltado para a pessoa	Ambiente agradável e apropriado para os serviços realizados
Segurança	Segurança no ambiente, a usuária é informada e preparada para as possíveis complicações
Transparência de cuidado sistema de saúde	A usuária sabe como o serviço regional de pré-natal funciona e que tipo de profissional trabalha em cada nível
Transparência de custo	A usuária sabe o que ela precisa pagar para sobre os cuidados de saúde fornecidos

FONTE: VAN STENUS et al, 2017

2.2 DO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

O período gravídico-puerperal vai desde o momento inicial da gestação até o puerpério, sendo uma fase do ciclo de vida que deve ser cuidada pelos profissionais de saúde, incluindo o apoio necessário à mulher, ao pai, e à família para lidar com as situações de transição dessa etapa. O ciclo de vida familiar das famílias pobres e com múltiplos problemas tais como miséria, desemprego, desnutrição e abuso de substâncias prejudiciais à saúde pode acentuar ainda mais a carência afetiva e emocional, marcando o aumento da complexidade da abordagem das etapas críticas do ciclo vital nesse perfil populacional (DIAS, 2012). A longitudinalidade, um dos eixos estruturantes da APS, valoriza o potencial de o profissional acompanhar as famílias ao longo dos anos e das fases do ciclo de vida, sendo esta etapa particularmente importante para intervenções que podem auxiliar a família nesse período de transição.

Para além de constituir uma etapa complexa, sabe-se hoje que uma grande parte das gestações iniciadas não são desejadas; podem, entretanto, ser aceitas ao longo do acompanhamento do pré-natal. Pouco espaço porém tem sido dado à gestante para falar sobre isso, podendo-se inferir que, muitas vezes, a falta de um planejamento familiar bem feito acaba também por repercutir negativamente no acompanhamento durante o período do pré-natal. Alguns estudos sobre avaliação da qualidade da assistência de pré-natal chegam a encontrar valores ao redor de 60% de gravidezes não planejadas quando entrevistam as puérperas (ANVERSA *et al*, 2011).

Como estratégia para lidar com estas questões, o conceito de resiliência advindo da física tem sido empregado na área da saúde para entender como, apesar das dificuldades que muitas famílias vivenciam, algumas delas não repetem o padrão de desorganização familiar frente às situações de estresse. Por exemplo: contar com uma rede de apoio social nesses momentos de transição, reconhecidos como períodos estressores do ciclo de vida, é atribuído como um fator fundamental pelas famílias que apresentaram maior resiliência (WALSH, 1996).

Neste contexto, de cuidado *versus* uso de protocolos, cabe ainda considerar a questão dos exames complementares. O acompanhamento da gravidez de baixo risco segue protocolos com consultas e exames sucessivos que muitas vezes não são necessários (GÉRVAS, 2016). Quando solicitamos e coletamos amostras para realizar inúmeros testes sem discutir com as usuárias, corremos o risco de tornar nossas consultas protocolares e verticais. Deveríamos

buscar fazer exatamente o oposto: individualizar o cuidado, conciliando as necessidades e a experiência da gravidez de forma a pactuar conjuntamente os cuidados prestados. Por exemplo, o tempo empregado para esclarecer à grávida sobre o motivo pelos quais realizamos diferentes testes é muito reduzido, principalmente quando algum desses exames apresentam um resultado anormal (GÉRVAS, 2016).

Na hegemonia do modelo biomédico, de caráter cartesiano, ainda em curso, existem evidências referentes à passividade das gestantes nas consultas de pré-natal, o que acaba por conferir mais autonomia e poder aos profissionais de saúde, secundarizando a escuta e a valorização do conhecimento das mulheres, bem como a construção do cuidado. Podemos alcançar qualidade no cuidado quando deixamos de adotar atitudes paternalistas, abrindo espaço para a escuta das narrativas das gestantes sobre suas demandas (BENET *et al*, 2016). Reforça-se assim a importância de incorporar a experiência das usuárias sobre o serviço prestado, visando desenvolver um cuidado adequado, além de permitir uma avaliação mais pertinente da qualidade da assistência prestada.

Avalia-se que durante a gravidez, uma etapa previsível do ciclo vital, pessoal e familiar, é possível e necessário que o encontro entre gestante e profissional de saúde se transforme em uma relação de cuidado, integrando o tecnológico com ações humanistas de atenção à saúde. Pensando nesta etapa, associada à análise de estudos sobre a psiconeuroimunoendocrinologia neste período, alguns autores elaboraram um instrumento para facilitar a abordagem integral dessa etapa do ciclo de vida familiar (FORTES; ANDERSON; SCHENKER, 2008).

Desta forma, considera-se que o pré-natal não deve estar resumido a processos pautados em protocolos e na solicitação de exames. É necessário esses encontros representem algo a mais, que possam ser feitas intervenções e pactuações oportunas com e para as gestantes e sua rede de cuidado, especialmente as famílias, pois será através do ato de acolher e de reconhecer as necessidades em saúde existentes, considerando a cultura, as crenças individuais e familiares que se oportuniza a construção de vínculo, e se promove resiliência.

2.3 O MÉTODO CLINICO CENTRADO NA PESSOA

Desde 1968, quando o Dr. Ian McWhinney, um dos pais da Medicina de Família a nível mundial, era chefe do Departamento de Medicina de Família da Universidade de Western, Ontário, foram iniciados os estudos sobre a relação entre a pessoa que procura cuidado e o médico. Neste contexto, McWhinney buscava compreender as “reais razões” pela

qual uma pessoa procura um médico, abrindo espaço para explorar a amplitude dos problemas da pessoa, os de ordem física, social ou psicológica. Junto com uma de suas orientandas (Moira Stewart), e com o Dr. Joseph Levenstein, professor visitante em medicina de família da África do Sul, que compartilhou com McWhinney suas tentativas de desenvolver um modelo de prática clínica foi sendo desenvolvido, mais fortemente a partir de 1982, o que hoje conhecemos como o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP). (STEWART et al, 2017). Quando surgiu na década de 1980, o MCCP achava-se à margem da medicina, sendo relacionado mais ao cuidado humanitário - período que ainda não se percebia a importância que a comunicação centrada na pessoa desenvolveria na medicina moderna. *“A atenção e a compaixão eram reconhecidas como aspectos importantes do cuidado humanitário, mas poucos estavam conscientes do papel central da comunicação centrada na pessoa na medicina científica moderna”*. (STEWART et al, 2017).

O Método Clínico surgiu, então, frente a uma necessidade das pessoas por um atendimento que cuidasse e incluísse de modo mais integral suas necessidades, preocupações e vivências relacionadas à sua saúde ou sua doença. Quando se compara com o método tradicional, é possível destacar resultados mais positivos como: maior satisfação das pessoas e dos médicos, maior adesão aos tratamentos, redução de sintomas, diminuição da ansiedade, preocupação e melhora da situação fisiológica e da recuperação de problemas recorrentes (FUZIKAWA, 2013).

O MCCP está apresentado atualmente em quatro componentes que devem ser explorados nas consultas. O objetivo do primeiro componente do MCCP é a exploração da doença e o entendimento da pessoa sobre a saúde e a experiência da doença. O *segundo* componente é a incorporação desses conceitos tentando entender a pessoa como um todo, inteira, considerando o contexto próximo (família, amigos) e distante (comunidade, ambientes sociais e de trabalho). O *terceiro* componente foca no entendimento mútuo da pessoa e do médico ao elaborar um plano de manejo conjunto. O *quarto* componente destaca que cada encontro deve ser utilizado para desenvolver a relação entre a pessoa e o médico (STEWART et al, 2017).

A aplicação do MCCP está associada a desfechos mais favoráveis em saúde como as pesquisas têm evidenciado nos últimos anos. Estudos internacionais publicados recentemente destacam não apenas o contentamento dos pacientes com o Método Clínico Centrado na Pessoa, mas também a redução de gastos obtida e relacionada a esse tipo de assistência médica. Ao centrar o encontro na pessoa, passa-se a compartilhar o poder, antes pertencente

apenas ao profissional de saúde, detentor, então, de uma posição hierárquica no comando e na tomada de decisões (in STEWART *et al*, 2017, p.3).

O MCCP integra hoje a base de muitos currículos educacionais em todo o mundo, tanto nos cursos de graduação quanto nos de pós-graduação (Stewart e Ryan, 2012 apud STEWART *et al*, 2017). Apesar de ter sido desenvolvido no contexto da medicina de família, seus princípios são relevantes para outras disciplinas médicas e para outras áreas da saúde, como enfermagem, assistência social, fisioterapia e terapia ocupacional. (STEWART *et al*, 2017).

Desta forma, o Método Clínico Centrado na Pessoa tem o potencial de resgatar os preceitos da integralidade, sendo este um atributo essencial da APS. Essa medicina centrada no modelo geral-integral, ao recuperar a perspectiva de complexidade envolvida no processo de saúde-adoecimento, destaca as relações pessoa-ambiente, valorizando as questões relativas ao contexto biopsicossocial, sendo o cuidado a essência de seu enfoque (ANDERSON, RODRIGUES, 2017).

Considerou-se que o MCCP e seus componentes poderiam ser base para avaliar uma consulta de pré-natal na perspectiva da integralidade do cuidado. Portanto, para a construção das perguntas das entrevistas semi-estruturadas realizadas com as gestantes este MCCP e seus quatro componentes foram utilizados como pano de fundo para orientar o roteiro das entrevistas.

3 JUSTIFICATIVA

Donabedian (1988), considerado um dos autores seminais para a construção do processo de avaliação da qualidade em saúde, sugere um modelo fundamentado em três elementos: estrutura, processo e resultado. Pensando em reportar estes elementos avaliativos às diretrizes do PHPN, com base nessa teoria de sistemas, o PNP sugeriu inserir indicadores de processo, de resultado e de impacto. Mas, na prática, estes indicadores não têm sido concretizados nos processos de avaliação. Como já observado por SILVA (et al, 2013) avalia-se que estes indicadores, de caráter mais qualitativo, podem ser tão ou mais importantes quanto a avaliação dos itens protocolares e do número mínimo de consultas a ser realizado. Também, VAN STENUS *et al* (2017), aponta que não é possível melhorar o cuidado prestado sem considerar a experiência individual.

Seria possível pensar em ampliar os indicadores de avaliação de qualidade do pré-natal, inserindo componentes qualitativos e que avaliem o pré-natal numa perspectiva mais integral e processual? Ao considerar, por exemplo, o processo de trabalho nas consultas como um dos possíveis pilares da avaliação da qualidade, seria possível evidenciar um método que pudesse contribuir para desenvolver e ser objeto de avaliação de um cuidado mais integral e humanizado, realizado neste período de vida? Poderia o Método Clínico Centrado na Pessoa, constituir um elemento base para identificar indicadores qualitativo deste cuidado?

Considera-se que, no contexto da qualificação da APS, as práticas que envolvem o acolhimento às gestantes precisam ser aperfeiçoadas de forma que estas possam acessar os serviços de saúde de forma oportuna, com acesso a cuidados humanizados e tecnicamente adequados em todo o ciclo gravídico-puerperal. Neste processo de humanização do cuidado, é necessário que a individualidade das mulheres seja reconhecida durante os atendimentos, auxiliando a construção e o fortalecimento do vínculo. O PHPN, ainda que seja um grande avanço neste sentido, tem o seu foco em condutas de caráter mais quantitativo e protocolar. (BRASIL, 2005).

4 HIPÓTESES E OBJETIVOS

4.1 HIPÓTESES

(1) Na prática diária dos atendimentos nas Clínicas das Famílias do Rio de Janeiro, as consultas de pré-natal prestadas pela ESF têm suas ações preponderantemente voltadas à abordagem e ao levantamento de dados quantitativos, e para a prevenção de adoecimento da mãe e/ou do feto.

(2) O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) e seus componentes podem ser base para orientar uma consulta de pré-natal na perspectiva da integralidade do cuidado, uma vez que permite explorar aspectos de caráter psicoafetivos e sociais da gestante, além de ser ter potencial para incrementar a adesão terapêutica e fortalecer o vínculo profissional de saúde-gestante-família.

4.2. OBJETIVO GERAL

- Contribuir para a qualificação da abordagem integral nas consultas de pré-natal realizadas na Atenção Primária à Saúde, considerando as experiências individuais das gestantes sobre a avaliação do cuidado realizado.

4.3 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Analisar, no âmbito da APS no Rio de Janeiro, a percepção de gestantes, a partir dos relatos das mesmas, acerca do cuidado prestado durante as consultas de Pré-Natal, incluindo questões subjetivas de caráter psicossocioafetivo e também de educação em saúde, tendo por base de análise o Método Clínico Centrado na Pessoa.
- Analisar o potencial do Método Clínico Centrado na Pessoa como estratégia de cuidado e intervenção para o aperfeiçoamento e qualificação das consultas de pré-natal, no sentido da humanização do cuidado, a partir do relato de gestantes acompanhadas em unidades básicas de saúde na cidade do Rio de Janeiro.
- Propor indicadores de qualidade qualitativos utilizando o Método Clínico Centrado na Pessoa a partir desta pesquisa.

5 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de caráter descritivo e de abordagem qualitativa, desenvolvida em Clínicas da Família do Rio de Janeiro tendo como foco as experiências individuais das gestantes nas consultas de pré-natal e base de análise o MCCP. Optou-se pela pesquisa qualitativa porque ela permite compreender e analisar, dentro do seu ambiente, os acontecimentos de acordo com os significados que os indivíduos lhe atribuem (CRESWELL, 2014).

O público alvo do estudo foram 17 gestantes que realizavam acompanhamento de pré-natal de baixo e de alto risco em Clínicas da Família. Destaca-se que as gestantes de alto risco, além do acompanhamento na Atenção Primária, também realizam consultas em hospitais maternidades. Foram considerados como critério de inclusão no estudo: as gestantes terem realizado pelo menos duas consultas de pré-natal na ocasião das entrevistas; serem maiores de 18 anos; estarem vinculados a uma equipe de saúde da família no território da Coordenadoria de Saúde da área de Planejamento 3.1 (CAP 3.1) e com Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade. Foram utilizados como critérios de exclusão: gestantes que sofreram abortamento durante o período da entrevista; gestantes com algum distúrbio mental ou doença física que lhes impedia de responder à entrevista ou que estivessem vinculadas à unidade de origem da pesquisadora.

A seleção das mesmas foi feita nas próprias clínicas, nos dias agendados para a consulta de pré-natal na unidade. Enquanto aguardavam para ser atendidas, as gestantes foram contactadas presencialmente pela pesquisadora, sendo verificado o interesse em participar da pesquisa. Apenas uma gestante da Clínica B não quis participar da entrevista. Foram entrevistadas no máximo três gestantes por turno, em três dias da semana. As entrevistas foram realizadas na própria unidade selecionada, nos consultórios que estavam vagos naqueles turnos. As entrevistas duraram em média nove minutos e foram gravadas em áudio mediante permissão das participantes, e posteriormente transcritas e analisadas. Todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A Área Programática da 3.1 foi escolhida por ser a área de trabalho atual da pesquisadora e, portanto, de melhor conhecimento acerca do território a ser pesquisado. Vale lembrar que a cidade do Rio de Janeiro, para efeitos de organização do seu sistema de saúde, é dividida em 10 Áreas Programáticas (APs).

Para seleção do local de entrevistas das gestantes, optou-se por definir, ainda, na CAP selecionada, as unidades com maior e menor desempenho de qualidade de assistência ao pré-natal, considerando o período referente ao primeiro semestre de 2018. Para tanto, foram identificados alguns indicadores a serem extraídos do prontuário eletrônico, através do preenchimento dos dados da linha de cuidado das gestantes. As variáveis para definir as unidades com maior e menor desempenho na qualidade de assistência ao pré-natal são compostas por indicadores, pactuados pelo contrato de gestão municipal. No quadro a seguir descrever a variável, o indicador e a descrição de ação.

Quadro 3 – Variáveis e Indicadores de Desempenho para Avaliação de Qualidade do Pré Natal - SMSRJ

Variável	Indicador	Ação
1	12	Acompanhamento de sífilis na gestação
1	13	Proporção de gestante com 7 ou mais consultas
2	6	Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez
3*	3	Acompanhamento de uma gravidez

OBS*: A variável 3 é composta por 7 itens: (1) Sexo feminino com pré-natal encerrado no período de vigência; (2) Ter efetuado consulta ou visita médica ou de enfermagem de revisão do puerpério no período em análise e, no máximo, 7 dias após o parto, registrada por qualquer médico ou qualquer enfermeiro, com a descrição de "revisão do puerpério"; (3) ter efetuado a primeira consulta de gravidez antes da 12ª semana; (4) Ter realizado pelo menos 7 consultas de pré-natal médicas e/ou de enfermagem até à 42ª semana com aferição de PA durante a consulta e ter registro de resultado dos testes/exames anti-HIV, hepatite B e sífilis realizados até a 24ª semana de gestação; (5) a usuária deve estar cadastrada na equipe; (6) ter registro de pelo menos 4 visita do ACS desde o diagnóstico da gravidez, sendo uma delas em até 7 dias após a data do parto; (7) ter realizado pelo menos uma consulta odontológica e/ou procedimento clínico em Saúde Bucal (Contrato de Gestão – Estratégia de Saúde da Família - AP 3.1- Teias).

Após a análise dos indicadores de desempenho do acompanhamento de pré-natal com base no período de Janeiro a Junho de 2018, foram então identificadas as duas Clínicas onde a pesquisa foi desenvolvida. Ambas se localizavam na Zona Norte do Rio de Janeiro. A Clínica A possui 8 ESF cadastradas, atendendo a uma população de aproximadamente 24 mil pessoas e a clínica B possui treze equipes da saúde da família, com uma média de cadastrados em torno de 52 mil pessoas. Denominou-se Clínica **A**, a clínica que teve o melhor desempenho de acompanhamento de pré-natal em 2018 e Clínica **B**, a clínica que teve o menor desempenho de acompanhamento dos indicadores de assistência ao pré-natal.

O Método Clínico Centrado na Pessoa e seus componentes serviram de base para a construção das perguntas da entrevista semi-estruturada realizada com as gestantes. A partir do material coletado nas entrevistas foi realizada a análise de conteúdo, utilizando-se como

categorias de análise os 4 componentes do MCCP. Estabeleceu-se, portanto, quatro categorias a saber: 1) *Illness e Disease* – entendidos aqui como explorando o significado da maternidade para a gestante e como ela percebe o cuidado prestado (como por exemplo: aceitação, preparo para gestação, tempo, experiência da gravidez), 2) entendendo a pessoa como um todo, seu contexto próximo e distante; 3) plano conjunto (compreensão sobre o cuidado, as orientações prestadas e decisão compartilhada) 4) vínculo (intensificando a relação profissional-gestante)

(Figura 3) - Esquematização da abordagem centrada na gestante



Foi previsto, entretanto, que outras sub-categorias, poderiam emergir no decorrer da análise a ser realizada.

O roteiro do questionário semi-estruturado foi composto por nove perguntas, elaboradas pela pesquisadora para guiar as entrevistas (vide Apêndice 1). Além disso foram coletados os seguintes dados sobre condições sociodemográficas das gestantes: idade, situação conjugal, número de habitantes no domicílio, escolaridade, renda familiar, participação em algum programa de auxílio do governo (como Bolsa Família) e outros dados referentes ao pré natal: tempo de gestação, acompanhamento no pré-natal de alto e baixo risco e gestação prévia.

A realização do presente estudo obedeceu todas as etapas previstas pelo Comitê de Ética em Pesquisa Escola de Enfermagem Anna Nery - Hospital Escola São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro , e pelo Comitê em Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CAAE 90607218.4.0000.5238) e as

exigências do Conselho de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde (resolução CNS 466/12). Todos os participantes, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), concordaram e receberam os devidos esclarecimentos em relação aos objetivos e metodologia a ser empregada no estudo.

6 RESULTADOS E ANÁLISE

Foram entrevistadas, um total de 17 gestantes: 8 (oito) gestantes da Clínica A e 9 (nove) gestantes da Clínica B. A Clínica A, foi caracterizada como a que teve um melhor desempenho no acompanhamento do pré-natal no primeiro semestre de 2018 e a Clínica B como a que teve o menor desempenho, com base nos parâmetros já apresentados anteriormente. Dados sociodemográficos e outros referentes ao pré-natal das gestantes são mostrados no quadro 4, abaixo.

Quadro 4 – Dados sociodemográficos e outros – Gestantes entrevistadas. Rio de Janeiro. 2019.

	Clínica A	Clínica B
Média idade	26,5	26,6
Ensino superior	2	0
Ensino médio	4	3
Ensino fundamental	2	6
Solteira	4	5
Casada	1	2
União estável	3	1
Viúva	0	1
Primigesta	5	3
Multípara	3	6
Baixo Risco	7	6
Segundo trimestre	3	5
Terceiro trimestre	5	4
Alto Risco	1	3
Empregadas	6	2
Renda salarial média	R\$ 2.500,00	R\$ 873,00
Bolsa Família	1	5

Observa-se que a média de idades entre as gestantes da clínica A e da clínica B são semelhantes. Entretanto, o nível de instrução é menor na Clínica B, onde a maioria das gestantes tem o ensino fundamental incompleto (66,6%). Também, a renda salarial informada

pelas gestantes da clínica A traz um contraste importante quando comparada à renda informada pela gestantes da clínica B, sendo que essas também possuem um número mais expressivo de auxílio com o Bolsa Família, onde em torno da metade (55 %) das entrevistadas afirmaram necessitar de ajuda do governo. Há também que se destacar que a clínica B fica em um território marcado pela violência urbana, não sendo infrequente o fechamento da unidade devido a tiroteios que acontecem nesse território. Esses dados informam que as gestantes da Clínica B vivem situações de alta vulnerabilidade social e econômica.

