

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Bruna de Souza Lima Marski

“Necessidades de saúde de gestantes de alto risco”

SÃO CARLOS

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Bruna de Souza Lima Marski

“Necessidades de saúde de gestantes de alto risco”

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Doutora em Ciências da Saúde

Orientador: Monika Wernet

SÃO CARLOS

2021

Dedico este trabalho às gestantes de alto risco que estiveram comigo durante esta caminhada e que, contribuíram não somente comigo, mas umas com as outras, mesmo sem saber.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Defesa de Tese de Doutorado da candidata Bruna de Souza Lima Marski, realizada em 27/05/2021.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Monika Wernet (UFSCar)

Profa. Dra. Marcia Regina Cangiani Fabbro (UFSCar)

Profa. Dra. Aline Oliveira Silveira (UnB)

Profa. Dra. Jamile Claro de Castro Bussadori (UFSCar)

Profa. Dra. Ieda Harumi Higarashi (UEM)

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

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Agradecimientos

Agradecimentos

Aos meus pais, **Davi** e **Cintia**, por terem sido, desde o início da minha jornada, grandes incentivadores e, à minha mãe por ser fonte de amor e apoio. Você é exemplo de força e tem iluminado o meu caminho para que eu também seja.

Aos meus avós **Wilson**, **Odalia**, **Davi** e **Ruth**, tias, **Simone** e **Suzana** e ao **Claudio**, por trazerem na sua heterogeneidade, diferentes formas de apoio, preocupação e cuidado.

Aos meus sogros, **Suelene** e **Carlos**, pelo amor e carinho, pela confiança e admiração expressa de forma tão constante.

Ao **Matheus**, meu companheiro, pela vida que construímos juntos desde tanto tempo. Pelos diálogos e reflexões que tivemos, pelos incentivos e cobranças quando necessários.

À **Drieli**, minha irmã de alma, por ser tão presente em minha vida. Pela companhia, pelas distrações, pelas conversas das mais simples às mais complexas.

À minha amiga **Julia**, pela companhia tão acentuada nesta pandemia, pela admiração que expressa ter por mim e interesse em estar perto em momentos tão difíceis.

À minha orientadora, **Profa. Dra. Monika Wernet**, presente desde o início na minha trajetória acadêmica. Para mim, nossos encontros foram transformadores, seus ensinamentos e reflexões contribuíram para as minhas reflexões de vida e mudaram meu ser. Tenho infinita admiração pelo seu compromisso em estar com o outro e pelo outro. E sou grata por ter enxergado em mim uma sensibilidade que demorei muito para enxergar. Muito obrigada, serei eternamente grata por tudo o que foi e do modo que foi.

À banca examinadora: Professoras Doutoras **Ieda Harumi Hiragashi**, **Aline Silveira Oliveira**, **Jamile Claro de Castro Bussadori**, **Márcia Regina Cangiani Fabbro**, **Lislaine Aparecida Fracolli**, **Mariana Ruiz Torreglosa** e **Natália Sevilha Stofel** pelo aceite em integrar esta etapa da minha formação, certa de que tecerão contribuições valiosas.

À minha companheira de visitas e de trabalho, **Bruna Felisberto de Souza**, por ter sido boca nos longos diálogos e por ter sido ouvido nos momentos de escuta. A você minha admiração e carinho.

Ao apoio recebido nos momentos que precisava de luz e vocês trouxeram: **Beatriz Castanheira, Profa. Dra. Marília Gonçalves, Profa. Dra Juliana Moraes Menegussi**, minha profunda gratidão.

Às **gestantes** que participaram deste estudo, por abrirem as portas de suas casas e de suas vidas, para que juntas pudéssemos descobrir e apontar um caminho possível e necessário, apesar de perpassar por apontamentos à atenção em saúde nada novos... Sou grata pelo acolhimento, pela confiança e por terem contribuído com o meu crescimento pessoal e profissional. Espero que possamos gerar contribuições para que mulheres que vivenciam a gestação de alto risco façam uma caminhada mais acolhedora, com a parceria de profissionais mais afetuosa e sensíveis para a experiência singular de cada qual. Gratidão por me tornarem mais sensível e afetuosa, vocês fazem parte da minha contínua transformação na busca de um cuidado em saúde mais justo, equânime e integral.

As profissionais do **Ambulatório de Cuidados Especiais em Gestação** pela recepção e acolhimento.

Ao **Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Enfermagem** pelas oportunidades de crescimento profissional.

