



## Vínculo entre gestante e equipe no pré-natal: um estudo fenomenológico

### Bond Between Pregnant Woman and Team in Prenatal Care: A Phenomenological Study

### Vínculo entre la mujer gestante y el equipo durante la atención prenatal: un estudio fenomenológico

Jordana Luz Queiroz Nahsan



Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Fernanda Candido Magalhães



Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

#### RESUMO

Pesquisa qualitativa, fenomenológica aprovada por comitê de ética, para compreender como o vínculo entre parturiente e equipe é vivenciado durante pré-natal. Estudo realizado na Atenção Básica, em Centro de Saúde da região periférica de Cuiabá, Mato Grosso. Realizaram-se entrevistas abertas individuais com quatro mulheres em acompanhamento de pré-natal. As entrevistas foram transcritas e analisadas fenomenologicamente, chegando-se a dois blocos de sentidos que traduzem a experiência vivida: Vínculo na assistência e violência obstétrica; Relações interpessoais na assistência ao ciclo gestacional. Os resultados apontam que o vínculo é uma vivência intersubjetiva, construída através de um contato e relação de ajuda, sendo primordial para a experiência positiva e significativa no parto. Esse estudo apresentou como contribuição a evidência de algumas dificuldades vividas na relação entre equipe e gestantes, devendo caminhar junto com práticas com evidências científicas, com um saber ético-prático-relacional. Partindo dessa evidência considera-se relevante pesquisas que busquem compreender as dificuldades relacionais entre equipe e gestante nesse contexto, que se desdobra coletivamente e individualmente, para construir e melhor efetivar as políticas públicas de saúde ao ciclo gestacional.

**Palavras chaves:** Vínculo. Pré-Natal. Pesquisa Fenomenológica. Psicologia.

#### ABSTRACT

Qualitative research of phenomenological nature -previously approved by Ethic Committee- that aimed to understand how the connection between pregnant woman and her team is experienced during prenatal care. This study was conducted at Primary Health Care Health Center in a suburb area in Cuiabá Mato Grosso. Individual open interviews were conducted with four women during the prenatal follow-up. The interviews were analyzed phenomenologically, reaching out two blocks of meanings: the connection in obstetric care and violence; Interpersonal relationships in the gestational cycle care. The results showed that the connection is an intersubjective experience, achieved through a contact and helping relationship, being essential for a positive and meaningful experience during childbirth. This study showed by highlighting some difficulties experienced in the relationship between the team and pregnant women, and it must be worked together with practices with scientific evidence, with ethical-practical-relational knowledge. Based on this evidence, research that seeks to understand the relational difficulties between staff and pregnant women in this context, which unfolds collectively and individually, is considered relevant, to build and better implement public health policies for the gestational cycle.

**Key words:** Bond. Prenatal. Phenomenological. Psychology.

#### RESUMEN

Investigación cualitativa y fenomenológica aprobada por comité de ética para comprender como el vínculo entre parturienta y equipo es vivenciado durante el prenatal. Estudio realizado en la Atención Básica, en un Centro de Salud ubicado en la región periférica de Cuiabá, Mato Grosso. Se realizaron entrevistas abiertas individuales con cuatro mujeres en acompañamiento de prenatal. Las entrevistas fueron transcritas y analizadas fenomenológicamente, por las cuales se llegó a dos bloques de sentidos que traducen la experiencia vivida: vínculo en la asistencia y violencia obstétrica; y relaciones interpersonales en la asistencia al ciclo gestacional. Los resultados apuntan que el vínculo es una vivencia intersubjetiva, construida a través del contacto y de una relación de ayuda, siendo primordial para la experiencia positiva y significativa en el parto. Este estudio presentó como contribución la evidencia de algunas dificultades vividas en la relación entre equipo y gestantes, debiendo caminar junto de prácticas científicamente evidenciadas, con un saber ético-prático-relacional. Partiendo de ese punto, se consideran relevantes investigaciones que busquen comprender las dificultades relacionales entre equipo y gestante en ese contexto, que se desdobra colectivamente, para construir y mejorar la efectividad de las políticas públicas de salud durante el ciclo gestacional.

**Palabras clave:** Vínculo. Prenatal. Investigación Fenomenológica. Psicología.

## 1 Introdução

As relações interpessoais no contexto da saúde têm se mostrado um desafio para os profissionais durante a assistência aos cuidados com os pacientes. No Brasil, estudos apontam que na assistência ao ciclo gestacional há uma dificuldade no estabelecimento de relações afetivas, comunicação efetiva e estabelecimento de vínculo durante o cuidado, os impactos de tais práticas resultam no distanciamento de uma assistência humanizada e integral (Bonadio, 1998; Silva, Stefanelli & Hoga, 2002; Diniz, et al., 2015).

O modelo tradicional de atenção obstétrica adotada no Brasil está acoplado a outros padrões praticados no mundo: o modelo tecnocrático que se configura pelo uso de tecnologias duras na assistência ao parto e ao nascimento, ocasionando o empobrecimento das relações interpessoais e o distanciamento do protagonismo da mulher ao longo de todo o processo (Diniz, 2005; Diniz, et al., 2015).

As tecnologias de assistência em saúde são definidas por Andrade e Lima (2014) como duras, leves-duras e leves. São pertencentes às tecnologias duras os equipamentos, os medicamentos, o uso farmacológico e os instrumentos utilizados. As leves-duras são as técnicas e o conhecimento dos profissionais. Já as tecnologias leves tratam-se das relações estabelecidas entre equipe/médico e paciente/família.