Não se notou uma diferença em relação ao estado civil entre as gestantes das duas clínica selecionadas. Todas acompanhavam regularmente na clínica da família, sendo que uma gestante da clínica A e três da clínica B haviam sido também encaminhadas para fazer acompanhamento na maternidade devido à gestação ser considerada alto risco. Porém, há que se ressaltar que nenhuma das entrevistadas da clínica B tinha conseguido ir na consulta de pré-natal de alto risco até o momento da entrevista devido: uma a falta de dinheiro para a passagem do ônibus; outra não havia ainda recebido o encaminhamento do Sistema Estadual de Regulação (SISREG) e uma outra ainda foi à consulta, mas foi reagendada por ter sido marcada em um período que o profissional da maternidade estava de férias. Estas informações por si, só já apontam para os possíveis efeitos deletérios, com potencial de incrementar os desfechos negativos. Sabe-se, conforme documentado em pesquisas em saúde, que os segmentos socialmente menos favorecidos (pardos, pretos e indígena) adoecem mais e também apresentam níveis mais elevados de mortes por causas evitáveis. Quando comparados com mulheres brancas, a RMM é duas vezes e meia maior em mulheres negras (Leal MC *et al*, 2017).

Para efeito de apresentação dos resultados sobre as narrativas das gestantes, as mesmas foram codificadas colocando-se a primeira letra de acordo com sua situação, como se segue:

Quadro 5 -Para as Gestantes acompanhadas na Clínica A:

Quantidades Gestantes Clínica A	Codificação (o número entre parênteses diz respeito ao número da gestante entrevistada nesta categoria)
1	Gestante P-ST-BR-A (1) P (Primípara) ST(segundo trimestre) BR (baixo risco) A(clínica A) 1 (primeira)
2	Gestante P-TT-BR-A (1) (P) Primípara TT (terceiro Trimestre) BR (baixo risco) A (clínica A) 1(primeira)
3	Gestante P-TT-BR-A (2) (P) Primípara TT (terceiro trimestre) BR (baixo risco) A (clínica A) 2 (segunda)
4	Gestante P-ST-AR-A (1) (P) Primípara ST(segundo trimestre) AR (alto risco) A (clínica A) 1 (primeira)
5	Gestante P-TT-BR-A (3) P (primigesta) TT (terceiro trimestre) BR (baixo risco) A (clínica A) 3 (terceira)
6	Gestante M-ST-BR-A (1) (M) Multípara ST (segundo trimestre) BR (baixo risco) A (clínica A) 1(primeira)
7	Gestante M-TT-BR-A-V (1) (M) Multípara TT (terceiro trimestre) BR (baixo risco) A (clínica A) V (vulnerável, recebe o bolsa família) 1 (primeira)
8	Gestante M-TT-BR-A (2) M (multípara) TT (terceiro trimestre) BR (baixo risco) A (clínica A) 2 (segunda)

OBS*: Número entre parentesis corresponderá ao da gestante de acordo com a ordem das entrevista

Quadro 6 - Para as gestantes acompanhadas na Clínica B:

Quantidades Gestantes Clínica B	Codificação (o número entre parênteses diz respeito ao número da gestante entrevistada nesta categoria)
Gestante 9	P-TT-BR-B-V (4) P (primípara) TT (terceiro trimestre) BR (baixo risco) B (clínica B) V (vulnerável, recebe bolsa família) 4 (quarta)
Gestante 10	M-TT-BR-B-V (3) M (múltipara) TT (terceiro trimestre) BR (baixo risco) B (clínica B) V (vulnerável) 3 (terceira)
Gestante 11	M-ST-BR-B-V (2) M (múltipara) ST (segundo trimestre) BR (baixo risco) B (clínica B) V (vulnerável, recebe bolsa família) 2 (segunda)
Gestante 12	M-ST-BR-B-V (3) M (múltipara) ST (segundo trimestre) BR (baixo risco) B (clínica B) 3 (terceira)
Gestante 13	M-TT-AR-B-V (1) M (múltipara) TT (terceiro trimestre) AR (alto risco) B (clínica B) V (vulnerável) 1 (primeira)
Gestante 14	P-ST-AR-B (2) P (primigesta) ST (segundo trimestre) AR (alto risco) B (clínica B) 2 (segunda)
Gestante 15	M-ST-AR-B-V (1) M (múltipara) ST (segundo trimestre) AR (alto risco) B (clínica B) V (vulnerável) 1 (primeira)
Gestante 16	P-TT-BR-B (5) P (primigesta) TT (terceiro trimestre) BR (baixo risco) B (clínica B) 5 (quinta)

Gestante 17	M-ST-BR-B (4) M (múltipara) ST (segundo trimestre) BR (baixo risco) B (clínica B) 4 (quarta)
-------------	--

OBS*: Número entre parentesis corresponderá ao da gestante de acordo com a ordem das entrevistas

O nome dos profissionais de saúde citados nos relatos das gestantes são fictícios, a fim de manter o anonimato dos mesmos.

A análise temática foi realizada seguindo os preceitos de BARDIN (2016). Inicialmente foi feito uma pré-análise com leitura flutuante das transcrições dos áudios e escolha dos mesmos para referenciação, formulação das hipóteses e elaboração prévia de categorias de análise, baseadas no estudo do tema em correlação com os objetivos da pesquisa. O material transcrito foi então codificado, agregado e categorizado. As categorias prévias estabelecidas foram descritas em quatro grandes eixos: explorando o significado da maternidade, entendendo a pessoa como um todo, - contexto próximo e distante-, plano conjunto e intensificando a relação entra a pessoa e o médico. A categorização promoveu o surgimento de novas categorias de análise, que não haviam sido levantadas pelo estudo prévio do tema.

A seguir, apresentamos as unidades de análise, pelos eixos, considerando os componentes do MCCP.

EIXO 1

O PRIMEIRO COMPONENTE DO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA

O EIXO 1 da análise relacionou-se ao *primeiro* componente do MCCP nas consultas de pré-natal, correspondendo ao “illness e disease” (STEWART ,2017). Para efeitos deste estudo, e ainda que a gravidez não seja uma “enfermidade”, o “illness” correspondeu às percepções, necessidades, sentimentos e expectativas expressos pelas gestantes, em relação à gestação e ao próprio atendimento nas CFs. Esse eixo foi confirmado pela análise das perguntas 2 e 2. 1 do questionário, respectivamente: *O que significa para você estar grávida neste momento? Isso foi abordado nas suas consultas de pré-natal? Como você percebeu esta abordagem? Se sentiu acolhida? e Como foi para você, após realizar o exame de gravidez,*

receber do profissional de saúde a notícia do resultado positivo? Você lembra um pouco desse momento? Fale um pouco sobre isso.

Para ilustrar esse eixo, foram utilizados 5 unidades de registro que foram captadas após a transcrição das entrevistas. Para identificar as quatro dimensões da experiência da gestação (illness) (*sentimentos, idéias funções e expectativas*), utilizou-se o acrônimo *SIFE*. O último subtema desse eixo descreve a exploração do significado especial da gestação pelo profissional de saúde.

1.1 SENTIMENTOS

O significado da gravidez, naquele momento das suas vidas, variou entre as gestantes. Esse subtema explora os sentimentos das mulheres em relação a sua gestação. Algumas demonstraram que haviam desejado e planejado a gravidez. Outras, não.

"Ah eu quis, quis muito. Foi realmente desejada minha gravidez. Graças a Deus. Eu fiquei muito feliz, mas hoje em dia a gente vê que não é assim". P-TT-BR-A (1).

"O que significa ? (Risos) (de emoção). Olha.. tem tudo, porque, assim eu queria, entendeu... Eu queria e como Deus me presenteou com uma menina, ter uma menina... menina... aí eu fiquei muito mais feliz, aliás, se fosse menino também estaria feliz né, mas a menina, aí eu estou muito mais feliz, tô bem...tô ótima".M-TT-BR-A (2).

"Para mim está sendo uma realização de sonho do meu marido né. Ele queria muito ser pai agora. E a gente conseguiu fazer isso acontecer agora no momento". M-ST-BR-A (1).

"Diferente e assustador. Muito assustador. Porque eu não esperava". P-TT-BR-A (3)

"Quarenta e cinco anos né... é mais um desafio, entendeu...Porque eu não esperava engravidar". M-TT-BR-B-V (3).

"Ah é uma preocupação mas... Vou deixar vir e vou amar. É porque eu tenho que ter jeito de olhar a criança. Eu sou mãe de primeira viagem, então eu não sei quase nada". P-ST-AR-B (2)

Estes resultados vão ao encontro do que se conhece sobre planejamento de gravidez (BRASIL, 2013), considerando-se que, pelo menos, a metade das gestações não são planejadas, embora possam ser desejadas. Na realidade, desejo, planejamento e intenção de

engravadar não são sinônimos: o planejamento de uma gestação envolve o desejo e intenção de engravidar. O desejo representa um sentimento que não necessariamente leva a uma ação. Já a intenção está ligada com o contexto da pessoa, apoio do parceiro e inserção no mercado de trabalho (BORGES *et al*, 2011).

Medo, preocupação, inexperiência e falta de planejamento podem tornar uma gestação um verdadeiro desafio. Destaca-se ainda, nas vozes dessas mulheres, uma que engravidou no climatério, período reconhecido, inclusive, por um maior risco reprodutivo. Além disso, normalmente após os 40 anos, a mulher já está com seus filhos crescidos, direcionando seus desejos pessoais para outros planejamentos, sendo que nesse contexto uma gravidez pode representar ainda mais desgaste para a grávida e para o casal (ÁRTICO *et al*, 2007). A felicidade em receber não só a notícia da gravidez, mas também a confirmação de ser um bebê do sexo feminino, "uma menina" "uma menina", ela repete algumas vezes com um sorriso no rosto! Faz-se necessário uma reflexão diante do assunto de ser mulher. Destaca-se primeiramente, o processo identificatório pela pequena bebê envolvida pelas sensações muito fortes da sua mãe (WENZEL, MARDINI, 2013).

Assim, evidencia-se por estes relatos que, quando um casal ou muitas vezes a mulher que vem procurar atendimento por suspeita de gravidez, recebe a notícia de gravidez, isso pode acarretar um impacto considerável no ambiente familiar, sendo um evento significativo, mesmo que não seja a primeira gestação (WENZEL, MARDINI, 2013).

Diferentes sentimentos podem surgir quer seja uma mãe primigesta ou quer seja para uma mulher que já vivenciou a experiência da maternidade. Às vezes, como se pode observar, o diagnóstico de gravidez pode ser equivalente a comunicar uma notícia difícil, já que a definição de uma má notícia é qualquer evento que pode mudar de forma contundente, e negativamente, a visão da pessoa em relação ao seu futuro (VANDEKIEFT, 2011). Se analisarmos que uma notícia de gestação num contexto onde ela não estava planejada e nem esperada, estaremos diante de tal situação.

1.2 IDÉIAS SOBRE O ESTAR GRÁVIDA

Faz parte do primeiro componente do MCCP explorar suas idéias em relação à experiência da “doença” – no caso da gestação - bem como as relações casuais e explicações místicas, eventualmente existentes. Na maioria das vezes as pessoas já levantaram hipóteses sobre sua situação de saúde antes de consultar o médico (BARBOSA, RIBEIRO, 2016).

Ao perguntar para gestante como foi receber do profissional a notícia da gestação, evidenciou-se o segundo subtema de análise desse eixo - que tentou explorar que idéias, em relação à gestação, a gestante teve ao buscar o atendimento na unidade de saúde. Apresenta-se o relato a seguir de duas mães acerca da idéia da gestação. Conhecer estas explicações acerca da gravidez, é importante para entendê-las.

“Eu achava também que nem tinha condições de engravidar porque eu tenho ovário policístico , ai eu me via fazendo tratamento para engravidar e eu conhecia uma amiga minha que tinha isso e fez tratamento de cinco anos para poder engravidar e eu me via nessa situação. E de repente foi positivo. Eu achava que ia demorar para engravidar”. P-ST-BR-A(1)

“Porque eu estava fazendo tratamento de ovários policísticos então eu nem imaginava que estava grávida”. P-ST-AR-A (1)

A ideia sobre sua condição de saúde, no caso, serem portadoras de ovários policísticos, levou à crença de que elas não poderiam engravidar, deixando inclusive de usar os métodos anticoncepcionais. As gestações dessas duas mães primigestas se revelaram em um momento em que não estavam sendo planejadas, num encontro marcado pela surpresa ao receber o diagnóstico de gravidez.

Os “ovários policísticos” foram descritos pela primeira vez em 1935 por Stein e Levanthal. Ainda continuam sendo tema de discussões em relação à fisiopatologia, às associações clínicas, bem como embates sobre a saúde reprodutiva e terapêutica. Uma das manifestações da síndrome dos ovários policísticos é a infertilidade por anovulação crônica, presente em até 75 % das mulheres (SILVA-DE-SÁ, 2018).

1.3 FUNÇÕES

Essa subcategoria de análise, responde à pergunta de como a gestação modifica determinadas funções ou planos da pessoa ou da família. Que efeitos na funcionalidade na vida da mulher ou da família pode ter essa gestação? Num contexto onde ela não foi planejada, a ocorrência de uma gravidez pode exigir mudanças maiores do que a esperada para esse período.

A gestante *P-TT-BR-A (2)*, relatou que a gestação exigiu que ela parasse de estudar, acarretando mudanças de planos e postergando uma meta importante para ela que era terminar

o ensino médio. É relevante que a abordagem das consultas de pré-natal acolha também as demandas frente a esses planejamentos que algumas vezes tende a ser adiados.

“ Eu queria ter terminado meu ensino médio, minha escola, tudo”. P-TT-BR-A (2)

Já a mãe da clínica B, M-TT-BR-B-V (3), preocupa-se por talvez não ver o desenvolvimento do seu filho, frente a uma gestação em uma idade mais avançada.

“ É um desafio e um desafio que me preocupa, porque quarenta e cinco anos é uma idade já que tá chegando quase cinquenta. Você não sabe se vai viver daqui a dez anos, se você vai viver daqui a quinze anos e aí você fica preocupada com aquele ser que você botou no mundo, por conta de que você não sabe se vai viver muito tempo para ver o desenvolvimento, o crescer daquele adolescente, tu entendeu, e isso me preocupa”. M-TT-BR-B-V (3).

1.4 - EXPLORAÇÃO DO SIGNIFICADO ESPECIAL DA GESTAÇÃO PELO PROFISSIONAL.

De acordo com o Ministério da Saúde e suas normas de orientação para o acompanhamento do pré-natal, é responsabilidade da equipe de saúde, explorar o significado da gestação, ao entrar em contato com a mulher gestante, compreendendo seu múltiplos significados.

Apesar de ainda existirem dúvidas sobre o número ideal de consultas de pré-natal, o início precoce do acompanhamento gestacional parece ser fundamental para uma adequada assistência. Os cuidados ofertados no primeiro trimestre são usados como um indicador maior da qualidade dos cuidados para as gestantes (BRASIL, 2013).

Nas Clínicas da Família do Rio de Janeiro, o acompanhamento se inicia ao inserir a gestante na linha de cuidado de pré-natal. O indicador 6 da variável 2, diz respeito ao percentual de consultas iniciadas antes da 12^a semana de gravidez. O acolhimento da gestante nesse momento inicial da assistência nas unidades básicas de saúde exige da equipe uma responsabilização pelo cuidado a partir de uma escuta qualificada promovendo o vínculo e iniciado a avaliação para de seu contexto social e vulnerabilidades (BRASIL, 2013).

Entretanto, ao serem perguntadas sobre se o significado da gravidez para a gestante foi abordado nas consultas de pré-natal, os resultados variaram. A primigesta a seguir, nos relata

um pouco como foi a espera confirmatória do teste rápido da gravidez e como foi realizada a acolhida e a exploração desse momento inicial da gestação pelo profissional de saúde.

"Oh quando eu fiz o exame, que deu positivo, que a gente fica aguardando né.. até então, esperando a resposta, o resultado do exame, aí a enfermeira lá perguntou para mim que tinha colhido, posto aquela "paletinha" no exame de urina, ela perguntou se eu estava ansiosa. E eu falei que tava. Mas por quê ? Você quer ou não quer ? Ah eu quero. Aí ela falou assim: eu nem lembro da última vez que eu dei um resultado que a mãe ficou feliz". P-TT-BR-A (1)

Destaca-se nesse relato, como foi a percepção da gestante em relação a esse momento inicial porém também chama a atenção o relato do profissional que está lhe atendendo, que não lembrava da última vez que a mãe tinha ficado feliz ao receber esta notícia. Mais uma vez aparece nas entrevistas a relevância do planejamento familiar e como é importante ir além da simples pergunta : Sua gravidez foi planejada ?

Nos registros a seguir, de uma mãe primigesta e de uma mãe múltipara pode ser observada a percepção da gestante sobre a exploração do significado da gestação feita pelo profissional de saúde.

"Como é que eu tava me sentindo? A única coisa que perguntaram é se foi planejado" P-ST-BR-A(1)

" Cheguei a conversar sobre isso durante as consultas de pré-natal, da gestação ser planejada". M-TT-BR-A (2)

Parece que a abordagem dos sentimentos iniciais não foi alcançada com a pergunta referente ao planejamento gestacional. Está escrito no Guia de Referência Rápida de Atenção ao Pré-Natal (SMS/RJ, 2016) que durante a primeira consulta de pré-natal o profissional de saúde deve perguntar se a gestação foi planejada e, também, sobre sua aceitação.

Uma das gestantes que acompanha no pré-natal de alto risco, quando perguntada sobre ter conversado com o profissional de saúde sobre as suas sensações no momento inicial de consulta do pré-natal nos diz o seguinte:

"Não lembro de ter conversado aqui sobre isso. Só conversei mesmo com o psicólogo lá porque ele falou sobre esses assuntos mesmo, mas aqui não". P-ST-AR-A (1)

Parece que há um certo "tabu" ou uma desvalorização da importância em falar sobre "esses assuntos", mas a medicina de família e comunidade apresenta características em sua

prática que facilitam o desenvolvimento e o fortalecimento do vínculo com as pessoas, sendo o foco da sua prática centrada na pessoa de modo integral (LOPES, 2005). Portanto há que se considerar a abordagem dessas demandas também nas consultas de pré-natal. O relato da mãe a seguir é sugestiva que houve uma valorização da acolhida e da escuta, evidenciando um suporte emocional através de uma interlocução sensível entre o profissional e a pessoa (RODRIGUES, 2004).

“Sim, eles perguntam direitinho, querem saber, conversar com a gestante, para poder ajudar a gente, eles são assim”. P-TT-BR-B (5)

1.5 - EXPECTATIVA DA GESTANTE EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO

Essa subcategoria de análise procurou explorar como as mulheres se sentiram em relação ao acolhimento de suas demandas no período da gestação pelos profissionais de saúde que lhes atenderam. Quais seriam as expectativas delas em relação a eles ?

Em relação ao tipo de serviço que esperavam encontrar, algumas se mostraram insatisfeitas por não conseguir realizar exames de imagem no local onde estavam sendo assistidas.

" Eu só achei que podia ter serviço de ultra né... ultrassonografia, esses eletrocardiogramas do feto" P-TT-BR-A (1)

" O problema é conseguir fazer exames. Porque eu nunca consegui fazer uma ultrassonografia aqui. Porque nunca consegui. Porque falam que não tem verba, o aparelho está ruim, dai não tem como fazer "P-TT-BR-A (2)

Sabe-se que todas as clínicas das famílias hoje dispõem de serviço de ultrassonografia, semanalmente disponíveis nas unidades, sendo que as vagas são proporcionais à população cadastrada. Parece, então haver duas questões a serem analisadas: As CFs estão com problemas para realizar oportunamente os exames de ultrassonografia? ou haveria uma questão cultural envolvida neste aspecto? Ou seja, haveria, no segundo caso, uma “demanda” por fazer mais exames de imagem do que os preconizados pelo MS e uma “frustração” quando isso não se transforma em realidade?

O Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde recomenda oferecer o exame ultrassonográfico para as gestantes que tem dúvida da data da última menstruação, sendo que este exame deve ser, preferencialmente, realizado entre 10 e 13 semanas de gestação (

BRASIL, 2012). Os benefícios da ultrassonografia de rotina em pré-natal de baixo risco ainda apresentam resultados incertos, sendo que a não execução deste procedimento não diminui a qualidade do pré-natal (CROWTHER *et al*, 1999).

Neste contexto, embora nem sempre justificado, parece mais esperado que uma gestante de mais alto risco tenha uma preocupação exacerbada com a realização de exames complementares. Por exemplo, uma gestante múltipara, que acompanha no pré-natal de alto risco, procurou por meios próprios para fazer seu pré-natal em um nível secundário, porque, segundo ela, na clínica só se fazia o "básico" mesmo.