À **Universidade Federal de São Carlos** pelo espaço e recursos proporcionados.

Sou grata a todos,

Bruna de Souza Lima Marski

RESUMO

A gestação é um evento comum ao ciclo de vida de muitas mulheres e sua evolução acontece na maioria das vezes sem adversidades. Contudo, uma parcela das gestantes pode apresentar probabilidade de evolução desfavorável para a sua saúde e/ou do feto, constituindo o grupo chamado gestação de alto risco. Apesar das indicativas e da melhora da incidência de morte materna nos últimos anos, o Brasil ainda apresenta números expressivos desta condição. Suas causas podem ser resultado das complicações ocorridas durante a gestação ou após gestação e parto, sendo a maioria delas desenvolvidas durante a gestação, evitáveis e tratáveis. Como estratégia para redução da mortalidade materna, há recomendação de tratamentos mais acessíveis e assertivos, com ações acolhedoras e individualizadas às necessidades de cada gestante. O presente estudo visa discutir, à luz da Taxonomia de Necessidades de Saúde proposta por Matsumoto e Cecílio, as necessidades de mulheres que gestaram sob alto risco e, propor recomendações para o acolhimento dessas mulheres e suas necessidades. Constituiu um estudo de abordagem qualitativa, realizado de março de 2018 a março de 2020, em uma cidade do interior paulista. A pesquisa documental foi estratégia metodológica selecionada e para a compreensão dos dados obtidos, optou-se pela análise de conteúdo na modalidade temática proposta por Bardin. Foram documentos analisados, a transcrição de visitas domiciliares de frequência quinzenal a 17 gestantes de alto risco desenvolvidas durante o período de pré-natal e, notas de campo das enfermeiras visitadoras. Foi possível estabelecer uma discussão tradutora das necessidades de saúde da gestante de alto risco a partir de três unidades temáticas, bem como tecer recomendações profissionais: 'GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: ELABORAR A CONDIÇÃO'; 'NECESSIDADE INFORMACIONAL PARA SEGUIR COM A GESTAÇÃO'; 'REDE DE APOIO SOCIAL: NECESSIDADE DE FORTALECIMENTO E CONSIDERAÇÃO'. Elas traduzem incipiências no cuidado à saúde da gestante de alto risco, com clínica reduzida à dimensão biológica e encontros esvaziados de diálogo. Emergem necessidades de acolhimento da demanda emocional para elaboração da gestação e do diagnóstico de alto risco; necessidades de acolhimento informacional para alcançar boas condições de saúde; necessidades de reconhecimento de seu contexto sócio-histórico e familiar e, necessidades de

intervenções profissionais e manejo das diversas tecnologias de cuidado. O contexto desvelado pelo estudo permite a revisão de práticas clínicas e sinaliza recomendações aos profissionais de um cuidado deslocado da clínica reduzida a partir de apostas dialógicas.

Descritores: Gravidez de Alto Risco; Cuidado Pré-Natal; Visita Domiciliar; Enfermagem; Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Pregnancy is a common event in the life cycle of many women and its evolution happens most of the time without adversity. However, a portion of the pregnant women may be more likely to have an unfavorable evolution for their health and / or have a fetus, constituting the group called high-risk pregnancy. Despite the indications and the improvement in the increase in maternal death in recent years, Brazil still presents expressive numbers. Its causes can be the result of complications that occur during pregnancy or after pregnancy and childbirth, and most complications that occur during pregnancy are preventable and treatable. As a strategy to reduce maternal mortality, there is a recommendation for return, more return and assertiveness, with welcoming and individualized actions according to the needs of each pregnant woman. The present study aims to discuss, in the light of the Health Needs Taxonomy proposed by Matsumoto and Cecílio, the needs of women who were pregnant at high risk and the proportion of recommendations for the reception of these women and their needs. It constituted a study with a qualitative approach, carried out from March 2018 to March 2020, in a city in the interior of São Paulo. Documentary research was the selected methodological strategy and for the understanding of the data obtained, we opted for content analysis in the thematic modality proposed by Bardin. Documents analyzed were the transcription of biweekly home visits to 17 high-risk pregnant women carried out during the prenatal period and field notes by visiting nurses. It was possible to establish a translating discussion of the health needs of high-risk pregnant women from three thematic units, as well as to make professional recommendations: 'HIGH RISK MANAGEMENT: PREPARING THE CONDITION'; 'INFORMATIONAL NEED TO FOLLOW WITH PREGNANCY'; 'SOCIAL SUPPORT NETWORK: THE NEED FOR ITS STRENGTHENING AND CONSIDERATION'. They reflect incipient health care for high-risk pregnant women, with clinical practice reduced to a biological dimension. Emerging needs emerge to embrace the emotional demand for the elaboration of pregnancy and the diagnosis of high risk; needs for informational reception to achieve good health conditions; needs to recognize their socio-historical and family context, and needs for professional interventions and management of the different care technologies. The context unveiled by the study allows the review of clinical practices

and signals recommendations to professionals for care displaced from the reduced clinic based on dialogic bets.