Na busca por uma atenção obstétrica humanizada, o movimento da humanização ao parto e ao nascimento tem se voltado para a construção de práticas e reestruturação da assistência de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (2018), atentando-se para o aumento do uso das tecnologias leves durante a assistência. Para que os cuidados na assistência ao ciclo gestacional ocorram de forma humanizada é preciso a vivência desde o pré-natal da atenção para além dos aspectos físicos, abarcando também as relações interpessoais e as questões psicológicas.

O pré-natal é a porta de entrada para uma atenção e cuidado humanizado no gestar e parir, e está dividido em pré-natal de baixo risco e de alto risco. Para as gestantes de baixo risco acontece nas Unidades Básicas de Saúde, para gestantes de alto risco, nas Unidades em conjunto com os hospitais de referência de cada maternidade. De modo geral, recomenda-se o pré-natal para o cuidado com a saúde reprodutiva e facilitação de vivências positivas na gravidez, parto e nascimento. Orienta-se que este tenha início entre 1º e 12º semanas de gestação, e que se realizem no mínimo 6 consultas (Brasil, 2012).

O pré-natal corresponde a uma série de ações direcionadas para a gestante, bebê e família, servindo ao propósito de assegurar saúde nos aspectos biopsicosocioculturais. No pré-natal o estabelecimento do vínculo entre gestante e equipe é significativo, pois possibilita a expressão das dúvidas acerca do processo gestacional nas consultas de pré-natal (Tobasía-Hege, et al., 2019).

O vínculo provém do latim *vinculum* e se refere à capacidade de atar, ligar, unir algo a outra coisa. O vínculo é algo não visto, mas é condição primária “para funcionamento do serviço em termos de responsabilização e longitudinalidade do cuidado.” (Barbosa & Bosi, 2017, p. 103). O estabelecimento do vínculo deve ser facilitado pela equipe com procedimentos que transponham o cuidado técnico e o uso de tecnologias duras. O vínculo deve ser facilitado pela comunicação e pelo estabelecimento de uma relação dialógica, de confiança e de segurança, o que contribui para a adesão da gestante ao pré-natal, sendo este ainda um marcador importante para as gestantes sentirem-se cuidadas de forma humanizada.

Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, notadamente se ela for adolescente. A história de vida e o contexto de gestação trazidos pela mulher durante a gravidez devem ser acolhidos integralmente a partir do seu relato e da fala de seu parceiro. Tal contexto implica mudanças nas relações estabelecidas entre a mulher e a família, o pai e a criança. Além

disso, gera mudanças na relação da gestante consigo mesma, no modo como ela entende seu autocuidado, bem como modificações em como ela percebe as mudanças corporais, o que interfere muitas vezes no processo de amamentação (Brasil, 2012, p. 39).

Para a Abordagem Centrada na Pessoa-ACP, vertente psicológica adotada neste artigo, o vínculo é basilar, sendo condição *sine qua non* para uma relação intersubjetiva que transponha a esfera verbal e cognitiva. Vincular-se para além da comunicação verbal e estabelecer uma comunicação genuína é “(...) algo que abrange a pessoa inteira, tanto as reações viscerais e os sentimentos como os pensamentos e as palavras” (Rogers, 1987, p. 6). Neste sentido, coaduna com o conceito de vínculo no serviço de saúde, pois entende este como o estabelecimento de uma relação genuína e autêntica entre os profissionais e a equipe como um todo.

As relações interpessoais são tema de interesse da psicologia, especialmente da Abordagem Centrada na Pessoa-ACP. A Abordagem Centrada na Pessoa, vertente da Psicologia Humanista, entende que as relações interpessoais são facilitadoras do crescimento e do desenvolvimento humano, e possibilita que as pessoas vivenciem com liberdade suas experiências. Nesta perspectiva, o terapeuta adota uma postura de uma escuta ativa e centrada na pessoa, utilizando da congruência, compreensão empática e consideração positiva incondicional (Rogers, 2009).

A Abordagem Centrada na Pessoa transpõe o campo do setting terapêutico da clínica tradicional, e é tida como uma abordagem interpessoal, facilitadora do crescimento humano nos mais diversos contextos. Especialmente na área da saúde pública, há constatação de que esta proposta psicológica se aproxima das diretrizes das Políticas Públicas de Saúde do Brasil (Bacellar, Rocha & Flôr, 2012).

O estudo de Oliveira e Cury (2020) com pacientes de um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) também constataram a coadunação da ACP com os princípios do SUS, de modo que as relações interpessoais entre profissionais e pacientes possibilitou o estabelecimento de relações horizontais, sendo a relação facilitadora para o crescimento e o desenvolvimento de autonomia, tanto no paciente quanto nos profissionais.

Recentemente, um estudo realizado por Abreu, Magalhães e Delmondes (2021) em uma Unidade Básica de Saúde, revelaram experiências significativas e profícuas para um contato genuíno durante o acolhimento e o cuidado no ciclo gestacional no pré-natal a partir dos pressupostos da Abordagem Centrada na Pessoa.