" Estou fazendo exames que aqui eu não consegui fazer. Aqui me informaram que o SUS não faria esses exames, porém lá eu consegui fazer, por lá, translucência nugal, a morfológica, eu fiz pelo SUS, e aqui falaram que não podiam nem marcar e lá eu consegui fazer".M-ST-AR-B-V (1)

P-ST-AR-A (1), gestante primigesta que está no segundo trimestre de gestação e que acompanha também na maternidade de alto risco, nos traz o seguinte relato:

"...morfológica, sempre estou fazendo ultrassom, sempre quando eu vou lá eles medem a barriga direitinho, botam pra ouvir o coraçãozinho do neném, aqui também, sempre ouço o coraçãozinho do neném, só não tem ultrassom" P-ST-AR-A (1)

A facilidade de realizar exames de maior complexidade como uma ultrassonografia seriada ou morfológica é, de fato, maior para as gestantes que acompanham na maternidade de alto risco. Entretanto, todo exame é complementar ao diagnóstico clínico (anamnese e exame físico), que sempre tem papel independente e não substituível por qualquer exame complementar. No relato acima, apesar de a gestante dizer que na clínica que ela acompanha não tem ultrassom, ela descreve todo o exame físico que é normalmente realizado nas consultas de pré-natal, e servem para avaliação do bem estar materno e fetal. Ao dizer que eles medem a “barriga direitinho”, se referindo ao exame para avaliação do fundo uterino e “escutar o coraçãozinho”, os profissionais de saúde estão avaliando a gestante clinicamente e verificando a necessidade ou não de se realizar exames complementares.

EIXO 2

ENTENDENDO A PESSOA COMO UM TODO, SEU CONTEXTO PRÓXIMO E DISTANTE

Essa categoria de análise foi feita a partir das **terceira, quarta e quinta** perguntas do questionário, que tentou explorar a abordagem da gestação como um todo nas consultas de pré-natal, incluindo o contexto próximo e distante da gestante. Refere-se ao segundo componente do MCCP. O contexto próximo engloba: família, segurança financeira, educação, emprego, lazer e apoio social. O contexto distante pode ser representado pela comunidade, cultura, ecossistema (STEWART, página 61).

2.1- CONTEXTO PRÓXIMO - FAMÍLIA

Uma das definições de família é a de um grupo de pessoas que convivem, mantêm laços intensos de proximidade e dividem sentimentos de pertença e de identidade. A família "nuclear" é representada pelo pai, mãe e filhos. Já a família "extensa" é caracterizada pelos laços de consanguinidade. Quando se reporta a família "abrangente" pode compreender os parentes que moram ou não a mesma casa (DIAS, 2012).

Quando perguntadas sobre se receberam apoio familiar, na sua grande maioria, as respostas apontaram que o apoio vem representado pela figura do companheiro ou pai da criança. No entanto, a família extensa também apareceu como suporte para elas durante esse período. As gestantes a seguir responderam:

"Principalmente meu marido que me dá muito suporte" M-ST-BR-A (1).

"Em relação à gravidez, com o pai da criança". P-ST-BR-A (1)

"Todo mundo está me dando suporte. Não tem uma pessoa que não esteja. Meu esposo, minha mãe, minhas tias, a mãe dele, o pai dele, todo mundo. meu esposo está sempre comigo. Sempre se comunicando". P-ST-AR-A (1)

Nem sempre a mesma pessoa que dá assistência durante a gravidez é a mesma durante o período do parto. Isso apareceu quando se perguntou sobre o momento específico do parto a

fim de explorar como estava a organização da mulher para esse período e também como os profissionais abordam isso nas consultas de rotina.

No relato a seguir, de uma gestante múltipara já no terceiro trimestre de gestação nos reporta o apoio recebido durante o momento do parto:

"Principalmente meu marido né. Mas também eu posso contar com a minha família, com a minha mãe, com a minha tia, graças a Deus, eu não estou sozinha. Em relação ao nascimento do bebê, olha, eu vou ser sincera, nesse caso aqui, eu tenho a minha mãe que disse que vem, mas ela também não me deu uma certeza. Mas até que eu estou bem tranquila enquanto a isso. Quando é primeiro filho, você fica mais receosa né, como que vai ser, como você vai cuidar, nesse eu já me sinto até um pouco mais confiante de fazer mais sozinha, caso aconteça da minha mãe não poder vir, eu tenho uma tia que disse que viria, mas também não é aquela coisa de certeza. Então não to contando 100 % que venham vir ficar." M-TT-BR-A-V (1)

De acordo com dados publicados na literatura, as pessoas que mais participam da rede social e de apoio as mães são os maridos, as avós e as crianças mais velhas (OLIVEIRA, DESSEN, 2012). Chama bastante a atenção o fato de que, das 17 gestantes entrevistadas, apenas duas relataram que foram perguntadas sobre o apoio familiar recebido durante o período gestacional.

2.2- CONTEXTO PRÓXIMO - SENSO SÓLIDO DE SI E MOMENTO DO CICLO DE VIDA

Conhecer a pessoa como um todo auxilia o médico a intensificar a sua interação com ela, em períodos específicos do ciclo vital (LOPES, 2012). A avaliação dos ciclos de vida torna-se importante para explorar o efeito que uma gestação pode ter no momento de vida daquela família. É uma importante oportunidade para os profissionais de saúde auxiliá-los para essa etapa, direcionando para que atitudes e comportamentos resilientes possam ser desenvolvidos (FORTES, ANDERSON, SCHENKER, 2008).

A gestante a seguir, múltipara, nos fala um pouco sobre ter uma atitude mais independente durante o período do parto, sendo que ela ainda não nenhuma confirmação certa de apoio nesse momento.

"Mas também eu to tranquila, caso não venham. Na primeira, vez com a minha filha, eu tive depressão pós parto, após ela nascer. A

gravidez foi ótima, eu não tive nada, não deu nada, mas quando ela nasceu, me deu aquela coisa de eu não vou conseguir cuidar, eu não vou cuidar, nesse, eu já acho que eu conseguiria melhor, independente se eu vou ter alguém ou não". M-TT-BR-A-V (1)

Ao se explorar esse aspecto do período da gestação, permite conhecer como está o desenvolvimento individual da pessoa naquela etapa e quais atitudes estão sendo desenvolvidas por ela para o enfrentamento de alguma dificuldade que possa acontecer. No caso, essa mãe não tem ninguém para ir com ela no dia em que for ter o bebê. Mesmo assim, ela adota uma atitude positiva, lembra que na gestação passada, inclusive, teve um agravo que foi a depressão pós parto, porém, parece resiliente frente à possibilidade de estar sozinha nesse período final da gestação.

A acolhida e a escuta ativa são fundamentais para que o cuidado continuado durante as crises do ciclo vital familiar seja realizada. Sabe-se que podem ocorrer crises previsíveis, esperadas, mas também as inesperadas. Em relação a estas, podemos citar algumas como adoecimento de algum membro da família, acidente ou acontecimento inesperado, separação entre os cônjuges entre outras. Todas essas situações, muitas vezes, demandam atenção por parte de quem atende (DIAS, 2012).

A seguir, destaca-se o relato de duas mães, revelando duas crises familiares inesperadas nesta fase do período gestacional. A *M-ST-BR-B-V (2)* perdeu o companheiro por uma overdose e a *P-TT-BR-B (5)* se separou antes mesmo do bebê nascer.

"Morreu (se referindo ao marido), dia 14 ". Aí, eu não gosto nem de lembrar (fica silêncio novamente, a voz fica embargada e os olhos marejados novamente) M-ST-BR-B-V (2)

“ Perguntaram na consulta como estava, e aí como é que vai, não sei o quê, mas a resposta é essa. A gente continua amigos. A gente não tá mais juntos. Apesar de não estarmos juntos, isso tem sido uma dificuldade para mim, é verdade”. P-TT-BR-B (5)

O abuso de substâncias prejudiciais aparece no relato de duas gestantes abaixo, ao responderem sobre as principais dificuldades dessa etapa do ciclo de vida familiar. A primeira gestante está sozinha porque o companheiro é usuário de substâncias ilícitas. Ele lhe deixa só, cuidando dos demais filhos, sem uma rede de apoio sólida, sendo que ela pode contar eventualmente com a mãe que mora longe. Já segunda gestante, afirma usar álcool e tabaco na gestação, devido aos sintomas de ansiedade desse período.

"No caso, devido ao meu marido estar com uns problemas assim, como é que eu posso dizer... ele tem um certo problema de vícios, de drogas, então ele anda muito sumido. Agora ele voltou porque minha filha faz aniversário dia primeiro de janeiro, então ele voltou, desde o dia primeiro de janeiro, ele tá em casa, dez dias em casa no caso. Aí eu tenho mais o suporte da minha mãe. Mas a minha mãe mora em Bangú, aí eu tenho que me deslocar daqui para ir para Bangú. Que aqui mesmo eu não tenho o suporte de ninguém. Não cheguei a conversar sobre isso durante as consultas de pré-natal". M-TT-AR-B-V (1)

"Posso lhe falar uma coisa? Ultimamente eu tenho bebido um pouco de cerveja, eu não sei se cerveja prejudica, prejudica? Por conta da minha ansiedade. E assim quando eu bebo eu fumo também, eu só fumo mais quando eu bebo. Cigarro, eu não tenho nenhum tipo de vício nem com droga e nem com maconha. E assim, eu não bebo sempre, só nos finais de semana. E durante a semana eu me alimento muitíssimo bem. Já cheguei a falar sobre isso com todas as meninas durante as consultas de pré-natal. Elas falaram que não era certo, daí eu falei: que não tô conseguindo. Doutora eu tô muito ansiosa. Eu tô ansiosa, eu tô preocupada, é muita coisa junto! É que nem eu te falei, a gente mora numa comunidade muito arriscada, entendeu? M-TT-BR-B-V (3)

Além de ser um período de mudanças físicas no corpo da mulher, a gestação também é acompanhada de alterações emocionais, deixando as mães mais vulneráveis. Algumas podem se sentir mais fortalecidas e maduras, já outras estão mais frágeis, desorganizadas e confusas (SILVA, 2013).

Existem também algumas situações especiais, onde por exemplo a gestante já possua uma doença prévia que pode ser agravada durante a período gestacional. Os relatos que se seguem são de duas gestantes que acompanham no pré natal de alto risco. Elas falam um pouco de como sua doença afeta a sua gestação e das dificuldades que estão sentindo.

" Eu tenho a síndrome do pânico. Eu faço tratamento com remédio pra ansiedade, eu fazia o clonazepam também, que agora eu uso bem pouco, só em casos de emergência porque me dá taquicardia, e acho que devido a isso eu tô bastante ansiosa. Já era então, mas agora tá um pouquinho pior do que era antes. Meu acompanhamento anda mais ou menos, eu acho que o fluoxetina eu já teria que ter trocado, porque eu não sinto muito a ajuda dele. Isso eu não cheguei a conversar nas consultas de pré-natal, nem aqui e nem lá. M-ST-AR-B-V (1)

" O problema que eu tenho. Que eu dou epilepsia. Não to usando medicamento. A médica proibiu de eu usar porque é muito forte. Ai eu estou sem o medicamento. Eu cheguei a conversar sobre isso nas consultas, ela me deu até um acompanhamento médico mas eu tava sem dinheiro da passagem aí eu não pude ir. Ela me encaminhou para o médico que me acompanhava para passar um remédio mais fraco. Ela marcou um outro hospital (não é o hospital que ela já fazia acompanhamento desde pequena). Daí eu tenho tido crise. Não me atrapalha de vir nas consultas mas atrapalha meu dia a dia. P-ST-AR-B (2)

Chama-se a atenção para esses dois relatos, pois a primeira mãe *M-ST-AR-B-V (1)* possui uma doença e a mesma não compartilhou esses sentimentos e o uso dos medicamentos citados nem com os profissionais da clínica da família e nem na maternidade de alto risco onde também faz o seu acompanhamento. Já *P-ST-AR-B (2)* tem um problema de saúde - epilepsia- e ela não conseguiu ir na consulta agendada no pré-natal de alto risco, pois estava sem o dinheiro da passagem. A situação de vulnerabilidade também expõe essa gestante a um risco maior, visto que muitas delas dependem de auxílio do governo para sobreviver e necessitam de ajuda quando precisam comparecer a consultas agendadas em outros lugares longe de sua residência. Só fazer o encaminhamento não garante que o paciente irá conseguir chegar na consulta agendada. Há no meio do caminho, alguns entraves que acabam influenciando nos desfechos, ela segue sem o medicamento para controle das "crises" que atrapalham seu dia-a-dia. Ou seja, sem comunicação ou continuidade, não haverá garantias de uma assistência resolutiva. A demanda da gestante por um atendimento integral passa muitas vezes por todo o sistema. Para se obter uma integralidade no cuidado é preciso trabalhar em rede (SILVA, ANDRADE, BOSI, 2014).

Durante o período gestacional, a ansiedade tem diversas causas identificáveis para cada período, por exemplo : ambivalência, negação, introspecção, medo entre outras. Quando a gestação é de alto risco, as dificuldades adaptativas do ponto de vista emocional podem ser ainda maiores. O próprio rótulo “alto risco” já aumenta a necessidade de adaptação emocional (BRASIL, 2000). Intercorrências clínicas, como a presença de epilepsia, por exemplo, podem requerer a orientação conjunta do neurologista, para uso de monoterapia e com medicamentos que têm menor potencial teratogênico, como por exemplo, a carbamazepina, que tem demonstrado resultados perinatais melhores (BRASIL, 2011).

2.3- CONTEXTO PRÓXIMO - SEGURANÇA FINANCEIRA

Essa subcategoria de análise surgiu também da identificação dos relatos de gestantes em relação a sua segurança financeira e dificuldades relacionadas à renda. Sabe-se que, mesmo após a correção de fatores de risco biológicos identificáveis, a classe social está inversamente relacionada com a mortalidade. Pessoas que moram em áreas de privação socioeconômica têm desfechos piores quando comparados àquelas que vivem em áreas melhores (STEWART, 2017).

Uma mãe primigesta, no terceiro trimestre, trabalhava sem vínculos registrados na carteira de trabalho até ficar desempregada já no período final da gestação. Ela também relata sobre a ajuda recebida da médica que realiza seu pré-natal durante esse período de dificuldade. O profissional soube tem empatia e sensibilidade para tentar entender a paciente como um todo, acessando esse compartimento do trabalho que estava lhe gerando aflição.

*“Eu fiquei desempregada agora no momento da gravidez, no final da gestação, depois de três anos de trabalho, eu fiquei desempregada...”.
No momento do meu trabalho, ele me ajudou com teste de emprego, porque eu tava sem carteira, ela me ajudou muito.P-TT-BR-B (5)*

Muitas das gestantes entrevistadas da clínica **B** tinham baixa escolaridade e uma renda salarial menor do que a clínica **A**. Era expressivo também nessa clínica a desigualdade social: na Clínica Tipo B tinha-se também um maior número de mulheres que precisavam receber auxílio Bolsa Família.

O contexto de violência urbana é representado no relato dessa mãe, que é autônoma e não consegue sair para trabalhar em decorrência. A violência urbana aumenta o medo social, modificando a vida diária da população, que se sente ameaçada e em perigo, acarretando sentimentos de insegurança, medo e desesperança (MACHADO, 2015).

“ Eu me preocupo também com o lado financeiro, porque a gente quando é pobre...; eu moro em comunidade e, tipo assim, na nossa comunidade tem muito tiro, tem muita violência... então por conta da violência tem época que não tem como a gente trabalhar, porque vai sair de casa como... ? Com tiro na cabeça... ? Você pode sair e não voltar...Isso tudo também me preocupa né, porque nosso lado financeiro não é uma coisa que te ajuda muito. Quem mora em comunidade sabe o que eu tô falando”.M-TT-BR-B-V (3)

Os danos causados pela violência geram altos custos emocionais, sociais e com aparatos de segurança pública. Acarretam também prejuízos econômicos como ausência de dias no trabalho, implicando danos mentais e emocionais imensuráveis (BRASIL, 2005).

2.4 - CONTEXTO PRÓXIMO EMPREGO

Um questionamento acerca da história ocupacional da pessoa permite ao médico, entre outras coisas, conhecer sobre efeitos ambientes ou substâncias tóxicas e que ofereçam perigo que ela possa estar se submetendo (STEWART, 2017). No período gestacional o local de trabalho também pode ser espaço de mais uma rede de apoio ou, ao contrário, ser um fator que gere estresse. Segundo apontado por Cassel (1991, p. 164) " *Conhecer a ocupação de alguém é aprender algo sobre sua condição social, educação formal, conhecimento especializado, responsabilidades, horários de trabalho, renda, desenvolvimento muscular, habilidades, perspectivas de vida, orientações políticas, moradia e muito mais*"

A seguir, uma gestante nos diz sobre o suporte recebido no seu trabalho durante o período da gestação.

“ Olha eu estou me sentindo bem acolhida, bem mimada no meu trabalho, pelas minhas clientes, pela minha família. Mas também assim... questão de apoio..., apoio mesmo... a gente vê quando nasce. Eu trabalho no mesmo lugar há 12 anos, de um tempo para cá a gente deu baixa na carteira, fez aquele MEI, mas o meu tempo era pouco para conseguir o resgate, mas a minha patroa vai me dar, mesmo assim, cinco meses. Essas questões não chegaram a ser conversadas nas consultas de pré-natal. P-TT-BR-A (1) “

Como mencionado, o trabalho também pode ser ambiente gerador de estresse, se tornado muita vezes angustiante para a gestante. A gestante a seguir reporta a importância de ter podido conversar sobre isso com a enfermeira que realiza seu pré-natal.

“Na última consulta eu conversei com a enfermeira Carolina, assim sobre minha irmã porque a gente trabalha junto né, aí às vezes a gente se "bate" muito de frente, mas fora isso tranquilo, todo mundo tranquilo. Hoje mesmo a ela voltou... assim gente já tá batendo bem uma com a outra, então tá tranquilo. Foi importante conversar sobre isso porque eu estava querendo desabafar com alguém, aí quando eu cheguei aqui eu comecei a conversar com ela, ela me deu um acolhimento... nossa.. conversou comigo que nem uma psicóloga, uma ótima pessoa” M-TT-BR-A (2)

Ao incluirmos a avaliação do contexto próximo, perguntando sobre a ocupação, isso nos permite conhecer melhor o paciente, sobre sua condição de vida, sobre situações que ele possa estar exposto, permitindo uma acolhida maior.

“Então.. eu sou autônoma, eu tenho uma barracinha de cachorro quente. Eu abria todos os dias, como eu tô grávida e já estou com uma gravidez bastante evoluída, já tô com quase 9 meses, eu só estou abrindo aos finais de semana, por quê? Eu não vou deixar minha filha lá porque ela é de menor. Aí dá um tiroteio, eu vou tá dentro de casa com ela trabalhando, meu marido então eu não deixo então nenhum dos dois, por conta de preocupação porque é muito perigoso. Então eu só tô abrindo a barracinha só aos finais de semana. Eu não tô nem lucrando com essa barraca, você acredita ? Só Jesus mesmo. É porque eu to abrindo só aos finais de semana, porque a rua é mais movimentada e , assim, é muito arriscado minha filha. A gente mora em comunidade.. a polícia invade, aí tem tiroteio”. M-TT-BR-B-V (3)

A preocupação com a violência urbana vivenciada por essa gestante relata seus próprios medos com relação a bala perdida e segurança da família.

2.5- CONTEXTO PRÓXIMO - APOIO SOCIAL

O contexto próximo de apoio social também é um importante suporte que o profissional de saúde pode explorar durante o período do pré-natal. Sabe-se que indivíduos que têm rede sociais saudáveis, são mais resistente a doenças e possuem estratégias melhores para enfrentá-las. Mais importante que a quantidade é a qualidade das relações estabelecidas (STEWART, 2017).

Alguns autores classificam o apoio social conforme o tipo de ajuda fornecida, dividindo em disponível, percebido ou recebido, outros dividem quanto ao tipo de apoio, como, por exemplo, apoio emocional, informacional ou instrumental (RAPOPORT, PICCININI, 2006).

De maneira geral, define-se rede social com uma teia de interações, onde os indivíduos estão envolvidos em ações concretas. Funcionam como núcleos de apoio para ajudar seus membros a lidar com problemas da vida diária ou em situações excepcionais de crise. Podem exercer algumas funções como: companhia social, ajuda financeira, apoio emocional, etc. Uma rede social de suporte é definida quando essas ligações implicam confiança e supõe reciprocidade (BRAGA, 2006).

A seguir, duas gestantes nos relatam da importância dessa rede de apoio social, para além da ampliação do espectro que normalmente conhece-se dos parentes mais próximos como pai, tia e avós que normalmente são abordados nas consultas de rotina.

" Só a minha amiga. Eu morava com ela. Essa semana que eu vou mudar para casa da minha sogra. Só falta pegar as minhas coisas". P-TT-BR-A (3)

" Tem as madrinhas que são minhas amigas, entendeu. Elas moram tudo próximo, então elas já falaram que se eu precisar de alguém para me ajudar com os curativos, que eu vou fazer uma cesárea, devido a gravidez ser de gêmeos, aí falou que eu posso contar com elas, para olhar as crianças enquanto eu estiver no hospital, para olhar minhas duas filhas. Também não conversei sobre isso". M-TT-AR-B-V (1)

A primigesta P-TT-BR-A (3) morava com a amiga a qual era sua única rede de suporte, tanto emocional, como financeiro. A segunda gestante M-TT-AR-B-V (1) que espera gêmeos, pode contar com as amigas também para ajudar no cuidado dos outros filhos enquanto ela estiver na maternidade ganhando os bebês, além de também poder contar com eles para os cuidados do puerpério.