Nesta Abordagem, as relações estabelecidas, mediante a *congruência*, representam a atitude de abertura para compatibilidade entre sentir e agir, em que a pessoa/profissional se desnuda dos empecilhos que possam dificultar a expressão emocional naquele momento presente na relação. A *consideração positiva incondicional* é o ato de apreciar o que foi vivido pela pessoa que escutamos, com ação positiva de acolher o que a pessoa está nos trazendo naquele momento, seja qualquer espectro de sentimento, ódio, amor ou tédio, sem julgamentos, facilitando, assim, que a pessoa se sinta estimada. Já a *compreensão empática* se revela pela expressão do que foi captado, é a expressão mais precisa possível dos sentimentos e sentidos externados pela pessoa que escutamos (Rogers, 2009).

Nota-se a que é possível vislumbrar os conceitos da Abordagem Centrada na Pessoa dentro da proposta de atenção denominada Atenção Centrada no Paciente:

*À medida que os profissionais centram atenção no paciente e suas necessidades de saúde, operam simultaneamente um deslocamento de foco para um horizonte mais amplo e além de sua própria atuação profissional. Esse deslocamento é reconhecido como componente de mudança do modelo de atenção à saúde na perspectiva da integralidade, com potencial de impacto na qualidade da atenção. (Agreli, Peduzzi & Silva, 2016, p. 905).*

A Abordagem Centrada na Pessoa também dialoga com a proposta de humanização da assistência à saúde e humanização do parto e nascimento. A humanização pode ser tomada em uma perspectiva normativa, através das diretrizes das políticas públicas e de modo mais crítico (Oliveira & Cury, 2020). Neste estudo, compreendemos a humanização em uma perspectiva crítica:

*O processo de humanização da assistência envolve atitudes, habilidades e competências pessoais que não são deliberadamente colocadas em prática apenas por se tratar de uma diretriz do sistema público de saúde. Desenvolvem-se cursos, treinamentos, manuais e regras para esta finalidade, mas o paciente continua não sendo ouvido, não sendo estimulado em sua autonomia. O fundamento da humanização parece ter ficado submerso por um conjunto de diretrizes e protocolos com pouco impacto sobre as atitudes dos profissionais ao se relacionarem com os pacientes (Oliveira & Cury, 2020, p. 10).*

É diante do exposto que o presente estudo buscou compreender como o vínculo entre gestante e equipe é vivenciado pelas gestantes durante o período de pré-natal. Espera-se com este estudo trazer elementos das relações interpessoais estabelecidas entre equipe e gestante, de modo que possamos compreender a partir de uma perspectiva fenomenológica para além da prática e protocolos da assistência, mas sim, mergulhando na vivência singular e subjetiva da experiência do relacionar-se e vincular-se durante a assistência ao pré-natal.

## 2 Método

Esta é uma pesquisa qualitativa de vertente fenomenológica empírica. Pesquisas qualitativas estão à luz de dois motes, que permeiam as relações e interpelações sociais, sendo eles: “Significado e Intencionalidade”. Neste sentido, a pesquisa qualitativa possui o interesse de compreensão dos grupos, das instituições e seus personagens, bem como entender os cenários sobre os quais repousam tais focos como cultura, modelos de inter-relações e aspectos sócio históricos (Minayo, 2010).

A fenomenologia enquanto método foi criado por Edmund Husserl (1859-1938), que sugere o estudo da forma como a consciência vem conhecer o mundo. O método fenomenológico empírico incide em um processo de estudo do fenômeno em que seja possível retomar à vivência do sujeito e esta ser expressa ao pesquisador, para que possa elucidar e transcrever de maneira harmônica a linguagem psicológica. O método fenomenológico empírico se volta para facilitar a aparição do fenômeno estudado, distante de concepções pré-estabelecidas pelo pesquisador. É um método pautado na redução fenomenológica que é a suspensão de qualquer conceito e teoria acerca do fenômeno em foco (Husserl, 2013).

Segundo Barreira (2017) e Branco e Cirino (2017) este método não se pergunta “por que”, “mas como,” “o que é” o fenômeno estudado, e a suspensão fenomenológica é a etapa inicial. O segundo momento refere-se à presença do pesquisador e da sua subjetividade, visto que o pesquisador é solicitado a trazer o que apreendeu no encontro com os participantes acerca do fenômeno estudado, podendo assim escavar cada vez mais fundo, até que encontre elementos que estruturam o fenômeno investigado. Nesta fase é possível compreender e identificar as unidades de significação.

Para AmatuZZi (2006) a pesquisa fenomenológica é;

*[...] uma pesquisa que envolve o sujeito ou os sujeitos, incluindo aí o próprio pesquisador, e os mobiliza. É uma pesquisa que tende a modificar a consciência das pessoas envolvidas, incluindo aí os seus leitores, e pelo fato mesmo tende a alterar o modo de ação dessas pessoas. Quando se exerce no contexto direto da atenção psicológica ou da atuação comunitária, essa pesquisa faz tudo isso simplesmente sendo, existindo. Quando, além disso, e porque visa um público mais amplo, é escrita, deve então adotar um estilo suficientemente comunicativo (e em duas mãos, isto é, suscitando posicionamentos do leitor), para que possa recriar a presença viva da realidade questionadora de onde partiu (p. 4).*

Neste sentido, a intencionalidade do pesquisador é imprescindível neste formato de pesquisa visto que a ciência apenas existe nas pessoas. Qualquer projeto científico tem o seu impulso criativo, o seu processo, a sua conclusão provisória numa pessoa ou em várias. O conhecimento – mesmo o científico – é aquele que é subjetivamente aceitável. O conhecimento científico só pode ser comunicado àqueles que estão subjetivamente preparados para receber a sua comunicação. A utilização da ciência apenas se dá por meio de pessoas que procuram valores que significam alguma coisa para elas (Rogers, 2009, p. 247).

Por intencionalidade, entende-se a abertura e o direcionamento que o pesquisador faz em direção ao fenômeno estudado, tentando compreender e conhecer os elementos que os participantes trazem de sua vivência em relação ao fenômeno em foco (Husserl, 2013; Fadda, 2020). O significado é o sentido atribuído pelo participante e compreendido pelo pesquisador durante o encontro. Desse modo, uma pesquisa fenomenológica empírica se pauta pela relação intersubjetiva estabelecida entre pesquisador participante, mediante as atitudes facilitadoras de *consideração positiva incondicional, compreensão empática e congruência* para a expressão e comunicação das experiências vividas dos participantes.

## 2.1 Contexto da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida na Atenção Básica, em um Centro de Saúde da região periférica de Cuiabá, Mato Grosso. O Centro de Saúde faz parte do Programa Unidade de Medicina Ambulatorial em Especialidades (MAE), do estado de Mato Grosso. O Centro de Saúde conta com uma estrutura de ambulatório de clínica básica, clínica especializada, odontologia, sala de curativos, vacinação, nebulização, e sala de serviços de enfermagem.

## 2.2 Participantes

Participaram da pesquisa quatro gestantes que estavam em acompanhamento do pré-natal. Todas as participantes estavam entre o segundo e terceiro trimestre de gravidez. Sendo uma multípara que se encontrava na terceira gestação, e três primíparas. As participantes tinham entre 19 e 30 anos de idade e possuíam o seguinte histórico de parto; o parto cesáreo ocorreu na experiência de duas delas, uma única teve parto normal (multípara) e a parturiente mais nova até a finalização das entrevistas não tinha entrado em trabalho de parto. Optou-se por utilizar nomes fictícios relacionados a flores para a apresentação das falas contidas nas entrevistas.

### 2.3 Procedimentos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética, obedecendo aos preceitos éticos adotados na pesquisa, atendendo à regulamentação para pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde), prevista na Resolução n.º 466 de 2012, para tanto foi realizada a submissão do projeto para análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Área da Saúde da UFMT, com o Número do Parecer: 4.276.689 e CAAE: 26247019.4.0000.5690.

Inicialmente, a pesquisadora manteve contato presencialmente com os profissionais da Unidade Básica e gestantes, todavia com o início da pandemia, a pesquisa passou por readequação e nova submissão ao Comitê de Ética. Dessa forma, foram estabelecidos contatos por meio remoto, assegurando que essas mulheres, no que tange a pesquisa, não se colocassem em riscos de contaminação em decorrência da pesquisa, sendo, portanto, a pesquisa foi realizada remotamente.

As gestantes foram esclarecidas sobre o caráter voluntário da participação e asseguradas sobre o sigilo e o anonimato das informações levantadas, os riscos e os benefícios, bem como elucidadas sobre os objetivos do estudo. A autorização foi recolhida via remota, em que receberam cópia virtual do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por meio do endereço eletrônico de cada participante.

### 2.4 Entrevista centrada nas gestantes e a construção de blocos de sentidos

Para o acesso à experiência vivida realizou-se a entrevista centrada na gestante. Trata de uma entrevista centrada pelo movimento da intencionalidade da pesquisadora, abertura para o encontro intersubjetivo e atitudes facilitadoras da Abordagem Centrada na Pessoa-ACP, com uma postura empática e acolhedora, com aceitação pelo o que as participantes traziam, de modo autêntico e congruente em que a pesquisadora revelava para as participantes o que estava compreendendo do que estava sendo trazido, o que configura um tipo de encontro em que se pauta na dialogicidade entre pesquisador e participante, em que ambos saem afetados desse encontro (Rogers, 2009; Cury, 2021; Fadda, 2020).

As entrevistas foram iniciadas com um convite: “Gostaria de saber como está sendo a sua experiência de acompanhamento no pré-natal.” A partir daí a pesquisadora mergulhou no mundo interno das participantes, voltada pelo interesse genuíno e escuta sensível, estimulando a fala livre das participantes acerca das suas vivências. As entrevistas individuais aconteceram por vídeo chamada, sendo realizados ao todo dois encontros com todos os participantes, com duração média de 30 a 40 minutos.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, em seguida a pesquisadora realizou a leitura suspensiva, buscando a visão global do sentido do todo. Neste tipo de análise a pesquisadora se deixou impactar pelos relatos, para que pudesse conhecer o sentido do todo (Amatuzzi, 2009). Após a leitura, a pesquisadora encontrou alguns elementos significativos da experiência vivida que foram listados.

Neste primeiro momento, os elementos denotaram o fluxo experiencial da experiência das gestantes. Diante de tais elementos, procedeu-se com análise, almejando identificar elementos que elucidassem acerca da experiência do vínculo envolto na experiência da assistência vivida durante o pré-natal. Em seguida, a pesquisadora conectou esses elementos de modo que esses pudessem responder aos objetivos da sua pesquisa. Esta etapa não corresponde a uma generalização, mas sim, ao acesso aos elementos universais vividos pelas participantes em torno do fenômeno.

Fruto desta análise chegaram-se a dois blocos de sentido, sendo esses: *O vínculo na assistência e violência obstétrica; Relações interpessoais na assistência ao ciclo gestacional*. Os blocos serão discutidos em seguida, ilustrados com trechos transcritos das entrevistas das participantes que receberam nomes fictícios de: Rosa, Flor, Margarida e Gardênia.