Considerando um cuidado integral, na visão de uma pessoa com um indivíduo holístico na qual a história vai além daquele momento em que ele se apresenta a unidade de saúde, respeitando o contexto de vida, faz eventualmente necessário considerar também seu pertencimento a rede social. Por meio de uma escuta e uma atenção voltada para as redes que muitas das vezes não estão expostas em decorrência da sua informalidade e plasticidade, mas que com certeza indicam um caminho para a construção de um olhar e de uma atitude de compreensão e de respeito à alteridade (BRAGA,2006).

2.6- CONTEXTO DISTANTE COMUNIDADE

A definição de comunidade diz respeito a um grupo de pessoas que reconhecem algumas afinidades com base na geografia, religião, origens étnicas, profissionais ou interesses de lazer. Ter um senso de pertencimento e de identidade dentro de uma comunidade parece ser mais saudável do que em grupos que não têm (STEWART, 2017).

Essa relação de confiança e pertencimento, surgiu, quando as gestantes responderam se teria alguém com quem poderiam contar durante o período da gestação que pertencesse ao seu território. Ao questionar sobre o apoio que possa existir na comunidade, também estamos

realizando cuidados, visto que esse agente local também pode ser promotor de cuidado. Vejamos a seguir o relato de algumas delas a respeito do suporte recebido:

"Fora também que na rua onde eu moro tem uma vizinha, que me acolheu muito bem. Já virou minha família também aqui e ela já falou que o que precisar de mim pode contar".M-TT-BR-A-V (1)

A gestante *M-TT-BR-A-V (1)* nos diz que a vizinha agora já é parte da família e que está disponível caso ela precise de algum auxílio. Isso é muito valioso, quando se considera o período do pré-natal, ainda mais em mães que já tem outros filhos. Muitas mães, por vezes, faltam às consultas de pré-natal por não terem com quem deixar seus filhos. Se olharmos apenas em uma direção, focando e dados objetivos, sem explorar o contexto distante, podemos não perceber que o território onde moram também pode ser fonte de auxílio, promoção de saúde, direcionando os cuidados em saúde. A seguir, duas mães também nos informam da relação próxima que têm com pessoas que pertencem a sua comunidade.

"Em relação ao nascimento do bebê, a minha vizinha que me levou para mim ganhar a minha filha, que ela me falou que vai me levar de novo para mim ganhar esse, que ela fica até o fim. É uma vizinha minha entendeu, que tem um pouco mais de idade, e ela gosta dessas coisas. E Ela faz barraco se não quiserem ficar contigo, tu fica lá. Que a mulher não queria me atender, ela mandou eu deitar no banco, eu deitei no banco, fiquei lá e sei que me atenderam. Aí ela falou que vai me levar de novo. Minha mãe não tem condições porque tem que ficar com os outros". M-ST-BR-B-V (2)

" Tem, meu vizinho que vai ser padrinho da minha filha e tem a minha tia. Ainda não conversei sobre isso nas consultas de pré-natal". P-ST-AR-B (2)

Chama a atenção, novamente, que a grande maioria dos profissionais não perguntou sobre o contexto distante. A gestante *M-ST-BR-B-V (2)* nos reporta sobre a dificuldade e peregrinação sofrida quando precisou procurar a maternidade, na gestação de sua primeira filha, sendo que a vizinha teve que fazer "barraco" e pediu para ela deitar no banco, configurando uma situação de violência obstétrica. Há que se destacar que o termo violência "obstétrica" é utilizado para detalhar e reunir diversas formas de violência (e danos) durante o cuidado obstétrico profissional. Inclui ações como maus tratos físico, psicológicos e verbais bem como procedimentos desnecessários e que causem danos. Uma pesquisa realizada em território brasileiro recentemente encontrou que esse problema acontece com uma a cada

quatro gestantes que tinham parido. Esses fatos apontam apenas para a ponta do iceberg na qual os profissionais da atenção primária à saúde têm assistido de maneira passiva (Tesser *et al*, 2015).

EIXO 3

PLANO CONJUNTO

O terceiro componente do Método Clínico Centrado na Pessoa aborda a elaboração de um plano conjunto para o manejo dos problemas. A construção desse plano acontece quando se considera o contexto da individualidade da pessoa, de sua família e do ambiente em que ela vive. É um processo complexo, que exige a colaboração do médico e da pessoa, com base na confiança, respeito mútuo e empatia (STEWART, 2017).

Segundo Moira Stewart (2017, p110) atividades educacionais, exames preventivos e a prevenção secundária e terciária são parte também do terceiro componente, sendo que cada encontro com a pessoa é pode ser um momento de incluir uma orientação a respeito de uma dieta saudável e dos benefícios da atividade física, por exemplo.

As perguntas 6 e 7 do questionário foram as fontes principais deste componente e geraram 3 subtemas de análise que foram: Decisão Compartilhada; Comunicação e Temas tabus" no pré-natal.

3.1. DECISÃO COMPARTILHADA

Entende-se por decisão compartilhada a maneira como o médico e a pessoa decidem juntos sobre diagnósticos, exames, tratamentos e suporte, onde o profissional deve levar em conta as preferências da pessoa, com base nas melhores evidências disponíveis (UMPIERRE, ENGEL, 2018).

Foi perguntado para gestantes a respeito desta abordagem (decisão compartilhada) durante as consultas de pré-natal acerca da solicitação e realização de exames assim como questões relacionadas à alimentação e à prática de atividade física. Apesar de a grande parte dos profissionais falar sobre esses assuntos, poucos fazem uma abordagem que inclua uma decisão compartilhada, especialmente à concordância e possibilidade de cumprimento das orientações realizadas. Vejamos o relato de três gestantes a seguir

"Eles falam para mim fazer caminhadas, pequenas caminhadas, para ingerir bastante legumes, verduras, frutas, água, cuidar bastante para tomar o sol da manhã. Não chegaram a perguntar se eu concordava, só falou que era bom". M-TT-BR-A-V (1)

" Falam todo dia, mas eu nunca cumpro. Falam que eu tenho que fazer exame e eu não faço. Falam que tenho que parar de comer algumas coisas e eu não paro. É isso. Os exames é porque eu tenho que acordar cedo. Aqui é das 7 às 7h 30 min ". P-TT-BR-B (5)

" Não chegam a discutir, só solicitam, daí eu vou fazendo. Eu sei para que eles servem, para ver se tá com diabetes, se a glicose tá alta, se eu tenho diabetes, a urina, se tá com alguma infecção. Não chegaram a perguntar se eu concordava. Só comunicaram que era para evitar certas gorduras, refrigerante, mas nunca chegaram a dizer se eu topava". P-ST-AR-A (1)

A primeira gestante *M-TT-BR-A-V (1)* informa sobre algumas orientações que são importantes de serem seguidas durante o período do pré-natal, porém não houve uma decisão compartilhada, no intuito de explorar se essa mãe estava de acordo ou se conseguiria seguir as orientações faladas. O caminho da busca por um plano de manejo conjunto deve ser embasado pelo esclarecimento das dúvidas, onde a pessoa é incentivada a fazer perguntas, no intuito de procurar saber se concorda com o plano de manejo proposto. Sabe-se que toda consulta representa uma troca de significados entre o médico e a pessoa (McWhinney, Freeman, 2010).

O mesmo parece ocorrer com a mãe *P-TT-BR-B (5)* que está no terceiro trimestre e ainda não conseguiu se organizar para fazer os exames de rotina que são necessários e também parece não ser capaz de ter uma alimentação mais saudável. Fatores externos influenciam na tomada de decisões clínicas e é importante que os profissionais de saúde reconheçam isso nos atendimentos.

Segundo McWhinney (2010) são fatores que podem influenciar no processo de decisão clínica (compartilhada ou não compartilhada): (a) seguir *Diretrizes para a prática clínica* (as diretrizes são baseadas em evidências com origem em grandes estudos que podem não ser parecidos com a população atendida); (b) *Fatores institucionais* (regras da instituição podem influenciar a prática do médico, com padronização dos atendimentos); (c) *Expectativa da Pessoa* (a pessoa pode fazer perguntas ou solicitar exames que o médico não concorde e tenha dificuldade em negar); (d) *Medo de litígio* (medo de processos que podem tornar a prática médica mais defensiva); (e) *Fatores médicos* (inclui a personalidade do médico, suas expectativas, sentimentos e experiência); (f) *Fator tempo* (os médicos trabalham sob a limitação do tempo devido a sobrecarga de trabalho).

Quando as pessoas não seguem os protocolos de tratamento ou os planos de manejos propostos, os médicos podem ficar frustrados ou desanimados. Às vezes costumam chamar esses pacientes como aqueles que “ não tem adesão” mas na verdade, isto pode ser a manifestação de discordância da pessoa com os objetivos de tratamento (STEWART, 2017). É importante perguntar quais são as dificuldades encontradas para seguir determinado tratamento, como no caso da mãe *P-TT-BR-B (5)* que não consegue acordar cedo, por exemplo. A padronização dos atendimentos não ajuda a adesão uma vez que não se considera a individualidade da pessoa, como nesse caso.

A *P-ST-AR-A (1)* é assistida também na maternidade de alto risco. Ela reporta sobre os exames que são solicitados, um após ou o outro, e apesar de saber para que serve cada um, parece não ter havido nas consultas uma decisão compartilhada acerca do seguimento e do tratamento proposto. Há uma distinção entre plano de atendimento e abordagem terapêutica. O primeiro inclui a decisão sobre o seguimento, outras avaliações complementares e retorno de informação. Já a abordagem terapêutica inclui a tomada de decisão, com comprometimento do médico, com atenção especial para as necessidades da pessoa e um plano amplo para o manejo conjunto, sabendo que toda consulta já tem seu potencial terapêutico (McWhinney, Freeman, 2010).

Os dois exemplos que se seguem exemplificam um pouco dos resultados que são obtidos quando de fato se faz uma decisão compartilhada, considerando a individualidade e o contexto da pessoa, com atitude de empatia pelo profissional de saúde.

" ... Ou seja, a equipe que me atendeu, eles falaram para eu evitar de comer muita gordura, falaram para mim evitar negócio de salgado na rua, comer mais frutas e legumes, carnes não aquelas carnes gordurosas, carne saudável, peixe, carne vermelha, a Dra Bianca me aconselhou a comer bastante legumes. Nessa parte eu fui bastante orientada. Eles perguntaram se eu tinha condições de ter uma alimentação mais ou menos. Eu não tenho muito mas a gente procura, Por exemplo: No início da gravidez eu tava até engordando muito, depois eu até emagreci. Eu tava comendo muito pão e muita coisa na rua, tipo besteira, xis tudo, hamburguer, daí eu suspendi porque eu tava engordando muito e aquilo não tava me fazendo bem. M-TT-BR-B-V (3)

" No caso de eu perguntei para o médico sobre exercício porque eu ando muito. E minha alimentação é saudável. Ele perguntou isso, sobre minha alimentação, como eu tô me alimentando. Eu me alimento razoavelmente. Perguntou também sobre o exame, foi tudo feito direitinho, fiz todos os exames. E ele me passou tudo corretamente. Todos os exames que eu fiz, ele sempre me explicou.

Sempre me pergunta se eu vou conseguir fazer, se eu concordo. Sempre tive liberdade para colocar minhas opiniões e dúvidas. M-ST-BR-A (1).

Quando há espaço para perguntas, para que as pessoas possam tirar as dúvidas, quando se explora seu contexto próximo e individualiza-se o cuidado, obtêm-se os melhores resultados para a saúde das pessoas que estão sendo cuidadas. O elemento-chave do MCCP é criar um plano de manejo conjunto entre o médico e a pessoa, ter uma visão comum do problema, dos objetivos do tratamento e do plano de atendimento (McWhinney, Freeman, 2010).

3.2- COMUNICAÇÃO

É essencial criar um ambiente de diálogo que facilite à pessoa expressar suas idéias e até mesmo suas divergências das orientações do médico. É importante que a pessoa perceba que suas opiniões são importantes e fazem a diferença. Esse subtítulo tentou explorar como está sendo a comunicação nas consultas de pré-natal, se as pessoas estão tendo liberdade para colocar as suas dúvidas e se de fato se sentem ouvidas.

Segundo o Ministério da Saúde (2012), as consultas de pré-natal realizadas na atenção primária precisam sempre incluir tempo para os exames clínicos, porém possibilitando também tempo para o diálogo, escuta subjetiva e orientações, de maneira que o exercício da empatia, a confiança e a cumplicidade possam crescer entre a equipe e a gestante.

Vejamos o relato de *P-ST-AR-A (1)*, que acompanha no pré-natal de alto risco, sobre a diferença entre a comunicação na unidade de atenção primária e no hospital.

"Me sinto à vontade para colocar minhas opiniões e dúvidas. Lá [pré natal de alto risco] eu não sinto muito não, porque assim, a médica é meio séria, você chega, vai lá, bota lá computador o que você tem e o que você não tem "tá tá tá ". Eu que pergunto para ela se tá tudo bem com meus exames, se tá tranquilo, aí ela fala que tá tudo normal. Mas ela não é muito de sentar, de conversar, explicar o que você tem, o que você não tem, aqui [Clínica da Família] as "meninas" são mais tranquilas, me sinto mais à vontade até aqui do que lá". P-ST-AR-A (1)

Essa gestante nos diz um pouco sobre o processo de comunicação e a barreira que muitas vezes a tecnologia cria no encontro entre o médico e a pessoa. Ela não está à vontade e ainda tem receio quanto a sua saúde, se está tudo bem. Além da comunicação parecer difícil,

parece haver falta empatia da profissional que lhe atende no pré-natal de alto risco. Há um contraste então no que é chamado de tecnologia pesada (equipamentos especializados de última geração) presentes especialmente no nível terciário de Atenção à Saúde com as chamadas tecnologias leves. Sabe-se que as habilidades de comunicação verbais e não verbais, a criação de vínculo afetivo e atitudes em relação às pessoas que melhoram a qualidade do atendimento e sua resolutividade (CERON, 2013).

A empatia é uma habilidade essencial que deve ser desenvolvida pelo profissional de saúde. Ela se refere a capacidade de compreender a realidade de outras pessoas mesmo quando não se vivenciou a mesma experiência que ela. Essa habilidade transmite uma presença sensível, serena e de confiança, desenvolvendo a possibilidade para criação de vínculo e de corresponsabilidade (BRASIL,2012).

Algumas vezes nos atendimentos em saúde, ainda presencia-se esse modelo de atenção prescritivo, previsível, normatizador, com pouco espaço para outro tipo de produção de cuidado que não a centrada na unidirecionalidade e na universalização dos diagnósticos. Como se fosse uma conta em que um conjunto de sinais e sintomas é igual a um determinado diagnóstico que implica um tratamento específico que por sua vez tem um prognóstico, no qual se registra a doença e não o sujeito. Excluem-se as pessoas da cena de seu tratamento, exercendo um cuidado centrado em protocolos prescritivos. A pessoa é retirada do direito de agenciar e protagonizar o seu próprio cuidado bem com suas escolhas (MERHY, FEUERWERKER, GOMES, 2016).

Algumas pessoas podem não querer assumir um papel ativo no seu tratamento, embora a maioria delas quer ser informada sobre sua condição médica. Quanto mais informações tem a respeito de sua condição, mais seguras elas ficam para participar das decisões sobre o manejo (STEWART, 2017). A gestante **P-TT-BR-B (5)** reporta o que se segue quanto às diferentes formas de abordagem na tomada de decisões:

"Eu tenho liberdade para perguntar, só que eu não pergunto, eu acho tipo assim que ela é quem tem que perguntar, que falar.... eu sou muito fechada". P-TT-BR-B (5)

No MCCP, são descritas duas formas de abordagem clínica: a abordagem direcionada, quando o médico toma todas as decisões, e a abordagem compartilhada quando o paciente é envolvido na tomada de decisão (STEWART, 2017). É compreensível que alguns pacientes não desejem participar da tomada de decisões por ficarem até mesmo assustados com a mudança do papel tradicional entre o médico e o paciente. Por mais ativo que o paciente possa

estar, ele geralmente adota uma atitude passiva na espera que o médico faça uma declaração reveladora. O resultado dessa forma de abordagem é uma via de mão única - do médico para o paciente. Já o compartilhamento do entendimento implica que o médico compreendeu a perspectiva do paciente, estando no plano dos desejos, necessidades, medos e crenças de modo a tornar a decisão mais apropriada para o paciente (PENDLETON *et al*, 2011).

3.3 - TEMAS "TABUS" NO PRÉ-NATAL

Essa subcategoria surgiu de alguns temas pouco falados pelas gestantes: o parto e onde ganhar o bebê; em relação a auto estima; à atividade sexual e também à amamentação. A grande maioria delas sabia onde ia ganhar o neném, mas tinham dúvidas para quando seria agendada a visita à maternidade. Apenas uma gestante citou que foi falado com ela nas consultas sobre atividade sexual. Duas gestantes tinham dúvidas sobre a questão da amamentação. Nenhuma gestante falou sobre abordagem da auto-estima nas consultas de pré-natal.

Destaca-se sobre a importância do pré-natal desde do momento que a mulher descobre estar grávida, com relevância para alguns assuntos pertinentes que devem ser conversados durante as consultas. Estes temas devem abordar sobre mudanças física e emocionais, nutrição, exames obrigatórios e complementares, aleitamento materno e prevenção de doenças (Souza *et al*, 2018).

O guia de referência rápida que norteia o acompanhamento de pré-natal no Rio de Janeiro orienta que toda gestante deve ser agendada para conhecer a maternidade a partir de 28^a semana de gestação. O cegonha Carioca tem por objetivo humanizar e garantir o melhor cuidado para mãe e para o bebê. É importante que os profissionais conversem desde a primeira consulta sobre a maternidade de referência que a gestante possa ir em caso de alguma intercorrência num período em que a clínica da família não esteja funcionando.

A mãe primigesta nos diz como foi visitar a maternidade:

"Ah com certeza. Sempre me perguntaram se eu tinha dúvida, deixaram claro... A maternidade também, eles têm um, a gente vai na visita, chega lá eles explicam tudo direitinho, como que acontece o procedimento e tal. A visita a maternidade, eles marcam, a gente vai lá, conhece a maternidade, ganha o kit da cegonha que é com um enxovalzinho, daí eles explicam é o que a gente tem que levar, como que acontece as refeições, explicam sobre o parto normal, na maternidade onde eu vou ter, eles são referência de parto

humanizado. Eles explicam que eles incentivam o parto humanizado até o último momento, só fazem a cesárea em caso de emergência ou alguma coisa assim, se não tiver como mesmo e tal. Basicamente é isso, como vai acontecer lá na hora". P-TT-BR-A (2)

Já a gestante *M-TT-BR-A-V (1)* tem dúvida quanto à maternidade e se sente ansiosa em ainda não ter sua visita agendada.

"Eu to com dúvida na maternidade. Porque eles falam que a gente tem um dia para conhecer, não sei se é aqui que marca ou o hospital marca, não sei, eu até ia perguntar isso hoje para a menina. Ela só falou que tinha isso, há uns 3 meses atrás, bem lá no início". M-TT-BR-A-V (1)

É importante para as gestantes conhecer o local do parto, visto que esse momento costuma ser cercado de medo e insegurança. Este espaço deve ser aberto nas consultas de modo que elas possam expressar suas expectativas em relação a esse momento. O que se vê, conforme publicado em um estudo por Garcia-Jordá *et al.* (2012) é que muitas mães não têm essas informações, algumas inclusive relatam medo de perguntar sobre procedimentos que serão realizados durante o trabalho do parto, parto e pós parto, ficando muitas vezes as decisões a respeito disso na dependência dos profissionais, sendo vítimas da violência obstétrica (Souza *et al.*, 2018).

Vejamos o relato da gestante a seguir.

" Dra. eu tenho uma preocupação a fazer. Porque assim, como eu tenho 45 anos, eu não tive passagem dela [referindo-se à primeira filha], de jeito nenhum. Então o que acontece..., porque minha preocupação que eu tô agora é de eu chegar onde eu fui encaminhada. Eu já conheci a maternidade, é a maternidade tal... mas é a minha preocupação de eu chegar lá, sangrando ou passando mal e eles me deixarem mofando, não estou falando que isso vai acontecer, entenda-me bem. Sabe... é porque que eu não tenho passagem. Porque até para transar com meu marido eu tenho que usar lubrificação. Então, meu medo de eu chegar lá, é eu ficar horas e horas me tacando soro, tentando fazer a criança vir ao mundo num parto normal que de repente não vai acontecer. Isso eu não cheguei a conversar nas consultas de pré-natal, eu só falei que eu não tinha passagem. Que eu não tive passagem e que tive uma cesariana. Gente eu conheço o meu corpo. A gente conhece as nossas partes íntimas. M-TT-BR-B-V (3)

Embora ela já tivesse ido conhecer a maternidade, o momento do parto ainda é de preocupação para ela, visto que ela teve uma experiência ruim com o nascimento da outra filha. Ela fala do conhecimento do corpo e de saber que não vai conseguir ter parto normal. Ela não chegou a conversar sobre isso durante as consultas finais de pré-natal, apesar disso ser gerador de angústia para ela.