### 3 Resultados e discussões

As entrevistas possibilitaram conhecer as experiências vividas, os sentidos e significados do vínculo na assistência ao cuidado no ciclo gravídico puerperal das participantes. As experiências vividas estão agrupadas para reflexões possíveis no referencial da Abordagem Centrada na Pessoa-ACP e interlocução com outros estudos que versam sobre a temática. Ressalta-se que embora os blocos sejam apresentados separadamente, estes guardam relação direta entre si e compõem a experiência vivida em sua totalidade.

#### 3.1 O vínculo na assistência e a violência obstétrica

Rosa, Margarida, Flor e Gardênia revelaram experiências vividas na atenção à saúde recebidas durante todo o processo de assistência, desde o pré-natal até o puerpério. As participantes trazem a atenção e o cuidado humanizado como aquela em que o desfecho do parto é positivo, no sentido de que não há intercorrências de morte ou uma situação mais crítica. Sendo uma assistência permeada pelo fazer prático, com utilização de tecnologias duras e dificuldades na utilização das tecnologias leves-vínculo, relações interpessoais, comunicação e orientação.

Os atendimentos realizados pelos profissionais, sejam na atenção primária ou secundária, suscitam momentos de dualidades na tratativa das relações. Há vivências das gestantes com momentos em que elas se deparam com a falta de interesse, diante de suas dores e dúvidas e distanciamento emocional frente às preocupações pertinentes ao período gravídico. Há falas de deboche que aparecem em forma de “brincadeiras”, situações de desinformações que levam aos momentos de peregrinação entre hospitais, imposição de intervenções não consentidas, postura de ridicularização, de abandono e de negligência.

*Flor: “Tinha duas meninas que chegou e estavam com COVID-19. Aí a médica que me atendeu falou: Então já que você veio, desce lá embaixo, “fica duas horas caminhando”. Aí eu desci e fiquei caminhando porque não podia ficar na sala de parto. Disse “se você chegar aos 5cm, a gente interna” - eu estava com 3 centímetro, eu desci e fiquei até as 4h da manhã. Quando subi a minha pressão estava alta. Aí ficaram desesperados. Na madrugada enquanto a médica estava de plantão, a médica da tarde também estava e estourou a minha bolsa e não me avisou”.*

Flor sentiu-se “punida” por ter ido para o hospital sem estar com os centímetros de dilatação “certos” para ser internada. Embora tenha uma quantidade de dilatação recomendada para que a mulher seja internada, Flor não recebeu orientação sobre isso, tão pouco foi instruída a caminhar de forma acolhedora e respeitosa, sentindo-se abandonada à própria sorte dentro de um hospital. Tendo ainda a sua bolsa estourada sem ser informada sobre tal procedimento.

O debate sobre a violência é contínuo e tem sido feito por diversos movimentos e ações sociais, aja vista que deixar de esclarecer e dialogar sobre violência na assistência ao parto pode levar à naturalização e à banalização do assunto. Em uma sociedade que fomenta uma cultura de violência, como no Brasil, a população está mais propensa a não enxergar esses atos nos serviços de saúde.

Carvalho Barbosa, Fabbro e Machado (2017) realizaram uma revisão integrativa de pesquisas qualitativas acerca da violência obstétrica, e observaram que os estudos demarcam que há faces sutis da violência, sendo essa marcada pelo poder e dominação na conduta, nas ações e práticas dos profissionais

de saúde. Ademais, o estudo relevou que as mulheres consideram ser uma assistência boa aquela em que o desfecho do parto é o que ela e o bebê saem com vida e sem grandes intercorrências físicas, em que os profissionais são simpáticos.

O desrespeito na assistência pôde ser identificado nos mais diversos contextos, mas algumas mulheres muito pouco verbalizam tal desconforto em muitas situações, em decorrência da necessidade de utilizar o serviço. Por vezes, para elas, ter fragmentos de atendimento cortês e simpático neutraliza em certa medida a percepção dos momentos de violência. Outras gestantes, sequer conseguem identificar tais momentos como uma ação de violação dos seus direitos.

A violência é infligida por diferentes membros da equipe. Comumente atrelamos e escutamos relatos de violência infligidos na relação médico paciente, porém, a violência pode ocorrer por outros membros e até gestores/coordenadores dos serviços de saúde, conforme relatado por Flor:

**Flor:** *“Ela que me ajudou em tudo, mas ali no posto, dá de contar 2 ou 3 pessoas que são assim, o restante... A coordenadora do posto é muito ignorante, ela não está nem aí para a gente, a gente fala com ela, ela vira as costas, eu esqueço o nome dela, mas assim ela é uma pessoa que tá nem aí. Ela tá ali parecendo que está no desfile. Isso é um descaso com as pessoas que precisam a gente está ali não é para brincar com a cara da gente. Tá ali é porque precisa”.*

De acordo com Leite et al., (2022) a violência obstétrica está subdividida em duas tipologias, podendo estar inserida no abuso realizado pela coletividade e proferida no campo interpessoal. O primeiro praticado pelas instituições/Estado, pois ocorre de maneira indistinta seja na rede privada ou mesmo na rede pública (UNICEF, 2017), e o segundo exercido por pessoas que podem fazer parte do vínculo dessas mulheres ou não.