Apesar da elevada cobertura da assistência ao pré-natal existente nos dias atuais, conforme relatada nos últimos estudos, apenas 40 % das mulheres afirmaram ter recebido orientações sobre práticas benéficas para o do trabalho de parto, sendo grande parte relacionadas sobre gravidade e sinais de alarme. O MFC precisa se aprimorar mais em relação a esse assunto, de maneira que gestantes e famílias conheçam mais sobre os benefícios do parto normal e de intervenções sem muita evidência, para que elas possam exigir um atendimento obstétrico seguro e digno. Os profissionais de saúde precisam assumir uma responsabilidade para além das rotinas de pré-natal e do entendimento biomédico da gestação e dor parto (Tesser *et al*, 2015).

Chama a atenção que algumas gestantes falaram que o tema amamentação foi pouco explorado durante as consultas de rotina pelo profissionais e elas tinham expectativas e dúvidas referentes a esse processo, ainda mais quando era primigestas. Quando as consultas são focadas apenas em dados objetivos da consulta de pré-natal, deixa-se pouco espaço para abordagem de temas importantes como amamentação.

As duas mães a seguir são primigestas e estão no terceiro trimestre de gravidez.

"... mas elas não explicam muito direito e tal, como é que eu vou amamentar, essa coisas. Eu não sei ser mãe, porque é minha primeira gestação, então aí eu nunca vou saber..." P-TT-BR-B (5)

Segundo preconiza o Ministério da Saúde (2012) toda a equipe de saúde da família (agente comunitário de saúde, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e cirurgião dentista) deve orientar a mulher sobre a importância de amamentação. Entende-se ainda que o preparo para amamentação deve ser iniciado no período do pré-natal, conversando sobre as vantagens para a mãe, a criança e família.

" Sim. O Dr. Gustavo até falou que e estaria conversando em relação a isso, sobre a vida sexual, sobre parto, conforme ia aumentando, ia passando os meses, que eu ia vir mais vezes aqui. Só isso. Aliás, ele falou que ia falar sobre isso mais para frente" . P-ST-BR-A (1)

" Foi, eu perguntei, por exemplo, se poderia trocar de maternidade, porque eu não queria ficar na maternidade tal, mas ela falou que não podia. Aí eu não sei. Em relação à amamentação foi conversado só no final, a gente fica curioso, aí tipo assim, tem pessoas que já comentam, aí na clínica da família não fala isso não ? Não, tipo, não explicaram.... depois de um tempo que uma médica, acho que foi uma enfermeira, uma "branquinha" falou como é que era direitinho, essas coisas, porque ninguém tinha falado nada. Eu fiz a visita para conhecer a maternidade, achei muito boa ". P-TT-BR-B (5)

A gestante P-TT-BR-B (5) nos fala também da perda da autonomia, de não poder escolher a maternidade onde vai nascer seu primeiro filho. As maternidades hoje, no Rio de Janeiro, obedecem uma área regional, sendo que cada clínica da família possuiu a sua maternidade de referência, como forma de garantir um acesso seguro quando houver necessidade. Mas se a paciente precisou ir na maternidade e não gostou do atendimento, talvez tenha sofrido de alguma intervenção violenta por parte do profissional que lhe atendeu lá, como pedir para ela retornar ao local que ela não se sentiu acolhida ?

As mulheres pretas e pardas também apresentam uma frequência menor nas consultas de pré-natal e também realizam menos exames. O vínculo na maternidade de referência é menor, sendo que elas recebem menor orientações, muitas vezes peregrinando para parir. Dois estudos, com abrangência em todo território brasileiro, realizados em 2003 e 2013 evidenciaram que as principais razões apontadas para a percepção de discriminação nos serviços de saúde foram pobreza e a classe social (Leal MC *et al*, 2017).

EIXO 4

INTENSIFICANDO A RELAÇÃO ENTRE A PESSOA A O MÉDICO

A prática médica cotidiana propicia uma maior interação entre a pessoa e o médico durante a consulta. Como se fosse um rio, fluindo, através das consultas individuais, está uma relação em curso, que podem ser mais duradouras e fortalecidas através da confiança, da empatia, do sentimento, e propósito (STEWART, 2017). Mas, por anos, os alunos foram ensinados a "não se envolver". O método clínico centrado na pessoa defende um maior envolvimento emocional entre o médico e a pessoa, sendo que Enid Balint destacava a importância entre uma observação objetiva e uma identificação empática, indo e vindo de um

ponto a outro, estabelecendo uma ligação com a pessoa num entendimento integrado (*apud* STEWART, BROWN, FREEMAN, 2017).

A análise dessa categoria se desenvolveu através das respostas da **pergunta 8** do questionário, de onde surgiram 3 subcategorias descritas a seguir: continuidade do cuidado, vínculo e confiança. Duas outras subcategorias descritas no final - satisfação com o serviço e expectativa em relação ao tipo de cuidado - também estão incluídas neste eixo e surgiram após a análise de conteúdo referente à primeira pergunta do questionário, onde as entrevistadas foram convidadas a falar livremente sobre como tem sido sua vivência nos atendimentos de pré-natal das clínicas das famílias ou nas maternidades onde fazem suas consultas.

4.1 Continuidade do cuidado

A Atenção Primária à Saúde apresenta quatro atributos que a caracteriza, diferenciando-a dos outros níveis de assistência: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado (STARFIELD, 2002). Pode-se considerar que os termos continuidade do cuidado, longitudinalidade ou vínculo longitudinal, possuem sentidos semelhantes, sendo algumas vezes usados como sinônimos (SANTOS, ROMANO, ENGSTROM, 2018)

A longitudinalidade permite acompanhar a pessoa ao longo do tempo, é caracterizada por uma relação terapêutica, com responsabilização por parte do profissional e confiança por parte da pessoa. Há que se destacar que algumas vezes continuidade do cuidado assume o mesmo significado que longitudinalidade, porém para Bárbara Starfield são termos com significado diferentes. A continuidade do cuidado estaria relacionada com o acompanhamento do paciente por um problema de saúde específico (CUNHA, GIOVANELLA, 2011).

McWhinney utiliza o termo "continuidade do cuidado" e identifica cinco dimensões para o mesmo: informacional (por meio dos registros médicos), cronológica, geográfica (continuidade entre locais), interdisciplinar (continuidade do atendimento a uma série de demandas) e interpessoal (continuidade na relação entre a pessoa e o médico) (McWhinney, Freeman, 2010).

Foi utilizado nessa pesquisa a definição proposta por STEWART que nessa denomina que a continuidade do cuidado aquele é prestado ao longo de um tempo num contexto de uma relação de longo prazo entre a pessoa e o médico (STEWART, 2017). Os profissionais de

saúde acompanham a gestante e depois segue também realizando o acolhimento mãe-bebê e os cuidados referentes a puericultura.

Ao perguntarmos sobre a continuidade do cuidado para as gestantes, estávamos tentando investigar se elas saberiam os nomes dos profissionais que realizavam seu pré-natal e quem seria o responsável pelo seu cuidado, num compromisso mútuo, centrado na responsabilidade e continuidade dos atendimentos. Três gestantes da **Clínica A** afirmaram não saber quem é o profissional responsável pelo seu pré-natal e na **Clínica B** duas responderam que não tinha certeza de quem lhes acompanhava. Vejamos os três relatos a seguir:

"Eu já fui atendida por vários. No início era a Dra Jéssica, mas eu acho que ela saiu daqui, foi se mudar, eu achei que ia ser sempre atendida por ela, depois eu fiquei sabendo que ia ser atendida pelo Dr. Gustavo. Para mim foi um impacto, por ele ser homem e eu queria ser atendida assim, por médica mulher, obstetra. Mas aí eu vi que tipo não tinha outro jeito, daí eu tive que aceitar. Aí depois eu fiquei sabendo que um mês eu sou atendida pela enfermeira Joana e o outro mês eu sou atendida pelo Dr. Gustavo. E tava seguindo isso, até que hoje chegou e já fui atendida por outro médico, daí eu fico assim.. poxa, toda vez que eu venho é um diferente." P-ST-BR-A (1)

"Eu não consigo gravar nenhum, porque toda vez troca. Então eu não consigo gravar. Cada mês é diferente. Nunca é o mesmo médico. Uma vez é um, duas vezes não é. Minha relação com eles é boa". P-TT-BR-A (3)

"Aqui, apesar que do jeito que tá a crise na clínica da família, cada mês é um médico diferente às vezes. Hoje vai ser a doutora Francisca. Mas a primeira vez foi a doutora...., uma médica que não colocou o nome, olha aqui (se referindo ao cartão de pré-natal, onde estava escrito a data com médico do nado por extenso, mas sem um nome), a médica não tem nome e a enfermeira Cristina" M-TT-AR-B-V (1).

Pelo relato da primeira gestante, P-ST-BR-A (1), percebe-se que ela não tem bem certeza de quem vai lhe atender, apesar de continuar na mesma equipe de saúde da família e na mesma clínica da família. É possível perceber também pela sua fala que ela estava confortável com a primeira médica, mas ao chegar para o segundo encontro se deparou com um médico homem. Também não parece que lhe foi explicado quem realizaria os atendimentos, pois ela presume se tratar de uma médica obstetra, quando na verdade os atendimentos são realizados pelo médico de família e pelo enfermeiro. P-TT-BR-A (3) apesar

de ter uma relação boa com a equipe, também desconhece quem é responsável pelo seu cuidado. Para gestantes primigesta, talvez fosse importante ter esse cuidado, explicar como vai ser o funcionamento das consultas de pré-natal.

A continuidade do atendimento é importante pois se traduz num relacionamento mais duradouro entre a pessoa e o médico. É um compromisso mútuo onde a palavra chave que se destaca é a de responsabilidade. As pesquisas destacam que quando o cuidado é realizado por apenas um médico de família, três vantagens desse tipo de atendimento podem ser destacadas: coordenação do atendimento, familiaridade e abertura no relacionamento terapêutico, a oportunidade de acompanhar um tratamento e a concordância mútua no plano de manejo (McWhinney, Freeman, 2010).

4.2 VÍNCULO

Vínculo é uma palavra de origem latina que significa algo que liga as pessoas, com interdependência, comprometimento dos profissionais com os pacientes e vice-versa. São necessários que tanto pacientes como a equipe de saúde façam movimentos para sua formação (Masson *et al*, 2015).

É através da escuta e compreensão que se cria a possibilidade de um bom vínculo entre o profissional de saúde e a paciente. Essa relação está envolta pela presença de emoções, conscientes ou não. Para que isso, o profissional precisa oferecer, antes de tudo, um espaço para que a pessoa se sinta à vontade para contar a sua história, falar sobre dúvidas, fazer perguntas, local que se consiga explorar as expectativas da gestante em relação a chegada do bebê (BRASIL, 2011).

Para entender como estava sendo desenvolvido o vínculo nas consultas de pré-natal, perguntamos às gestantes como elas descrevem a relação com os profissionais de saúde que realizavam as suas consultas de pré-natal.

O relato da gestante a seguir nos faz perceber quão próxima ela está da sua equipe de saúde. Ela nos diz que os profissionais, tanto o médico como o enfermeiro, chegaram a participar do seu chá de bebê. Pela sua fala percebe-se também a vigilância em saúde que a equipe realizada. Veja como ela descreve a relação e o vínculo com a equipe.

" Sim, eu tenho até o telefone pessoal deles que a gente se fala. Foi no meu chá de bebê, os dois. Eu fiquei bem...bem acolhida por eles, sabe. Já aconteceu de esquecer uma consulta e o Dr.Diogo me ligar

perguntando se eu posso fazer tal dia e tal hora, e eu me senti bem acolhida". P-TT-BR-A (1)

As três narrativas a seguir também falam da percepção de três gestantes sobre o sentimento de ser sentir acolhida. Todas são primigestas.

"Com a enfermeira até que eu fui bem acolhida, parece que ela trabalha já há bastante tempo com isso, tá acostumada, então, ela foi bem assim... acolhedora, de fazer várias perguntas, de conversar, de perguntar se eu tinha alguma dúvida, de estar explicando tudo direitinho que acontece... eu achei bem interessante, porque até então, ela é a única que tá sendo... que tá me acompanhando desde o início, está sempre sendo ela" P-ST-BR-A(1)

" Como eu estou fazendo nos dois lugares, então o que eu não conversei em um, eu conversei no outro, então acho que por isso supriu. Mas quem não tem essa consulta acho que já sente mais essa necessidade... de conversar ... de ter um psicólogo, até na clínica mesmo, porque, como aqui só tem o clínico, então ele não vai conversar com você, realmente vai saber o que você está sentindo, vai passar um remédio para você, mas assim, para conversar com você, o que você realmente está sentindo realmente, tem que ser o psicólogo. Me senti acolhida com o psicólogo, conversei normalmente com ele, o que eu sinto, se eu tiver com raiva também falo e ele também fala assim, que é para eu me sentir feliz, porque essa é a maior felicidade de uma mãe, ele sempre tá colocando a gente para cima né, nessa parte.. eu gostei, me senti muito bem". P-ST-AR-A (1)

" É, me senti acolhida, no meu caso eu não tenho amigos mais, então é bom quando a gente conversa com uma pessoa, para interagir, entendeu?". P-TT-BR-B (5)

Ao analisar essas três narrativas acima, chama a atenção que todas expressam a importância de as consultas de pré-natal serem um espaço de diálogo e acolhimento. A gestante *P-ST-AR-A (1)* parece encontrar essa acolhida na consulta com o psicólogo enquanto *P-TT-BR-B (5)* nos diz que o profissional se tornou uma pessoa com quem ela poderia dialogar, já que ela não tinha mais amigos. Destaca-se ainda, na fala da primeira primigesta acima descrita, que os encontros onde ela se sentiu mais acolhida foram nas consultas com a enfermeira.

A equipe que assiste a *P-TT-BR-A (1)* parece estar envolvida no seu cuidado. Ela também se sente acolhida com as ações de cuidado prestado. O vínculo proporciona um

cuidado integral por democratizar e horizontalizar as práticas e ações em saúde, construindo laços afetivos e de confiança (JORGE *et al*, 2011).

A gestante a seguir nos fala um pouco como é a relação dela com os profissionais da clínica da família e também com os profissionais que realizam seu acompanhamento na maternidade de alto risco.

" São excelentes aqui e mais ou menos lá. Não, assim, é como eu te falei, a Dra é séria , mas tudo que eu perguntar ela responde, direitinho e tal, mas eu acho ela muito travada, então a gente acaba se sentindo um pouco travada também. Mas a nutricionista, eu acho ela até melhor que a médica. Parece que ela é a médica né. E o psicólogo também. Muito tranquilo, gente boa. Aqui também "as meninas" conversam muito comigo. A enfermeira Joana. Se eu tiver com algum problema...Se ela me ver lá no acolhimento, já me pergunta o que houve, você tá bem ? Então são bem tranquilos também. P-ST-AR-A (1)

A P-ST-AR-A (1) nos diz que a médica que realiza seu pré-natal na maternidade é muito séria, nos levando a crer que existe uma distância na relação entre elas, talvez por o hospital ainda ser aquele ambiente onde muito se pratica o método clínico convencional, sendo o médico um observador distante que prescreve um tratamento, longe de envolvimento (STEWART, 2017). Ao dizer que a médica é *travada* e isso gera nela o mesmo sentimento, ela nos reporta um pouco sobre a idéia de transferência e contratransferência. As relações humanas são influenciadas por esses fenômenos. A transferência é quando a pessoa projeta, inconscientemente, em indivíduos de sua vida atual, reações emocionais ligadas desde da sua infância. A contratransferência também é inconsciente, diz respeito quando o médico responde à pessoa de maneira semelhante a que ele usou em relacionamentos importantes do passado (STEWART,2017).

A gestante a seguir, fala sobre a percepção do vínculo da equipe durante as suas consultas. A médica acolhe a paciente, fortalecendo o vínculo num momento que a gestante se achava fragilizada por alguma questão relacionada ao seu trabalho. Ela descreve uma relação intensa, de modo que, nem mesmo a família dela parece ter o mesmo grau de empatia que a médica que lhe atende. Vejamos a seguir o relatado de P-TT-BR-B (5):

"Eles são umas ótimas pessoas. A médica também, uma "branquinha", ela demora muito para atender, mas quando ela atende ela fica o maior tempão, querendo saber da pessoa, como a pessoa tá, saber se tem uma pessoa que ajuda. No momento do meu trabalho, que eu não

tava podendo ir, ele me ajudou com teste de emprego, porque eu tava sem carteira, ela me ajudou muito. A gente é muito acolhida por eles. A gente se decepciona com os pais, com muita gente, e eles cuidam da gente. P-TT-BR-B (5)

O estabelecimento do vínculo entre a gestante e sua equipe pode não acontecer se os profissionais de saúde não adotarem uma escuta ativa e uma atitude empática. A equipe precisa ser acolhedora, caso contrário, a gestante pode ter prejudicado o seu cuidado em saúde. Vejamos a fala da gestante a seguir sobre sua percepção da relação com sua equipe de saúde.

"Eu acho que só deveria ter mais é , como se diz, é ..., aí não tô achando a palavra certa, mais atendimento, o atendimento melhor e explicar as coisas melhor, ainda mais a gente jovem, que tá engravidando agora, para mim também é uma novidade, porque às vezes eu sinto certas coisas, e a clínica não pode me ajudar; e eu tenho que me deslocar até a maternidade. E as vezes que eu não tenho dinheiro para ir láaa na maternidade. Às vezes para você ligar eles só vêm em caso de risco, se tiver ganhando, se tiver em trabalho de parto, fora outras coisas eles não vêm. Aí às vezes eu fico em casa sentindo dor, prefiro nem vir aqui, porque eu sei que ninguém vai poder me ajudar. M-TT-AR-B-V (1)

Destaca-se ainda o fato de ela ter uma gestação de alto risco. Apesar de não ser a sua primeira gestação, o momento atual para ela é cheio de dúvidas e não parece ter havido vínculo e responsabilização pelo seu cuidado. Parece que há falta de vínculo, já que pela fala desta gestante, ela fica em casa, algumas vezes, sentindo dor, pois acha que ninguém vai poder lhe ajudar. Quando se diz que há vínculo, se pressupõe a existência de uma boa relação médico paciente. Parece que a paciente não é notada em sua integralidade e suas queixas não estão sendo levadas em consideração. O princípio do acolhimento, que preconiza uma resposta para aqueles que buscam atendimento, também não parece estar sendo realizado. A equipe não está conseguindo ser uma fonte regular de cuidados (CUNHA, 2009). Um dos motivos para não se ter estabelecido vínculo, nesse caso em particular, pode ser atribuído à rotatividade de profissionais nessa equipe.

4.3 CONFIANÇA

Essa subcategoria surgiu quando perguntamos às gestantes se elas poderiam contar com a equipe de profissionais que realizavam suas consultas de pré-natal. Talvez o

fundamental em uma relação cuidadosa, de acordo com o ponto de vista da pessoa, seja a confiança. *“Confiança é a crença de um indivíduo de que pode acreditar na sinceridade, na benevolência e na autenticidade de outrem. Em geral, implica uma transferência de poder, a uma pessoa ou a um sistema, para que aja em seu nome da melhor forma possível (STEWART, 2017, p. 134).*

A seguir, três relatos que destacam a relação de confiança com a equipe de saúde da família. Destaca-se na gestante *M-ST-BR-A (1)*, uma relação de confiança com o agente comunitário de saúde, que mantém comunicação com ela pelo aplicativo do celular. O agente comunitário em saúde também é provedor de cuidado no atendimento integrado à gestante, podendo orientar quanto a cuidados gerais, como amamentação, sinalizando para a equipe sobre algum evento grave que possa estar ocorrendo com alguma de suas cadastradas (BRASIL, 2012).

"Assim, para mim estão sendo ótimas pessoas, porque a fase pior e melhor da mulher, questão de pior pelas dívidas e tendo uma pessoa para te orientar, sempre tá ali com você no momento assim que você mais precisa e também a menina que atende da nossa equipe é muito boa, porque ela tá sempre falando comigo, a gente fala pelo whatsapp, ela sempre me orienta. Esses dias eu tava com umas dores, ela disse pode ir lá, que eles te atendem, se tiver alguma dorzinha te incomodando, pode ir lá mesmo não tendo marcado, você vai lá que eles vão te atender e tal, uma coisa de emergência eles te atendem. Então para mim é muito bom, porque assim só de ser público, da gente não ter que gastar com isso e ser acolhida é a melhor coisa" M-ST-BR-A (1).

"Acho que posso contar com eles, toda vez que eu precisei eu vim aqui e eles me explicaram e me orientaram tudo direitinho". P-TT-BR-A (3)

" Posso contar muito com eles nas necessidades da minha gestação, é o que eu tô contando ultimamente aqui. Lá não". P-ST-AR-A (1)

Ao procurar um serviço de saúde, é necessário garantir que a pessoa se sinta acolhida e que se realize uma escuta ativa, dando uma resposta assertiva de como resolver os problemas de saúde apresentados. Isso permite o desenvolvimento de uma relação de confiança e apoio às necessidades do paciente (Masson *et al*, 2015). A gestante *P-TT-BR-A (3)* nos diz que confia na sua equipe, pois os profissionais garantiram acesso aos serviços toda vez que ela necessitou e ela também avalia que eles foram resolutivos. Já *P-ST-AR-A (1)* diz que pode contar só com a clínica da família, que não sente a mesma confiança nos

profissionais que lhe acompanham no pré-natal de alto risco. Aquilo que acontece no contexto inicial de uma consulta é decisivo para a construção de confiança com o paciente, elemento fundamental para o estabelecimento de uma relação terapêutica (NUNES, 2009).

4.4 SATISFAÇÃO COM O SERVIÇO

Pelo relato das gestantes, a satisfação em realizar o pré-natal está diretamente relacionada, principalmente, aos profissionais e à capacitação que os mesmos demonstram ao atendê-las.

Alguns relatos são demonstrativos, como por exemplo o da gestante M-TT-BR-B-V (3):

"Os profissionais são muito atenciosos comigo, eu tenho certeza que com a maioria das pessoas que vem aqui, eu peguei uma equipe muito boa. Não tenho o que reclamar. Perguntam os detalhes, se eu estou sentindo alguma coisa ou se eu não tô, se tá tendo sangramento, se eu tô me alimentando bem, ficam preocupado com o peso, para a gente não ficar muito gorda por causa da criança, entendeu ? Ou seja, eu não tenho o que falar, eles são maravilhosos, o atendimento deles são muito bom." M-TT-BR-B-V (3)

Segundo Stewart *et al* (1999, 2000), existem evidências internacionais que o cuidado centrado na pessoa traz benefício para a satisfação da pessoa, sendo importante na adesão ao tratamento e contribuindo também para os desfechos de saúde. As gestantes a seguir exemplificam um pouco sobre como elas têm percebido esse cuidado durante as consultas, descrevendo particularidades do atendimento, a escuta qualificada, o vínculo, a relação médico-pessoa e também a importância do papel da equipe de atenção primária, durante o pré-natal.

"Para mim é bom, eu não tenho o que reclamar, em vista de como foi o da a minha filha há 4 anos atrás, melhorou bastante. Agora tem mais acompanhamento né, igual tem a agente que vai na casa da gente, é os médicos, os exames são mais rápidos, não precisam de ficar aquela demora toda sem saber os resultados, as consultas também são bem mais, acho que eles pedem mais as coisas do que antes". M-TT-BR-A-V (1).

"Já aconteceu de eu esquecer do dia da consulta e eles me ligarem para saber o que aconteceu, se eu ainda estava vindo, se aconteceu alguma coisa" P-TT-BR-A (1)

A equipe de saúde da família é formada por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, pelo agente comunitário de saúde e pelo dentista. Cada um desempenha atribuições específicas, contribuindo de alguma forma do cuidado à gestante. Estes relatos destacam a importância de um Agente Comunitário de Saúde. Conforme destaca o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), o agente comunitário de saúde (ACS) realiza visitas domiciliares para identificação da gestante da sua área de adscrição, contribuindo de diversas formas para que um cuidado integral do pré-natal seja realizado, fazendo, por exemplo, orientações sobre os cuidados básicos de saúde como nutrição, vacinação e cuidados de higiene, notificando a equipe quando algum sinal de alarme é notado. Nesse cenário, o ACS é visto como uma pessoa que está em contato permanente com a comunidade. O ACS vive nela e faz parte dela, unindo dois universos culturais distintos: o científico e o popular, ajudando assim no trabalho de vigilância e na promoção da saúde (OLIVEIRA, NACHIF, MATHEUS, 2003).

No intuito de qualificar a assistência obstétrica, estes relatos também se somam ao que destacam autores sobre a importância da integração de saberes de outros núcleos profissionais, para além do médico (apud STEDILLE, CECCIM, 2007).

4.5 EXPECTATIVA EM RELAÇÃO AO TIPO DE CUIDADO

Nessa subcategoria, apareceram alguns questionamentos das gestantes frente ao atendimento de pré-natal ser realizado pelo médico de família e não pelo obstetra. Todas as gestantes de baixo risco acompanham com o médico de família e com o enfermeiro, na clínica da família, sendo que apenas aquelas que estão na maternidade tem as suas consultas realizadas pelo obstetra por pertencerem ao pré-natal de alto risco. Pelo relato a seguir, de uma mãe primigesta de baixo risco, podemos ver que ela diz que seria bom se suas consultas fossem realizadas pelo obstetra.

Destaca-se porém que a minoria das gestantes mencionou que seria importante ter a presença do especialista.

“E também se tivesse assim né, seria bom que pelo menos as gestantes tivesse um obstetra aqui. E aqui a gente não tem obstetra, só médico de família. Mas também não deixa a desejar não. Eu acho que daria mais como é que se fala ... objetividade assim nas consultas, que na realidade "eles" são para tudo”. P-TT-BR-A (1).

A medicina de família ainda é uma especialidade desconhecida para grande partes dos pacientes. Mas o quê faz o médico de família ? " Eles são para tudo". Por isso se diz que eles são "especialistas em gente". Eles estão disponíveis para atender tanto homens como mulheres, qualquer problema de saúde está dentro do campo de atuação desses profissionais. Essa especialidade evolui a partir de uma ramificação mais antiga da medicina conhecida como clínica geral. É uma especialidade relativamente nova. De 1978 a 2001, em nosso país, ela era conhecida como medicina geral e comunitária, sendo que somente no ano de 2001 (Falk RBMFC) é que ela passou a se denominar medicina de família e comunidade (McWHINNEY, FREEMAN, 2010).

Uma revisão sistemática desenvolvida pela Cochrane (VILLAR et al, 2001) não encontrou diferença estatística quando comparados desfechos de trabalho de parto prematuro, cesarianas, casos de anemia, infecções do trato urinário, hemorragia no terceiro trimestre e mortalidade neonatal. NÃO ENTENDI Ficou comprovado, por este estudo, que não houve aumento nos desfechos negativos, nem do grau de satisfação, quando comparados atendimentos realizados pelos gineco-obstetras e pelo médicos generalistas/parteiras no acompanhamento de pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2013).

7 DISCUSSÃO

Em nosso país, a saúde da mulher foi inserida nas políticas nacionais de saúde nos primórdios da década do século XX devido a necessidades de saúde relacionadas à gravidez e ao parto. Os programas elaborados nesse período, no sentido de assistência em saúde, ainda tinham uma visão restrita sobre a mulher, baseada no sexo biológico e no seu papel social de mãe e doméstica, cuidadora do lar e responsável pela criação dos filhos. O PAIMS, elaborado pelo Ministério da Saúde em 1984, é marcado pela ruptura desses conceitos, sendo um dos objetivos ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher dentro do sistema único de saúde (BRASIL, 2004).

Apesar das mudanças realizadas e da melhoria da assistência, a mortalidade materna ainda permanece alta e os indicadores de mortalidade materna não demonstraram o progresso esperado. Sabe-se que após um período de estagnação, a Razão de Mortalidade Materna começou a cair a partir de 2010 mas, ainda no ano de 2015 persistia cerca de 20 vezes mais alta do que países que têm menor mortalidade (LEAL et al, 2018).

Assim, avalia-se que o nível de adequação da assistência ao pré natal ainda é baixo, seja no que diz respeito ao momento do início do acompanhamento de pré-natal, ao número de consultas esperadas para a gestantes, à realização de procedimentos tanto clínicos e obstétricos, das condições do parto, assim como a de exames laboratoriais preconizados pelo Ministério da Saúde (BALSELLS et al, 2018).

Para que as ações em saúde materna sejam mais adequadas e, ainda se alcance a satisfação das gestantes é importante dar atenção a determinados aspectos, condições essenciais especialmente para este período, como humanização e qualidade da atenção prestada, como sugeriu o estudo da Federação Holandesa de Pacientes Consumidores (Nederlandse Patientern Consumenten Federatie), citado anteriormente. (apud VAN STENUS et al, 2017). Neste campo, a qualidade da atenção deve estar relacionada a fatores que abrangem questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais. Para que isso ocorra, existe a necessidade de superar o foco biomédico e medicalizador hegemônico ainda presente nos serviços de saúde, adotando-se um conceito de saúde integral e de práticas que levem em consideração as experiências das usuárias em relação a sua saúde (BRASIL, 2004).

As particularidades culturais coletivas e individuais que cercam um atendimento de saúde idealizam o entendimento de um sistema de saúde baseado num padrão tecnocrático de assistência (STEDILE, CECCIM, 2007). Percebe-se assim que muitas pessoas imaginam que quanto mais se realiza exames, melhor está sendo a assistência. Como nos descreve Juan Gérvas & Mercedes Pérez Fernandez, em São e Salvo (2016), a gravidez tem se transformando em um longo caminho, como se fosse um campo minado, que durante as 40 semanas, a grávida é submetida à tomada de medicamentos preventivos, à realização de testes, de exames de sangue e de urina, bem como a uma série de ultrassonografias. Quer se estar seguro de que "tudo vai bem", mas de fato nunca se terá esta certeza até o momento do parto. A pesquisa realizada evidenciou isso: mesmo uma gestante de baixo risco, acompanhada no nível primário de atenção se mostra insatisfeita de não realizar exames que ela considera importante para avaliação do seu bebê.

O uso do MCCP como guia básico para orientar as consultas de pré-natal e o cuidado às gestantes, aponta para um caminho de melhores desfechos.

O planejamento da gravidez é o cenário ideal para a prevenção primária, auxiliando no desenvolvimento natural do conceito e evitando complicações durante todo o período de pré-natal, incluindo pós parto e amamentação (Gérvas, Fernández, 2016). No entanto, a pressão assistencial muitas vezes é grande sobre os profissionais de saúde que tendem a iniciar o pré-natal logo após a confirmação do teste rápido de gravidez, realizado na clínica da família. Apesar de muitas vezes o diagnóstico de gestação ser motivo de alegria para a grande maioria das mulheres, isso pode não acontecer em situações em que não houve planejamento e a mulher pode se mostrar surpresa ao receber a notícia de gravidez do médico ou enfermeiro.

Por isso, ao se dar o diagnóstico de gravidez, é importante explorar quais são as expectativas do casal em relação a gestação e em que contexto ela ocorreu. Gestações não planejadas estão associadas a maior chance de ações abortivas voluntárias, hiperêmese gravídica e repercussões emocionais, repercutindo nos desfechos materno infantil (BRASIL, 2011, GCH).

Para ir além do planejamento e da aceitação da gravidez, é importante que se utilize nas consultas o método clínico centrado na pessoa. Num cenário onde não houve planejamento e aceitação pode ser difícil, é preciso incluir o impacto que essa gestação tem na função daquela pessoa ou nos planos da família. Apesar desse estudo realizado não ter incluído gestantes adolescentes, algumas mães mais jovens que ainda estavam concluindo os estudos podem sentir mais dificuldade em se adaptar a essa nova realidade, exigindo uma mudança de uma meta traçada (terminar os estudos).

A exploração do segundo componente do método clínico centrado na pessoa nas consultas de pré-natal avaliou a abordagem da inclusão do contexto próximo e do contexto distante nas consultas de pré-natal. Sabe-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) destaca a família como um componente fundamental na construção do cuidado em saúde, dando ênfase ao conceito de abordagem integral e sistêmica. A família representa também o espaço para o desenvolvimento tanto do indivíduo quanto do grupo, integrando também as relações sociais e comunitárias, contudo pode estar suscetível a crises ao longo do tempo. É importante que os profissionais da APS conheçam as ferramentas de abordagem familiar, métodos e técnicas de análise de apoio para a família (FERNANDES, FALCETO, WARTCHOW, 2013).

Durante as fases do desenvolvimento da família, acontece uma série de transformações do ciclo de vida familiar, que representa um dos instrumentos de abordagem familiar. Apesar de cada família ser única e singular, elas atravessam durante a vida etapas comuns de desenvolvimento, sendo que cada uma dessas transições pode representar um desafio para a reorganização do sistema familiar de forma a se encontrar novamente o equilíbrio. Cada fase apresenta mudanças emocionais, esperadas ou não, e muitas vezes requer a realização de tarefas (DIAS, 2012).

O perfil de funcionamento do ciclo de vida familiar das famílias pobres e com múltiplos problemas tais como miséria, desemprego, desnutrição e abuso de substâncias prejudiciais a saúde, acentuam a carência afetiva e emocional, corroborando para o aumento da complexidade das crises das etapas críticas do ciclo vital nesse perfil populacional. Quando o médico de família e comunidade compreende e considera a dinâmica do ciclo de vida familiar durante os atendimentos de seus pacientes, isso lhe permite gerar hipótese e entender melhor o que está ocorrendo no contexto de vida daquela pessoa. Essa ferramenta de abordagem familiar permite visualizar aquele indivíduo ou família de maneira ampla e sistêmica, podendo pensar alguma situação que esteja ocorrendo no momento ou que possa acontecer futuramente. O processo emocional de cada fase do ciclo deve ser levado em consideração de forma que seja restabelecido o funcionamento familiar tanto na forma curativa ou preventiva (DIAS, 2012).

Crises inesperadas podem ocorrer nesse período como o luto pela perda do marido ou pela própria separação do casal. Apesar da importância destacada da família, percebeu-se nas entrevistas que poucos profissionais exploram esse aspecto na vida das gestantes. A investigação da rede de apoio é importante não só no período da gestação como também no momento do parto. Algumas gestantes estavam passando por situações críticas nessa etapa do

ciclo vital, inclusive podendo representar repercussão na frequência das consultas de pré-natal, porém grande parte delas não havia mencionado isso nas consultas de pré-natal.

Faz-se necessário também entender como está sendo o desenvolvimento individual da pessoa naquele período, é um desenvolvimento saudável? Sabe-se que o desenvolvimento individual saudável é apresentando por um senso sólido de si mesmo, com uma autoestima positiva, atitude independente e com autonomia (STEWART, 2017). As condutas focadas apenas nos aspectos físicos não são suficientes. É necessário que se considere a mulher na sua plenitude, incluindo sua história de vida, seus sentimentos, valorizando os aspectos individuais de cada caso (BRASIL, 2005).

E quando a gestante nos fala que usa bebida de álcool, com a justificativa de diminuir a ansiedade do período gestacional. Como proceder? Falar sobre esses assuntos na consulta ainda não é uma tarefa fácil. As consultas de pré-natal devem dispor de tempo para a escuta subjetiva, criando um ambiente de empatia, de confiança e de cumplicidade. É através da escuta que se pode criar espaços para abordar a ansiedade desse período, norteando os sentimentos que surgem e podem ser confusos (BRASIL, 2013). Uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro entrevistou 537 grávidas, sendo que 40,6 % delas afirmaram ter consumido álcool em algum período da gestação e que 10,1% delas consumiram álcool frequentemente durante toda a gravidez (ROCHA et al, 2013).

O cuidado em saúde compreende considerar a vivência da pessoa, escutando seu projeto de vida e proporcionando uma abertura autêntica para estar com o outro. Segundo Ayres (2006), é necessário que exista uma escuta atenta para que possa ocorrer o entendimento da situação vivenciada pela pessoa, inclusive o de não adesão ao tratamento proposto, do desinteresse das orientações preventivas e até mesmo a descoberta do seu desinteresse pela sua condição de saúde (ALBUQUERQUE et al, 2011).

É importante no pré-natal que também o profissional de saúde se mostre aberto, livre de preconceitos, para a que gestante se sinta confortável em falar sobre esses assuntos relacionados ao consumo de drogas lícitas/ ilícitas durante o período gestacional. Explorando essa questão e estimulando a autonomia da pessoa, é possível que se compreenda melhor suas ações e fantasias em relação a esses assuntos.

A assistência da gestante de alto risco exige também uma escuta atenta e a consulta não pode ser rotineira, com perguntas fechadas e seguindo apenas a rotina dos protocolos quantitativos. A equipe de saúde da família, ao realizar o acompanhamento das gestantes de alto risco deve considerar a avaliação clínica e obstétrica, bem como as repercussões mútuas

entre as condições clínicas da gestante, gravidez e parto, tendo sensibilidade para abordar os aspectos emocionais e psicossociais (BRASIL, 2012).

A resiliência é a capacidade do indivíduo em responder frente aos problemas do dia a dia de forma positiva, apesar dos entraves encontrados no seu ciclo de vida. Compreende aspectos do indivíduo, do ambiente familiar, social e cultura (NORONHA et al, 2007). Apesar de muitos profissionais ainda não abordarem o contexto próximo da família das gestantes, muitas das entrevistadas se mostraram resilientes frente a situação que se encontravam. Algumas relataram não ter apoio familiar na gestação, outras só no momento do parto. Num período de fragilidade como é o período da gestação, sem o suporte da família, cuidado de filhos pequenos, elas iam seguindo em frente. Na clínica B, onde a violência era marcante, chamou atenção um relato de uma mãe que ia sobrevivendo em áreas de risco, impedida algumas vezes de ir e vir, tornando-se muitas vezes reféns da violência dentro de sua frágil residência. E se chegar na hora do parto, mas a polícia estiver entrado no "morro", como chamar a cegonha carioca ?

A segurança financeira e o emprego surgiram também durante o estudo do contexto próximo. O guia de referência rápida de atenção ao pré-natal destaca que é importante avaliar se o emprego que a gestante está traz risco a sua saúde, se é seguro ela continuar trabalhando e como é importante orientamos referentes aos seus direitos e benefício (SMS/RJ, 2016). A maioria das gestantes que trabalhavam tinham um emprego que não oferecia risco a gestação, sendo que algumas ainda encontravam lá algum suporte emocional. Na clínica B, grande parte das entrevistadas não trabalhavam, e as que trabalhavam não era com carteira assinada, ou seja, não tinham benefícios com salário maternidade. Poucos profissionais abordaram o contexto de trabalho durante as consultas de pré-natal, sendo que esse pode ser fator de estresse e insegurança para a gestante.

Referente ao apoio social, a maioria das gestantes citou que durante a maternidade o ele veio na figura dos amigos. Sabe-se que o apoio social tem se mostrado importante ao longo de todo o ciclo de vida, principalmente durante as etapas de mudanças e de estresse. Ao considerar esse período da maternidade, uma etapa de transição onde muitas situações novas estão acontecendo, essa questão pode ser importante de abordar nas consultas de pré-natal. Falando em desfecho, um estudo longitudinal realizado por Oakley et al, que acompanhou 509 famílias, sendo que metade delas receberam algum apoio social na gestação. O grupo que recebeu apoio apresentou menos casos de baixo peso ao nascer, menos hospitalizações antes do parto, sendo registrado um número menor de cesariana. Os bebês desse grupo precisaram

de menos cuidados intensivos e tiveram uma melhor saúde nas primeiras semanas quando comparado com o grupo que não recebeu apoio (RAPOPORT, PICCININI, 2006).

Percebeu-se que os membros da comunidade na qual a gestante estava inserida também tinham importância na conformação da sua rede de apoio, fazendo valer o significado de comunidade como um grupo de pessoas que possuem características em comum e compartilham semelhanças com base na área geográfica, religião, etnia ou interesse de lazer (STEWART, 2017). Gestantes entrevistadas, citaram alguns vizinhos que acabaram se tornando "membros" da família, sendo importantes na organização dos preparos para a chegada do bebê ou inclusive para apoiá-las em algum momento que elas precisassem ir na maternidade para buscar atendimento. Para que se entenda melhor esse momento de transição, que é a chegada dos filhos na família, é importante que se conheça a estrutura e as funções da rede de apoio das famílias, pois elas geralmente se alteram dependendo do contexto sociocultural, tempo histórico e do estágio do ciclo de vida da família e do indivíduo. Quando as mães não recebem o apoio esperado de um ambiente social e se tem uma rede maior, pode-se contar com o auxílio de outras pessoas (OLIVEIRA, DESSEN, 2012).

O terceiro componente do método clínico centrado na pessoa, considerando as consultas de pré-natal, tentou explorar a avaliação referente a tomada de decisão em conjunto, empatia e comunicação dos profissionais com as gestantes.

A tomada de uma decisão em conjunto significa uma ação na qual o profissional de saúde dá o suporte para que o paciente decida sobre algo específico. É processo realizado através dos conhecimentos passados pelo médico ou enfermeiro, sobre as variedades terapêuticas, considerando seus riscos e benefícios junto com as preferências do paciente, considerando suas questões pessoais e sociais, objetivos, valores e crenças. Esse tipo de ação incentiva que os pacientes façam perguntas sobre determinado assunto (THE HEALTH FUNDANTON, 2016). Em um estudo holandês que avaliou através das narrativas da gestantes o que elas consideravam primordial para o seu cuidado, essa ação estava dentro do conceito de autonomia, traduzida no sentido que a pessoa é capaz de fazer escolhas em relação à orientação e prestação de cuidados e o profissional encoraja e orienta para que as melhores escolhas possam ser feitas (STENUS *et al*, 2017).

A grande maioria da entrevistadas afirmaram que haviam recebido orientação referentes aos cuidados sobre alimentação, sobre a prática de atividade física e também sobre os exames preconizados para serem realizados nas rotinas de pré-natal. Muitas vezes não se explora a preferência da paciente e nem se elas vão conseguir realizar o que está sendo proposto. É necessário valorizar a opinião da mulher na decisão conjunta acerca da

terapêutica, desenvolvendo um cuidado centrado nas suas preferências, se quisermos mudar os desfechos dos resultados obtidos.