A violência obstétrica já dispõe de um conceito amplo, porém ainda não consensual, compreendida como ato de violência psicológica, moral, física ou patrimonial, praticada no momento do parto, pós-parto e puerpério, contra as mulheres (Marques, 2020). O conceito se expande além desses pontos ao se depararem com os momentos de imperícia e negligência na assistência ao parto ou mesmo na adoção de práticas relacionais prejudiciais ao estado emocional e físico das usuárias.

**Flor:** *“Eu passei mal. Fui para o hospital, fui super maltratada. A médica viu meu estado, que estava perdendo líquido. Me mandou voltar pra casa. De noite fui para o hospital e por incrível que pareça a médica que fez meu parto, estava me atendendo. A médica de tarde, falou bem assim – “Que teimosa hein mãezinha. Foi lá no hospital de tarde - falei que não estava na hora já veio aqui de novo.” Me falou bem assim”.*

**Gardênia:** *“Eu não gosto muito dos atendimentos de lá não, porque eles são meio ignorantes. Eles não conversam com a gente direito, a gente tem que ficar perguntando se está tudo certo, a consulta de lá é mais só da barriga e do coração, faz umas perguntas para a gente e só. A médica só faz algumas perguntas, tipo: está tendo sangramento, eu falo não, aí ela ah tá, fez algum exame, aí quando eu fiz entrega para ela e ela só anota lá, não fala se está tudo bem com os exames”.*



O estudo realizado por Tobasía-Hege, et al., (2019) indica que os maus-tratos, abusos e violência perpassam por todo processo de assistência ao parto e ao aborto na América Latina. Diversas outras questões se estabelecem nesse auxílio precário e violento, problemas de relacionamento entre gestante e profissionais, falta de apoio, cuidado e ausência de acompanhante.

A violação dos direitos das mulheres no pré-natal e no parto, nos relatos é contundente, na desconsideração no processo de escolha ou mesmo no esclarecimento do que está ocorrendo fisiologicamente naquela fase do processo de parto. Ter comunicação coerente, adequada e eficaz disponibiliza informações fundamentais para que a gestante protagonize dentro da sua história. Mas isso requer do profissional da atenção, postura de interação empática e respeito, o que pode facilitar momentos de segurança emocional, confiança e suporte. A mulher grávida precisa ter a oportunidade de falar sobre seu parto, sua experiência e ter suas perguntas respondidas.

Segundo Peduzzi et al., (2020) na relação entre profissional e usuário há a necessidade de um vínculo intersubjetivo, vínculo este que requer uma escuta, um afeto, confiança, abertura e dedicação, sendo esses elementos o que possibilitam o acompanhamento e o cuidado longitudinal. Evidenciando, assim, o vínculo como condição *sine qua non* para efetivarmos uma atenção e assistência humanizada.

Na psicologia, Rogers (2009) se refere “As características de uma relação de ajuda” como aquela em que há uma escuta atenta e sensível, quando compreende-se o outro de modo empático, com consideração positiva e congruência. A relação de ajuda não se trata de uma relação de setting terapêutico, mas sim de uma propositura de relações humanas facilitadoras do desenvolvimento da autonomia, sendo essas, portanto, profícuas em todos os espaços em que o objetivo seja o de desenvolvimento, cuidado e autonomia das pessoas.

A ausência de uma escuta empática, com simpatia excessiva, caracteriza uma atitude forçada e incongruente, protocolar, distante de uma relação intersubjetiva real, com uma comunicação efetiva. Já o desrespeito, negligência, ausência de consideração e maus tratos, configuram-se elementos dificultadores para a construção de uma relação de ajuda, resultando assim em um distanciamento emocional (Rogers, 2009).

### 3.2 Relações interpessoais na assistência ao ciclo gestacional

As participantes desta pesquisa demonstram intuir o que é uma relação de ajuda, de vínculo e que buscam isso ao se dirigirem para os espaços de atenção e suporte da assistência ao ciclo gestacional. Demarcam as relações interpessoais no contato com esses profissionais como uma experiência para além dos aspectos cognitivos, técnicos ou biomédicos, trazendo a relação de ajuda como aquela que se vive o encontro e contato empático, com acolhimento e vínculo.

*Rosa: “Eu gosto de receber atenção, eu gosto de perguntar à pessoa responder tudinho, eu prefiro que demore mais o atendimento, ser bem atendida, eu penso que sei lá, sei nem te explicar aqui”.*

Nesse tocante, Rogers aborda as três **condições facilitadoras profícuas** no estabelecimento de uma relação de ajuda: congruência, compreensão empática e destacando para esse diálogo a consideração positiva incondicional. Neste formato de relação, são acolhidos os pedidos, solicitações de atenção, socorro, informações, expressão das emoções, medos, alentos, conforto e cuidado. Todavia, a carência desse tipo de contato é perceptiva para as usuárias. Gardênia relatou a ausência de um contato humano, de um olhar, de

um interesse que também é expresso pela postura corpórea da equipe, um contato humano não é passível de ser promovido pelo simples fato de se estabelecer um protocolo de atendimento.

**Gardênia:** *“Quando vou, eu tento já falar com a enfermeira chefe de lá, porque as meninas que ficam lá no balcão, a gente pergunta as coisas para elas, elas nem olham para cara da gente para responder. - Lá na recepção a mulher que fica lá, a gente pergunta para elas demoram em responder, não olha na cara da gente quando estamos conversando”.*

Corroborando com tais achados o estudo de Cury e Oliveira (2020), em que as autoras alcançaram elementos significativos da experiência vivida diante de uma postura e de um espaço benevolente para a efetivação do processo de humanização da assistência. Dentre os elementos, as autoras salientam a postura compreensiva e dialógica, a vivência de uma relação empática e a congruência como facilitadoras da autonomia dos usuários do serviço público de saúde.

Na presente pesquisa, observou-se que diante de um modelo biomédico e tecnicista de atenção à saúde, as equipes assistem de maneira padronizada, vivenciam o acúmulo de fazeres, centralização dos atendimentos, ausência de sensibilização relacional, entre outros pontos, que os impedem de oferecer um cuidado centrado nas grávidas. Atender as particularidades dessas mulheres pode gerar vínculos, tendo relações mais empáticas, e gerando a sensação de que estão sendo compreendidas, o que resulta em uma experiência positiva na assistência no pré-natal, parto e puerpério.

Nesta pesquisa nos deparamos com profissionais especializados nas intercorrências técnicas, de cunho orgânico, mas distantes em sua maioria, salvo algumas exceções, das relações interpessoais de cuidado, de atenção, de estar presente empaticamente, de estar a serviço das necessidades e urgências dos que lhes procuram.

Sobre essa aceção, Agrelli, Pieduzzi e Silva (2016, p. 905) sinalizam para o fato de que quando os profissionais direcionam e consideram as suas ações e práticas em consonância com as necessidades do paciente, centrando suas práticas nestes, ocorre o deslocamento simultâneo “de foco para um horizonte mais amplo e além de sua própria atuação profissional. Esse deslocamento é reconhecido como componente de mudança do modelo de atenção à saúde na perspectiva da integralidade, com potencial de impacto na qualidade da atenção.”

#### 4 Considerações finais

O objetivo deste estudo foi compreender como o vínculo entre gestante e equipe é vivenciado pelas gestantes durante o período de pré-natal. Alcançou-se que o vínculo é uma vivência primordial para efetivação de uma atenção e assistência humanizada.

A construção do vínculo igualmente se desdobra em uma relação de ajuda, em que se deve considerar a aplicação das políticas públicas que asseguram assistência e condições adequadas para a equipe e usuários, no que tange a prevenção, promoção, com espaços e assistências para a equipe, de modo que estes possam ter melhores condições de trabalho e saúde mental, com vista a facilitar o desenvolvimento pessoal dos profissionais, para que assim, esses sejam capazes de dispor na relação com os(as) usuários (as), de tolerância, afeto, abertura e interesse, e estabelecerem o vínculo com os usuários.

Nesta pesquisa, deparou-se com profissionais especializados nas intercorrências técnicas, de cunho orgânico, mas distantes em sua maioria, salvo algumas exceções, das relações interpessoais de cuidado

com qualidade, de estar presente empaticamente. Despir-se de conhecimentos técnicos é um desafio para profissionais da saúde, que vivenciam uma sobrecarga de responsabilidade e trabalho. A empatia não é uma técnica, mas a abertura humana para relações interpessoais potentes, neste sentido, faz-se necessário espaços de atenção e cuidado para com estes profissionais também.

Por outro lado, as vivências relatadas pelas participantes demonstram experiências negativas nas relações interpessoais vividas com a equipe, permitindo conhecer possíveis caminhos profícuos para uma atenção e cuidado humanizado. No contato mediante às relações interpessoais com estes profissionais, as mulheres encontram repreensão, desrespeito, violência obstétrica e psicológica. Os profissionais transmitem haver expectativas sobre as gestantes, esperando que essas disponham de conhecimento sobre o parto e sua fisiologia, para que, quem sabe assim, não demandem informações tidas por eles como básicas.

É essencial que as mulheres sejam ouvidas, informadas e respeitadas durante esses momentos, e estabelecer um vínculo sólido é crucial para um atendimento verdadeiramente humanizado. O vínculo está para além de ter uma Unidade Básica de referência ou um hospital; está para além de ser aderido aos serviços. Neste sentido as relações interpessoais devem caminhar junto com práticas com evidências científicas, com um saber ético-prático-relacional. Entendendo, portanto, que as relações por si só também não asseguram uma assistência de qualidade, pois há a necessidade de ações práticas, políticas públicas, cuidados físicos e biológicos, logo, é um processo que deve ser constituído, compartilhado e corresponsabilizado, intersubjetivamente e coletivamente.

Consideraram-se relevantes novos estudos, pois uma das limitações desta pesquisa foi o de alcançar a experiência dos profissionais, de modo que se possa compreender, a partir da experiência vivida destes, o que impede as equipes de estabelecerem relações intersubjetivas para a vivência de experiências positivas no transcorrer da assistência desde o pré-natal até o puerpério.

Ademais, observou-se uma lacuna na compreensão acerca do porquê a experiência é tida como positiva para as mulheres, mesmo com a vivência de violência e abuso, mas o fato de não haver intercorrências de morte, faz com que elas avaliem positivamente. Tal propositura precisa ser mais bem investigada e compreendida na dimensão da experiência das usuárias. Essas são perguntas que escaparam de serem investigadas. Todavia, compreende-se ser relevante para que se alcance melhorias na assistência, colocar-se diante dos profissionais e de equipe, de modo que possa escutá-los sobre suas próprias experiências vividas, não no padrão de justificativa, mas de poderem falar das suas próprias dificuldades, anseios e receios. Por fim, conclui-se que discorrer sobre vínculos e acolhimento com empatia é ponderar sobre relações interpessoais, subjetividade, rede de apoio, conexões, mas também é dialogar sobre políticas públicas de saúde na esfera de contatos humanos.