Uma das principais dificuldades da sua implementação seja o tempo das consultas, que se torna escasso, muitas vezes pelos excesso de demandas. Porém a tomada de decisão em conjunto é um recurso que pode melhorar a qualidade do atendimento recebido, bem como melhorar a adesão ao tratamento proposto, principalmente pelo fato do paciente se sentir participante da tomada de decisão (PONS RÀFOLS, MOHARRA FRANCÉS, 2016). Um livro lançado por Tuckett e colaboradores, focando no diálogo do encontro, nos diz que o encontro entre o médico e o paciente é um encontro entre dois especialistas. O médico é especialista nas questões biomédicas do problema e a pessoa é especialista em sua experiência de saúde e de doença e como a experiência da doença interfere com seus planos de vida (STEWART, 2017).

É importante que a gestante se sinta à vontade para colocar suas dúvidas e opiniões nas consultas de pré-natal. Apesar da pouca decisão compartilhada efetuadas nas consultas analisadas pelas pesquisa, se evidenciou, na maioria das entrevistas, que elas tinham uma boa comunicação com os profissionais de saúde das equipes de saúde da família.

A utilização do M CCP tem demonstrado vantagens de acordo com dados publicados. No que se refere à comunicação, evidências sugerem quatro diretrizes para a comunicação entre pessoa e o médico que resultam em melhores desfechos clínicos: informações claras, estabelecimento de metas através de um acordo comum, possibilidade da pessoa ter um papel ativo (permitindo fazer perguntas, obter respostas e tomar decisões quanto ao seu tratamento) e afeto positivo, empatia e suporte do médico (BARBOSA, RIBEIRO, 2016).

Algumas unidades de Atenção Primária oferecem mais tempo e oportunidade de encontro do que outras – que constituem cenários mais duros, com encontros pontuais e com um certo grau de tensão. Mesmo assim, sempre haverá um grau de intensidade nesta relação e precisa-se pensar em estratégias para que a pessoa seja parte primordial da agenda, que deve ser montada de modo cooperativo. Precisa-se levar em consideração a vida que vem junto com a pessoa e como ela precisa ser percebida e levada em consideração (FEUERWERKER, 2011). Isso pode ser evidenciado pela pesquisa nas diferentes formas de comunicação entre os profissionais da clínica da família e da maternidade.

Sabe-se que a menor valorização do componente psicossocial afeta negativamente não somente a relação médico paciente, mas também dificulta a compreensão de situações que não estão evidentes do contexto psicoafetivo e social das gestantes e que acabam por afetar aspectos de sua saúde física e “biológica”. Para o médico de família a abordagem psicossocial

deve ser considerada um eixo estruturante da sua atuação. Por isso, é necessário se comunicar de maneira adequada com seu paciente (SILVA, 2008).

A violência obstétrica é muito frequente na assistência ao parto (LUZ, ASSIS, REZENDE, 2015). Entretanto, o momento do parto deveria representar um espaço de confiança entre a equipe e a parturiente. Na pesquisa, surgiram alguns relatos referentes ao sentimento de apreensão frente ao momento do parto. Esse período geralmente tem sido marcado por medos, anseios e sentimentos negativos. Entretanto, no que se refere a dados sobre a presença de violência obstétrica no período pré-natal, não foram encontrados estudos incluindo especificamente esse termo relacionado às consultas de pré-natal. O que a grande maioria dos artigos registra é que o pré-natal tem um papel determinante na diminuição da violência obstétrica no sentido do empoderamento das mulheres, no sentido de fornecer informações sobre o momento do parto, bem como orientar sobre os seus direitos como mulher e parturiente (SOUZA et al, 2018). Por exemplo, a construção do plano de parto, recomendado pela OMS, é um recurso subutilizado. Esta construção teve seu início na década de 1970 pelas mulheres europeias que demandavam controle sobre seu próprio corpo em um contexto crescente de medicalização. Ele convida a mulher a refletir sobre as práticas mais benéficas e mais danosas bem como o reconhecimento dos seus direitos durante o período do parto, devendo ser elaborado em conjunto dos seus cuidadores (TESSER et al, 2015).

O quarto componente do MCCP nesta pesquisa tentou explorar a relação entre as gestantes e profissionais de saúde, observar o vínculo entre eles e a continuidade do cuidado. Conforme definido por Merhy, tecnologias leves são aquelas relacionadas com o trabalho vivo em ato, pois é apenas através da escuta, do interesse, da confiança e da construção do vínculo que se consegue perceber as particularidades, o contexto e o universo cultural de cada pessoa (FEUERWERKER, 2014).

A linha de cuidado das gestantes é utilizada para acompanhamento e continuidade do cuidado do pré-natal. Ela consegue extrair dados mais objetivos do acompanhamento do pré-natal pelo preenchimento de dados do prontuário eletrônico. Apesar disso, o que se percebeu foi que algumas gestantes da pesquisa relataram não saber quem era o profissional responsável por seu acompanhamento justamente por não ter uma continuidade do cuidado, sendo que na maioria das vezes houve mudança do profissional que iria fazer a sua próxima consulta. Destaca-se que a pesquisa foi realizada em unidades com programa de residência médica em medicina de família e comunidade, onde algumas vezes o médico residente pelo cuidado de determinada gestante não está mais no momento do seu próximo retorno, por estar de férias, por já ter saído da residência ou por estar cumprindo estágio fora da unidade. Isso

pode ter significado uma quebra na continuidade do cuidado pelas narrativas de algumas gestantes.

Alguns benefícios têm sido relatados referentes à continuidade do cuidado como maior satisfação das pessoas, maior oportunidade de integração na dimensão biopsicossocial, melhora na relação profissional de saúde e usuário, maior participação da pessoa na manutenção da sua saúde e maior prevenção quanto a prescrição de tratamentos desnecessário (CUNHA, 2009). Algumas evidências também têm demonstrado vantagens em desfechos de pré-natal e no atendimento de populações vulneráveis com a continuidade do cuidado (NUTTING, 2003).

O atendimento continuado permite que o médico de família inclua, pouco a pouco, informações relevantes sobre a pessoa e sua família. Um conhecimento prévio também pode reduzir a duração das consultas, e está associado a menos exames, com uma prática maior em manejo conservador (McWhinney, Freeman, 2010). De acordo com Starfield (2002), através das interações entre profissionais e pacientes é estabelecida uma relação de longa duração, facilitando a efetividade na APS. Através de cada encontro, os médicos vão aprendendo um pouco mais sobre os problemas do paciente.

Vínculo está relacionado com confiança, exige um tempo e habitualmente não se estabelece de maneira imediata. Para que ele ocorra, é importante que o paciente e sua família disponham de tempo para falarem angústias e preocupação, sendo necessário que o profissional esteja disponível para escutá-lo (BRUNELLO et al, 2010).

O acolhimento abrange significados como acesso, referência, capacidade de escuta e também o reconhecimento de questões relacionadas ao contexto psicossocial (SILVA, ANDRADE, BOSI, 2014). Pode-se evidenciar isso através da narrativa das entrevistadas que falaram muito da relação próxima que têm com os profissionais de saúde. Uma ainda destaca que não tinha apoio dos amigos mas encontrou vínculo e cuidado no profissional de saúde. Poucos estudos abordam a questão do vínculo em ambientes de assistência hospitalar. Muitas vezes os protocolos de atendimento enfatizam questões técnicas e procedimentos, associado a uma alta rotatividade de pacientes, dificultando o surgimento da relação de vínculo pelo pouco tempo disponível. Isso também apareceu na pesquisa quando as gestantes que acompanhavam no pré-natal de alto risco foram perguntadas se tinham uma relação de vínculo com o profissional da maternidade (BRUNELLO et al, 2010).

A APS é responsável por quatro princípios fundamentais do cuidado em saúde :primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado (ANDERSON, GUSSO, CASTRO FILHO, 2005). Apareceu algumas nas entrevistas o questionamento sobre

o pré-natal não ser realizado por médicos obstetras. Ainda causa certa confusão nas pessoas sobre qual o papel do médico de família. A equipe de Estratégia Saúde da Família é responsável pelo primeiro contato da gestante, propiciando os cuidados iniciais necessários; pela integralidade do cuidado - olhar a pessoa como um todo; pela longitudinalidade - acompanhar a pessoa ao longo do tempo, e pela coordenação do cuidado. A coordenação do cuidado também é outro aspecto importante, visto que o simples encaminhamento de uma gestante para outro serviço, sem comunicação ou continuidade do cuidado, não é garantia de uma assistência resolutiva (SILVA, ANDRADE, BOSI, 2014). Todos esses princípios fazem parte tanto do atendimento realizado pelo médico de família quanto pelo enfermeiro que trabalha na estratégia de saúde da família.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O início do pré-natal representa o acesso e a primeira porta de entrada da gestante no sistema único de saúde e deve acontecer na Estratégia Saúde da Família/ Atenção Primária à Saúde. É, também, em muitas situações, o momento onde a equipe está conhecendo essa pessoa, sendo também que esse momento representa o início de uma relação que deve ser pautada na empatia e na confiança para a formação de vínculo. Entretanto, as consultas de pré-natal ainda focam em dados muito objetivos deixando de captar acontecimentos, emoções, sentimentos, que também são essenciais para o cuidado integral, comprometendo desfechos mais positivos, apesar dos avanços dos últimos anos.

Nesta pesquisa, percebeu-se que os sentimentos referentes à gestação pouco são explorados e eles traduzem muito o que está ocorrendo na vida das gestantes e que podem influenciar os desfechos do pré-natal. Os sentimentos não parecem ser trabalhados nas consultas. Se a gestação planejada, por si só, já traz, muitas vezes, sentimentos de dúvidas na gestante entre querer ou não querer a gravidez, isso ainda é mais preocupante quando se presencia uma gravidez não planejada. A partir da leitura das entrevistas avalia-se que as gestantes não tiveram oportunidade de expressar seus sentimentos, seus medos, suas emoções em relação a este período complexo. Alguns poucos profissionais exploram o significado especial da gestação, dando espaço para o diálogo e para a escuta da mãe. Quando se utiliza o MCCP nas consultas de pré-natal, o primeiro componente aborda essas questões.

O contexto próximo ainda é pouco explorado nas consultas de pré-natal. Pelo contexto de vulnerabilidade que vivem a maioria das mulheres brasileiras, é preciso que compartilhem essas angústias, de forma que se possa identificar os riscos mas também as fortalezas, apoiando a promoção da resiliência nas gestantes e familiares frente aos desafios a serem enfrentados. O segundo componente do MCCP explora esse contexto e apresentou detalhes importantes sobre a vida familiar da gestante.

Os assuntos abordados referentes à alimentação e atividade física apareceram até que frequentemente comentados durante as consultas, porém de forma prescritiva. Outros assuntos igualmente importantes como amamentação ainda deixam muitas gestantes com dúvidas, não sendo muito abordados principalmente pelos médicos. Enfermeiras apareceram também como referência para esses assuntos mais subjetivos do cuidado. Hoje existe uma facilidade em realizar exames de rotinas exigidos no pré-natal. Apesar disso, o que os estudos evidenciam é

que a maioria das gestantes não realiza os exames propostos no tempo preconizado. Na minha percepção como pesquisadora, falta ainda discutir com as grávidas a necessidade de realização de exames, riscos e benefícios, em realizar determinado exame ou de tomar certo medicamento em particular. Alguns fatores de risco podem de fato acarretar maiores riscos de malformações fetais (exigindo assim exames complementares investigação), mas não são a regra. Ainda se compartilha pouco com elas sobre os exames que realmente são necessários e não se explora suas opiniões frente a exames que desejam realizar. Na grande maioria das vezes, por ser um fenômeno fisiológico, a gestação evolui sem intercorrências. Somente um pequeno número de gestantes, que apresentam características específicas ou apresentem algum fator de agravo, podem evoluir para uma gestação com desfecho desfavorável (tanto para a mãe como para o feto). Essa pequena parcela, constitui o grupo chamado de "gestantes de alto risco". Essa diferença estabelece um padrão variável no grau de necessidade de cuidados, sendo que as que pertencem ao alto risco normalmente exigem técnicas mais especializadas. As gestantes que pertencem ao grupo de "baixo risco" têm suas demandas de saúde resolvidas, de maneira geral, no nível primário de assistência (BRASIL,2000). O terceiro componente do MCCP é importante uma vez que aponta a importância e a necessidade de se realizar uma decisão compartilhada sobre as condutas e a terapêutica e um plano de manejo conjunto com a gestantes.

O quarto componente explorou o vínculo nos atendimentos e esse pareceu estar fortalecido pelo relato das entrevistadas. A grande maioria tinha um bom vínculo com a equipe de saúde da família, conhecendo os profissionais por seus nomes. Algumas equipes apresentaram uma rotatividade maior. Apesar de não intervir em dados objetivos do pré-natal, essa troca de profissionais interferiu na longitudinalidade do cuidado, algo que se fosse analisado pelo indicadores seria subjetivo mas também com importância pela quebra de informações.

Vale ressaltar mais uma vez que a assistência adequada ao pré-natal tem por objetivo principal acolher a mulher desde do momento em que se evidenciou a sua gravidez, cabendo ao profissional de saúde proporcionar uma atenção qualificada e integral às gestantes, assegurando um cuidado mais humanizado. Sabe-se que essa prática contribui também para redução da mortalidade materna e infantil (TOMAZETTI *et al*, 2011).

A partir dos resultados deste estudo, conclui-se que o Método Clínico Centrado na Pessoa pode orientar uma abordagem mais adequada e qualificada para os cuidados às gestantes e considera-se pertinente seu uso no pré-natal. Sabe-se que quando se compara aos modelos tradicionais, o MCCP aumenta a satisfação, melhora a adesão aos tratamentos

propostos, diminui as preocupações e os sintomas, com melhora da situação fisiológica apresentada (LOPES, 2015).

Poderíamos cunhar o termo Método Clínico Centrado na Gestante (MCCG) de modo a facilitar sua lembrança e aplicabilidade nas consultas de pré-natal.

9 REFERÊNCIAS

AIKEN, L. H. et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. **BMJ**, v. 344, n. 202, p.1-14, 20 mar. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e1717>>. Acesso em: 06 maio 2018.

ALBUQUERQUE, R.A. et al. Production of comprehensive prenatal care: a pregnant woman's route at a primary family healthcare unit. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.15, n.38, p.677-86, jul./set. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011005000041&script=sci_abstract Acesso em 19 abr 2019.

ANDERSON, M. I. P. et al. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. **Revista APS**, v. 8, n. 1, p. 61-67, 2005. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/850> Acesso em 19 abr 2019.

ANDERSON, Maria Inez P.; RODRIGUES, Ricardo Donato. O paradigma da complexidade e os conceitos da medicina integral: saúde, adoecimento e integralidade. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p.242-252, 19 set. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12957/rhupe.2016.29450>>. Acesso em: 06 maio 2018.

ANDERSON, Maria Inez Padula, GUSSO, Gustavo, CASTRO FILHO, Eno Dias. Medicina de Família e Comunidade: Especialista em integralidade. **Revista APS**, v.8, n.1, p. 61-67, jan./jun. 2005

ANVERSA, Elenir Terezinha Rizzetti et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p.789-800, abr. 2012. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2012000400018>>. Acesso em: 2 maio 2018.

ÁRTICO, Graziela Rech; LORENZI, Dino Roberto Soares de; CHAMELLO, Cleanir Sandi; CECCIM, Ricardo Burg. In: **Ensino e atenção à saúde da mulher. Aprendizados da integração da Educação Superior com a Rede Assistencial/** Org. Nilva Lúcia Rech Stediller, Ricardo Burg Ceccim- Caxias do Sul, RS: Educs, 2007. 248p.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 13, n. 3, p.16-29, dez. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902004000300003>>. Acesso em: 06 maio 2018.

BALSELLS, Marianne Maia Dutra et al . Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 31, n. 3, p. 247-254, 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000300247&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 maio 2019.

BANCO MUNDIAL. Tasa de mortalidad materna (estimado mediante modelo, por cada 100.000 nacidos vivos). 2015. Disponível em: <<https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT>>. Acesso em: 06 maio 2018.

BARBOSA, M. S.; RIBEIRO, M. M. F. **O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde**. Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Promoção da de Saúde e Prevenção da Violência. Belo Horizonte, MG - Brasil. 2016. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUBD-AXWFKP>. Acesso em 01 maio 2018.

BARBOSA, M. S.; RIBEIRO, M. M. F. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. **Rev Med Minas Gerais**, v. 26, Supl 8, p. 216-222. 2016. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2152> Acesso em 19 abr 2019.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BENET, Marta; MERHY, Emerson Elias; PLA, Margarida. Becoming cartographer. **Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social**, [s.l.], v. 16, n. 3, p.229-243, 8 nov. 2016. Universitat Autònoma de Barcelona. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.1685>>. Acesso em: 06 maio 2018.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

BORGES, Ana Luiza Vilela; CAVALHIERI, Fernanda Bigio; HOGA, Luiza Akiko Komura; FUJIMORI, Elizabeth; BARBOSA, Luis Ricardo. **Planejamento da gravidez: prevalência e aspectos associados**. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(Esp. 2):1679-84

BRAGA, N. A; DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 416 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Gestação de Alto Risco.Manual Técnico**. 3ª edição.Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005a. 340 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.163 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.318 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição, Gerência de Saúde Comunitária. **Atenção à saúde da gestante em APS** / Org Maria Lúcia Medeiros Lenz e Rui Flores, 2 ed. Porto Alegre. Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2017. 302p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Política Nacional de Atenção Básica**. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017.

BRUNELLO, Maria Eugênia Firmino et al . O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta paul. enferm.**, v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Jun 2019.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera; COHN, Amélia; BRANDÃO, Ana Laura. Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 5, p.1351-1364, maio 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.00242016>>. Acesso em: 01 maio 2018.

CERON, M. **Habilidades de comunicação: abordagem centrada na pessoa**. 2012. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade24/unidade24.pdf. Acesso em: 10 Set. 2018.

CRESWELL, John W. O projeto de um estudo qualitativo. In: CRESWELL, John W.. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: Escolhendo entre cinco abordagens**. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014. Cap. 3, p. 341. Tradução: Sandra Mallmann da Rosa.

COSTA, Fabrício Donizete da; AZEVEDO, Renata Cruz Soares de. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. **Rev. bras. educ. med.**, v. 34, n. 2, p. 261-269, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022010000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Jun 2019.

CUNHA, Elenice Machado; GIOVANELLA, Ligia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000700036&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 abr. 2019.

DIAS, Leda Curra. Abordagem Familiar. In: Gusso,G: Lopes, J.N.C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 1354 p.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DESLANDES, Suely Ferreira. Humanização da Assistência ao Parto no serviço Público: Reflexões sobre desafios Profissionais nos caminhos de sua Implementação. In: DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Humanização dos Cuidados em Saúde: Conceito, Dilemas e Práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. Cap. 12, p. 351.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio

de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, mar. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2012000300003>>. Acesso em: 06 maio 2018.

DONABEDIAN, Avedis. The Quality of Care. Can It Be Assessed? **Jama**, Michigan, v. 260, n. 12, p.1743-1748, 23 set. 1988. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>>. Acesso em: 06 maio 2018.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the Quality of Medical Care. **Milbank Quarterly**, [s.l.], v. 83, n. 4, p. 691-729, 9 nov. 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

DUNCAN, Bruce B; SCHIMIDT, Maria Ines; GIUGLIANI, Elsa R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004. xvii, 1600p.

FALK, João Werner. Medicina de Família e Comunidade e sua Entidade Nacional: Histórico e Perspectiva. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v. 1, n. 1 (2004)

FERNANDES, Carmen Luiz C; FALCETO, Olga Garcia, WARTCHOW, Elisabeth Susana. Abordagem Familiar. In: Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências/ Organizadores, Bruce B. Duncan- 4.ed- Porto Alegre: Artmed, 2013,1952 p.

FEUERWERKER, L. M. C. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA 2014.

FEUERWERKER, L. C. M. “**A cadeia do cuidado em saúde**”. In: Educação, saúde e gestão. Rio de Janeiro e São Paulo: Ed. Hucitec, 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000100003&lng=en>. Acesso em 29 Jun 2018.

FORTES, Alexandre Borges; ANDERSON, Maria Inez Padula; SCHENKER, Miriam. Instrumento para a atenção integral: do pré-natal ao puerpério. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 13, p.53-60, 17 nov. 2008. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc4\(13\)219](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc4(13)219)>. Acesso em: 06 maio 2018.

FUJIKAWA, Alberto Kazuo . **O método clínico centrado na pessoa - um resumo**, 12 p. 2013.

GATTI, Bernardete Angelina. **Grupo Focal na Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Liber Livro, 2012. 80 p.

GÉRVAS, Juan; FERNÁNDEZ, Mercedes Pérez. São e Salvo: E livre de Intervenções Médicas Desnecessárias. In: GÉRVAS, Juan; FERNÁNDEZ, Mercedes Pérez. **Prevenção Primária: Gravidez, parto e pós-parto saudáveis e aleitamento materno**. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 279.