## Referências

- Abreu, C. S. de, Magalhães, F. C. & Delmondes, P. T. (2021). Narrativas sobre atenção psicológica e humanização do parto e nascimento. *Revista Sociais E Humanas*, 34(2). <https://doi.org/10.5902/2317175864240>
- Agreli, H. F., Peduzzi, M., & Silva, M. C. (2016). Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20(59), 905–916. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>
- Amatuzzi, M. M. (2006). *A subjetividade e sua pesquisa*. Memorandum, 10, 93-97.
- Amatuzzi, M. M. (2009). *Estudos de Psicologia* (Campinas) vol.26 no.1 Campinas Jan./Mar. 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2009000100010>

- Andrade, M. A. de C., Lima, J. B. M. de C. (2014). O Modelo Obstétrico e Neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. In: *Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Humanização do parto e do nascimento*. Brasília.
- Bacellar, A., Rocha, J. S. X. & Flôr, M. S. (2012). Abordagem centrada na pessoa e políticas públicas de saúde brasileiras do século XXI: uma aproximação possível. *Revista do NUFEN*, 4(1), 127-140. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-25912012000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912012000100011&lng=pt&nrm=iso)
- Barbosa, M. I. S. & Bosi, M. L. M. (2017). Vínculo: Um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(4), 1003–1022. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000400008>
- Barbosa, L. de C., Fabbro, M. R. C. & Machado, G. P. dos R. (2017). Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. *Avances en Enfermería*, 35 (2), 190-207. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n2.59637>
- Barreira, C. R. A. (2017). Análise fenomenológica aplicada à Psicologia: recursos operacionais para pesquisa empírica. In: M. Mahfoud, & J. Savian Filho (Orgs.). *Diálogos com Edith Stein: filosofia, psicologia e educação*, (pp. 317-368). Paulus.
- Bonadio, I. C. (1998). “Ser tratada como gente”: A vivência de mulheres atendidas no Serviço de Pré-Natal de uma Instituição filantrópica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 32(1), 9–15. <https://doi.org/10.1590/S0080-62341998000100003>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf).
- Branco, P. C. C. & Cirino, S. D. (2017). Fenomenologia nas obras de Carl Rogers: apontamentos para o cenário brasileiro. *Revista De Psicologia*, 8(2), 44-52. <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/6719>
- Cury, V. E. (2021). Intervenções Psicológicas e processos intersubjetivos: pesquisas em psicologia clínica sob uma perspectiva humanista e fenomenológica. In: *Dutra, E. & Cury, V. E. Pesquisas Fenomenológicas em Psicologia*. Editora CRV-Curitiba.
- Diniz, C. S. G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: Os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 627–637. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>
- Diniz, S. G. et al. (2015). Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Journal of Human Growth and Development*, 25(3), 377-384. <https://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>
- Fadda, G. M. (2020). *A experiência vivida por pessoas diagnosticadas como autistas, a partir de encontros dialógicos* [Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas].
- Husserl, E. (2013). *Meditações cartesianas & conferências de Paris*. (P. M. S. Alves, Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária. (Original publicado em 1931)
- Leite, T. H., Marques, E. S., Esteves-Pereira, A. P., Nucci, M. F., Portella, Y. & Leal, M. do C. (2022). Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: Um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(2), 483–491. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.38592020>
- Marques, S. B. (2020). Violência obstétrica no Brasil: Um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. *CADERNOS IBERO-AMERICANOS DE DIREITO SANITÁRIO*, 9(1), 97–119. <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i1.585>
- Minayo, M. C. de S. (2010). O desafio do conhecimento. *HUCITEC; ABRASCO*.
- Oliveira, A. E. G. de & Cury, V. E. (2020). A experiência de pacientes assistidos por um serviço de atenção domiciliar (SAD). *Psicologia em Estudo*, 25. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.44108>
- Organização Mundial de Saúde. (2018). *Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva: Resumo*. Geneva. <https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2018/07/ANCOverviewBrieferA4P G.pdf>.
- Peduzzi, M., Agreli, H. L. F., Silva, J. A. M. da & Souza, H. S. de. (2020). Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(suppl 1), e0024678. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>

- Rogers, C. R. (1987). *Um Jeito de Ser*. São Paulo: Pedagógica e Universitária Ltda.
- Rogers, C. R. (2009). *Tornar-se pessoa*. São Paulo: Martins Fontes.
- Silva, W. V. da, Stefanelli, M. C. & Hoga, L. A. K. (2010). A relevância da comunicação terapêutica para o atendimento da dimensão emocional da gestante na assistência pré-natal. *Revista Baiana De Enfermagem*, 17(3). <https://doi.org/10.18471/rbe.v17i3.3859>
- Tobasía-Hege, C., Pinart, M., Madeira, S., Guedes, A., Reveiz, L., Valdez-Santiago, R., Pileggi, V., Arenas-Monreal, L., Rojas-Carmona, A., Piña-Pozas, M., Gómez Ponce de León, R. & Souza, J. P. (2019). Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: Revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43, 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.36>
- UNICEF. 2017. Quem espera, espera. *Fundo das Nações Unidas para a Infância*. Brasil, p. 20.

Recebido: 08/03/2023 | Revisado: 25/04/20223  
Aceito: 15/09/2023 | Publicado: 15/10/2023