GREGG, K.; VANDEKIEFT, M.D. Michigan State University College of Human Medicine, East Lansing, Michigan. **Am Fam Physician**. v. 15, n. 64, p. 1975-1979. 2011. Disponível

em: <https://www.experiencegr.com/about-grand-rapids/colleges-universities/msu-college-of-human-medicine/>. Acesso em: 05 maio 2019.

HANNE, T.; KLAUS, W.; HANNE, H.; KIRSTI, M. The purpose of the general practice consultation from the patient's perspective—theoretical aspects. **Family Practice**, v. 18, n. 6, p. 638–643. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/18.6.638> Acesso em: 06 maio 2018.

In: GUSSO G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 1, p. 159-166.

JORGE, Maria Salete Bessa et al . Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000800005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Apr. 2019.

KOTELCHUCK, M. An evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. **American Journal of Public Health**; v. 84, n. 9, p. 1414-1420. 1994. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8092364>>. Acesso em: 1 maio 2018.

LEAL, Erotildes Maria et al. McGill Entrevista Narrativa de Adoecimento - MINI: tradução e adaptação transcultural para o português. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 8, p.2393-2402, ago. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015218.08612015>. Acesso em: 1 maio 2018.

LITTLE, P. et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. **BMJ**, v. 323, p. 908, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11668137>. Acesso em 19 abr 2019.

LEAL, Maria do Carmo et al . Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601915&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 maio 2019.

LEAL, Maria do Carmo et al . A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 33, supl. 1, e00078816, 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001305004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Jun 2019.

LOPES, José Mauro Cerratti. **A pessoa como centro de cuidado: A abordagem centrada na pessoa no processo de produção do cuidado médico em serviço de atenção primária à saúde**. Porto Alegre, (Dissertação). Mestrado. Faculdade de Educação, UFRGS, 2005.

LUZ, Nina Franco, ASSIS, Thais Rocha, REZENDE, Fabrícia Ramos. Puérperas adolescentes: percepções relacionadas ao pré-natal e ao parto. **ABCS Health Sci**. 2015; 40(2):80-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v40i2.735>

MACHADO, Cynthia Braz. **A violência urbana e as repercussões nas ações de cuidado no território da saúde da família.** Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, 2015. 106 f.

MASSON, N.; FALCÃO, A.; VELO, M. M. A. C.; PEREIRA, A. C. Acolhimento e vínculo: tecnologias relacionais na produção da saúde. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 17, n. 2, p. 103-110, 2015. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/13194> . Acesso em 19 abr 2019.

MCWHINNEY, IAN R. **Manual de medicina de família e comunidade**; tradução: Anelise Teixeira Burmeister. - 3.ed- Porto Alegre: Artmed, 2010. 472 p.

MELO, Victor Hugo et al. Dificuldades dos médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família de Minas Gerais para proverem atenção à saúde das mulheres. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 30, p.3-12, 2 nov. 2013. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)550](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)550). Acesso em: 1 maio 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). Trabalho de Campo: Contexto de Observação, Interação e Descoberta. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. Cap. 3, p. 61.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p.

MERHY, E. E.; FEUERWECKER, L.; GOMES, M. P. C.. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco, T.B. (Org.). **Semiótica, afecção & cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/da-repeticao-a-diferenca-construindo-sentidos-com-o-outro>. Acesso em: 06 maio 2018.

MORSE, Marcia Lait et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p.623-638, abr. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2011000400002>.> Acesso em: 1 maio 2018.

MURRAY, Mark; BERWICK, Donald M.. Advanced Access: Reducing Waiting and Delays in Primary Care. **Jama**, California, v. 289, n. 8, p.1035-1040, 26 fev. 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.289.8.1035>. Acesso em: 06 maio 2018.

MUYLAERT, Camila Junqueira et al. Narrative interviews: an important resource in qualitative research. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 48, n. 2, p.184-189, dez. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420140000800027>. Acesso em: 1 maio 2018.

NAVARRO, Alicia de Souza; ROCHA, Hélio Antônio; FREITAS, Daniela Bastos; GOMES, Maria; BOLLELA, Valdes. A Narrativa de Adoecimento e as Práticas Formativas na construção da Realidade Clínica. **Cadernos ABEM**, v. 10, p. 47-57. 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/277816115_A_Narrativa_de_Adoecimento_e_as_Praticas_Formativas_na_construcao_da_Realidade_Clinica >. Acesso em: 1 maio 2018.

NORONHA, Maria Glícia Rocha da Costa e Silva et al. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família?. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 2, p. 497-506, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Jun 2019.

NUNES, J. M. A abertura da consulta. O fim está no princípio. **Rev Port Clin Geral**; v. 25, p. 199-207. 2009. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10608>. Acesso em 19 abr 2019.

NUNES, Juliana Teixeira et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p.252-261, jun. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201600020171>. Acesso em: 2 maio 2018.

OLIVEIRA, R. G.; NACHIF, M. C. A.; MATHEUS, M. L. F. O trabalho do agente comunitário de saúde na percepção da comunidade de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul. **Acta. Health Sciences Maringá**, v. 25, no. 1, p. 95-101, 2003. Disponível em: <http://www.hiv411.org/files/File/2011/health%20agent%20article%201.pdf>. Acesso em 05 maio 2019.

OLIVEIRA, Maíra Ribeiro de; DESSEN, Maria Auxiliadora. Alterações na rede social de apoio durante a gestação e o nascimento de filhos. **Estud. psicol. (Campinas)**, v. 29, n. 1, p. 81-88, Mar. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2012000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Jun 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde**. Alma-Ata: Oms e Unicef, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Reducción mortalidad materna en 11 países de la Región - 11 países da América Latina e do Caribe registraram avanços na redução da mortalidade 23. materna**. 2014. Acesso em: 1 maio 2018.

PENDLETON, David; SCHIFIELD, Theo; TATE, Peter, HAVELOCK, Peter. **A nova consulta. Desenvolvendo a comunicação entre médico e paciente**. Tradutora: anelise Burmeister; Revisor técnico: Gustavo Diniz Ferreira Gusso- Porto Alegre: Artmed, 2011. 159 p

PONS, R.; JOAN, M. V.; MOHARRA, F. Decisiones compartidas. **Medicina Clínica**, v. 146, n. 5, p. 205–206, 2016. Disponível em: doi:10.1016/j.medcli.2015.10.003. Acesso em 19 jun 2019.

RAPOPORT, Andrea; PICCININI, Cesar Augusto. Apoio social e experiência da maternidade. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, v. 16, n. 1, p. 85-96, abr. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 maio 2019.

REDSHAW, M. Women as Consumers of Maternity Care: Measuring “Satisfaction” or “Dissatisfaction”? **Birth**, v. 35, p. 73-76, 2008. Disponível em: 10.1111/j.1523-536X.2007.00215.x Acesso em: 06 maio 2019.

RIO DE JANEIRO. Observatório de tecnologia e informação e comunicação em sistema de saúde (OTICS). **Prefeitura inaugura primeira Clínica da Família da Cidade:** Inaugurada a primeira Clínica da Família do programa Saúde Presente. 2010. Disponível em: <<http://www.otics.org.br/estacoes-de-observacao/rio-saude-presente/news/news/prefeitura-inaugura-primeira-clinica-da-familia-da-cidade>> Acesso em: 06 maio 2018.

RIO DE JANEIRO. Secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro. (Org.). **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2013. 112 p. Disponível em <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf> Acesso em: 06 maio 2018.

RIO DE JANEIRO. Secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro. **Atenção ao Pré-Natal: Rotinas para gestantes de baixo risco.** Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2016. 48 p. (F). Coleção Guia de Referência Rápida. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6552790/4176323/GuiaPrenatal_reunido.pdf> Acesso em: 06 maio 2018.

ROCHA, Rebeca Silveira et al. Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 2, p. 37-45, June 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 maio 2019.

SANTOS, Renata Oliveira Maciel dos; ROMANO, Valéria Ferreira; ENGSTROM, Elyne Montenegro. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis**, v. 28, n. 2, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000200602&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 abr. 2019.

STEDILE, Nilva Lúcia Rech, CECCIM, Ricardo Burg. Ensino e atenção à saúde da mulher. Aprendizados da Integração da Educação com a Rede Assistencial. Caxias do Sul, RS: Educus, 2007. 248p. Série Sem Fronteiras.

SCHEERHAGEN, Marisja et al. Measuring Client Experiences in Maternity Care under Change: Development of a Questionnaire Based on the WHO Responsiveness Model. **Plos One**, Finlândia, v. 10, n. 2, p.1-19, 11 fev. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0117031>>. Acesso em: 06 maio 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE. Edital De Convocação Pública Para Parceria Com Organização Social e a Secretaria Municipal De Saúde Do Rio De Janeiro. Convocação Pública Emergencial – N° CP EMERG 019/2019. Artigo 5º, §2º da Lei Municipal nº 5.026/2009 e no artigo 9º do Decreto Municipal nº 30.780/2009. <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/listaconteudo?tag=contratodegestao>

SILVA, Pedro Ribeiro da. A comunicação na prática médica: seu papel como componente terapêutico. **Rev Port Clin Geral**, v. 24, p. 505-12, 2008. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10531>. Acesso em: 19 abr 2019.

SILVA, Eliana Aparecida Torrezan. Gestação e preparo para o parto: programas de intervenção. **O Mundo da Saúde**, v. 37, n. 2, p. 208-215. 2013. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/gestacao_preparo_parto_programas_intervencao.pdf Acesso em: 06 maio 2018.

SILVA EP; LIMA RT; COSTA, MJC; BATISTA, Filho M. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. **Rev Panam Salud Publica**. v. 33, n. 5, p. 356–6, 2013. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v33n5/a07v33n5.pdf Acesso em: 06 maio 2018.

SILVA, Maria Zeneide Nunes da; ANDRADE, Andréa Batista de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde debate**, v. 38, n. 103, p. 805-816, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042014000400805&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Jun 2019.

SILVA-DE-SÁ, M. F. **Qualidade de vida em mulheres com SOP**. In: Síndrome dos ovários policísticos. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); Cap. 4, p. 40-55. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, n.4, Comissão Nacional de Ginecologia Endócrina). 2018.

SOUZA, A. Q et al. A violência obstétrica e a abordagem no pré-natal: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 10, n. 5, p. 2241-2247. 2018. Disponível em: <http://acervosaud.dominiotemporario.com/doc/REAS399.pdf>. Acesso em 18 abr 2019.

SOUZA, Maria Helena de, CECATTI, José Guilherme, HARDY, Ellen Elizabeth, AMARAL, Eliana, SOUZA, João Paulo Dias de, SERRUYA, Suzanne. Sistemas de informação em saúde e monitoramento de morbidade materna grave e mortalidade materna. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Recife, 6 (2): 161-168, abr. / jun., 2006.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília. UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEWART, Moira et al. **Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. 393 p. Tradução: Anelise Burmeister, Sandra Maria Mallmann da Rosa.

TESSER, Charles Dalcanale et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 10, n. 35, p. 1-12, jun. 2015. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013>>. Acesso em 21 jun 2019.

TOMAZETTI, Bárbara Maldonado, HERMES Leticia, MARTELLO, Naiashy Vanuzzi, SCHMITT, Patrícia Menezes, BRAZ, Melissa Medeiros, HOFFMANN, Izabel Cristina. **A qualidade da assistência pré-natal sob olhar multiprofissional**. *Ciência&Saúde* 2018;11(1):41-50

THE HEALTH FOUNDATION. **Quick guide. Person-centred care made simple**. What everyone should know about person-centred care. 2016. London.

UMPIERRE, Roberto. ENGEL, Laureen. Tomando decisões compartilhadas: colocando a pessoa no centro do Cuidado. IN: **Tratado de medicina de família e comunidade:**

princípios, formação e prática/ Organizadores, Gustavo Gusso, Jose Mauro Ceratti Lopes, Lêda Chaves Dias. 2.ed- Porto Alegre: Artmed, 2019. 2v.

VANDEKIEFT, GREGG, K.; M.D. Michigan State University College of Human Medicine, East Lansing, Michigan. **Am Fam Physician**. v. 15, n. 64, p. 1975-1979. 2011. Disponível em: <https://www.experiencegr.com/about-grand-rapids/colleges-universities/msu-college-of-human-medicine/>. Acesso em: 05 maio 2019.

VAN STENUS, Cherelle M.v. et al. Through the client's eyes: using narratives to explore experiences of care transfers during pregnancy, childbirth, and the neonatal period. **Bmc Pregnancy And Childbirth**, [s.l.], v. 17, n. 1, p.1-12, 12 jun. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-017-1369-6>. Acesso em: 06 maio 2018.

VILLAR, J.; CARROLI, G.; KHAN-NEELOFOR, D.; PIAGGIO, G. G. P.; GÜLMEZOGLU, A. M. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, CD000934, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11687086>. Acesso em: 06 maio 2018.

VILLELA, Wilza Vieira; OLIVEIRA, Eleonora M. Gênero, saúde da mulher e integralidade: confluência e desencontros. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro. Cap. 19, p. 404. 2013.

WALSH, Froma. The Concept of Family Resilience: Crisis and Challenge. **Family Process**, [s.l.], v. 35, n. 3, p.261-281, set. 1996. Wiley-Blackwell. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1545-5300.1996.00261.x>. Acesso 06 maio 2018.

WENZEL, Maristela Priotto; MARDINI, Victor. Gestação, parto e puerpério. In: EIZIRIK, Cláudio Laks; BASSOLS, Ana Margareth Siqueira (Org.). **O Ciclo da Vida Humana: Uma perspectiva psicodinâmica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, Cap. 5, p. 255. 2013.

ZIEGELMANN, Luiz. **Uma clínica em saúde mental para muito além dos sintomas: Construção e formação profissional**. Porto Alegre: Letra e Vida, 140 p. 2011.

APÊNDICE 1

Roteiro da Entrevista Semi- Estruturada

Idade:

Situação Conjugal:

Na sua casa mora você e mais quem ?

Escolaridade:

Renda Familiar:

Idade gestacional:

Você trabalha e com o quê ?

Participa do auxílio do Bolsa Família: Sim () Não ()

Gestações prévias: Não (), se sim quantas ____

Acompanhamento apenas na CF: Sim () se Não qual o local _____

1. Fale um pouco sobre como você tem percebido seu pré-natal na unidade e/ou na maternidade.

Componente 1 (Illnes)

2. O que significa para você estar grávida neste momento? Isso foi abordado nas suas consultas de pré-natal? Como você percebeu esta abordagem? Se sentiu acolhida?

2.1 Como foi para você, após realizar o exame de gravidez, receber do profissional de saúde a notícia do resultado positivo? Você lembra um pouco desse momento. Fale um pouco sobre isso.

Componente 2 (Contexto próximo e distante)

3. Em relação a sua gravidez, você pode contar com quem ? Quem te dá suporte ? Quem te auxilia ? E ao nascimento (quando o bebê nascer) do bebê? Isso foi abordado (conversado) nas consultas de pré natal ? Como você percebeu essa conversa (momento) ?

3.1 Existe alguma dificuldade com o pai da criança, ou na sua família em relação à sua gravidez? E ao nascimento do bebê (quando o bebê nascer) ? Isso foi abordado nas suas consultas de prenatal? Como você percebeu esta abordagem?

4. Existem outras pessoas ou algum outro tipo de apoio no território (onde você mora) ou do seu local de trabalho que você pode contar em relação à sua gravidez? Isso foi abordado nas suas consultas de prenatal? Como você percebeu esta abordagem?

4.1 Existe alguma dificuldade na sua família ou no seu trabalho em relação à sua gravidez? E ao nascimento do bebê? Isso foi abordado nas suas consultas de pré-natal? Como você percebeu esta abordagem?

5. Existe algum acontecimento na sua vida neste momento que você pensa estar afetando a sua gravidez? Isso foi abordado nas suas consultas de pré-natal? Como você percebeu esta abordagem?

Componente 3 (Decisões compartilhadas/Empatia/ Comunicação)

6. Durante as consultas de pré-natal, os profissionais de saúde costumam solicitar exames e fazer orientações sobre alimentação, exercícios físicos, entre outras. Você se lembra de algum destes momentos? Você lembra se isso foi discutido com você? Se você concorda, ou não? Você se sentia à vontade/tinha liberdade para colocar suas opiniões e suas dúvidas?

7. Durante a gravidez, é comum termos dificuldades / dúvidas sobre a gestação, sobre o parto, sobre onde ganhar o neném, sobre amamentação, sobre atividade sexual, sobre se sentir feia e gorda entre outras. Você se sentiu à vontade/teve liberdade para fazer perguntas? Tirar suas dúvidas? Você se sentiu acolhida? Como percebeu as respostas dadas pelos profissionais?

Componente 4 (Relação profissional de saúde- gestante/ Vínculo)

8. Você sabe o nome dos profissionais que realizam o seu pré-natal? O que você poderia falar sobre eles? Como você descreveria a sua relação com eles? Você acha que pode contar com eles nas suas necessidades durante a gestação?

9. Existe alguma coisa que você gostaria de acrescentar? Sugerir? Criticar no seu atendimento na Clínica? Na maternidade?

APÊNDICE 2



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidada para participar como voluntária da pesquisa intitulada: Assistência ao Pré-Natal na Atenção Primária à Saúde a Partir de Indicadores Qualitativos sob a Perspectiva de Gestantes e de Profissionais de Saúde em Clínicas da Família do Rio de Janeiro, que tem como objetivo central: contribuir para aperfeiçoar as consultas de pré-natal realizadas na Atenção Primária à Saúde a partir do relato e da experiência de gestantes e de profissionais de saúde de Clínicas da Família no Rio de Janeiro.

A pesquisa será desenvolvida pela discente do Mestrado Profissional em Atenção Primária da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Priscila Bizzotto Nunes, sob orientação da docente Maria Inez Padula Anderson, que atuará como pesquisadora -auxiliar.

Sua participação não é obrigatória e consistirá em 01 (uma) entrevista individual conduzida pela pesquisadora e/ou eventualmente, pela pesquisadora auxiliar Maria Inez Padula Anderson, com duração prevista de uma hora, a ocorrer entre 01/10/2018 a 30/01/2019. Os depoimentos serão gravados por gravador digital e poderá ser-lhe devolvido em qualquer momento da pesquisa, visto que sua participação é voluntária. Você terá a liberdade de recusar responder às perguntas que, por ventura, ocasionem constrangimentos de qualquer natureza. A qualquer momento você pode desistir de participar, retirando seu consentimento. A recusa, desistência ou suspensão da sua participação na pesquisa não acarretará em prejuízo. A Sra. não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

Os riscos potenciais desta pesquisa estão referidos ao desconforto ou constrangimento em participar de uma entrevista ou de um grupo focal, bem como o de trazer à memória experiências ou situações vividas que possam causar sofrimento psíquico.

Sua participação nesta pesquisa trará contribuições para o aprimoramento e maior qualificação do atendimento dos profissionais de saúde às gestantes em suas consultas de pré-natal no nível da Atenção Primária. Explorará, a partir da percepção de gestantes e profissionais, aspectos ainda pouco estudados nas consultas de pré-natal, como os aspectos psicoafetivos são abordados neste tipo de atenção.

Os riscos potenciais desta pesquisa estão referidos ao desconforto ou constrangimento em participar de uma entrevista, bem como o de trazer à memória experiências ou situações vividas que possam causar algum grau de sofrimento psíquico. A pesquisadora responsável pela realização do estudo se compromete a prestar assistência imediata frente a qualquer desconforto ocorrido ou desencadeado pelas perguntas durante o grupo focal. Em caso de dano comprovadamente oriundo da pesquisa você terá direito a indenização através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Além desta participação, e a fim de caracterizar melhor o perfil das gestantes entrevistadas, pedimos permissão para acessar as informações relativas ao seu cadastro e ao seu prontuário na unidade de saúde.

Os dados coletados, seja na entrevista, seja no cadastro, serão utilizados de forma anônima, não havendo qualquer possibilidade de identificação da pessoa. Além disso, serão utilizados apenas nesta pesquisa de dissertação de mestrado e os resultados poderão ser divulgados em eventos e/ou revistas científica. Serão mantidos em arquivo físico e/ou digital sob a guarda da pesquisadora por um período de 5(cinco) anos após o término da pesquisa.

Você receberá uma via deste termo onde consta os contatos do CEP e da pesquisadora responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Priscila Bizzotto Nunes

Pesquisador responsável

E-mail: bizzotto.pri@gmail.com

Cel:(21) 972001984

Maria Inez Padula Anderson

Pesquisador auxiliar

E-mail: inezpadula@gmail.com

Cel:(21) 999560748

CEP-EEAN/HESFA/UFRJ

Tel: 21-2293-8048 R: 200

E-mail: cepeeahesfa@gmail.com

Secretaria Municipal de Saúde

Comitê de Ética em Pesquisa

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401

Centro - RJ /Telefone: 2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2019

Assinatura do(a) Participante	Impressão do dedo polegar Caso não saiba assinar
Nome em letra de forma do Participante	
Assinatura do(a) Pesquisadora	
Nome em letra de forma do Pesquisador	

--

Assinatura do(a) Pesquisadora auxiliar

Nome em letra de forma do Pesquisadora auxiliar

APÊNDICE 3

Assistência ao Pré-Natal utilizando o Método Clínico Centrado na Pessoa