Descriptors: Pregnancy, High-Risk; Prenatal Care; House Calls; Nursing; Qualitative Research.

RESUMEN

El embarazo es un evento común en el ciclo de vida de muchas mujeres y su evolución ocurre en la mayor parte del tiempo sin adversidades. Sin embargo, una parte de las embarazadas puede tener una probabilidad de evolución desfavorable para su salud y/o el feto, constituyendo el grupo denominado embarazo de alto riesgo. Aunque las indicaciones y la mejora en la incidencia de muerte materna en los últimos años, Brasil tiene números significativos de esta condición. Sus causas pueden ser el resultado de complicaciones que ocurrieron durante el embarazo o después del embarazo y en el parto, la mayoría de las cuales se desarrollaron durante el embarazo, prevenibles y tratables. Como estrategia para reducir la mortalidad materna, se recomiendan tratamientos más accesibles y asertivos, con acciones acogedoras e individualizadas a las necesidades de cada gestante. El presente estudio tiene como objetivo discutir, a la luz de la Taxonomía de Necesidades de Salud propuesta por Matsumoto y Cecílio, las necesidades de las mujeres que dieron a luz en alto riesgo y proponer recomendaciones para la recepción de estas mujeres y sus necesidades. Constituyó un estudio con enfoque cualitativo, realizado de marzo de 2018 a marzo de 2020, en una ciudad del interior de São Paulo. La investigación documental fue la estrategia metodológica seleccionada y para comprender los datos obtenidos se optó por el análisis de contenido en la modalidad temática propuesta por Bardin. Se analizaron documentos, transcripciones de visitas domiciliarias quincenales a 17 mujeres embarazadas de alto riesgo desarrolladas durante el período prenatal y notas de campo de enfermeras visitantes. Se pudo establecer una discusión traductora de las necesidades de salud de las embarazadas de alto riesgo desde tres unidades temáticas, así como realizar recomendaciones profesionales: 'EMBARAZO DE ALTO RIESGO: DESARROLLAR LA CONDICIÓN'; 'NECESIDAD INFORMATIVA DE SEGUIR CON EL EMBARAZO'; 'RED DE APOYO SOCIAL: NECESIDAD DE FORTALECIMIENTO Y CONSIDERACIÓN'. Reflejan una atención de salud incipiente para gestantes de alto riesgo, con clínica reducida a la dimensión biológica y encuentros desprovistos de diálogo. Necesidades emergentes de acoger la demanda emocional para la elaboración del embarazo y el diagnóstico de alto riesgo; la recepción de información necesita para lograr buenas condiciones de salud; necesita reconocer su contexto sociohistórico y familiar, y las necesidades de intervenciones profesionales y manejo de diferentes tecnologías de cuidado. El contexto develado por el estudio permitió la revisión de las prácticas clínicas y señala recomendaciones a los profesionales para una atención que se desplaza de la clínica, reducida por apuestas dialógicas.

Palavras clave: Embarazo de Alto Riesgo; Atención Prenatal; Visita Domiciliaria; Enfermería; Investigación Cualitativa.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ACEG	Ambulatório de Cuidados Especiais em Gestação
AD	Atenção Domiciliar
AB	Atenção Básica
AP	Atenção Primária
ARES	Administração Regional de Saúde
CCF	Cuidado Centrado na Família
CD	Cuidado Desenvolvimental
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IC	Iniciação Científica
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
NS	Necessidades de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNH	Política Nacional de Humanização
RN	Recém-Nascido
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSCAR	Universidade Federal de São Carlos
USP	Universidade de São Paulo
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VD	Visita Domiciliar

Sumário

<i>Apresentação</i>	14
1. Motivação para o tema	15
<i>Revisando a Literatura</i>	21
2. Revisando a Literatura	22
2.1. A Visita Domiciliar como Ferramenta de Cuidado.....	22
2.2. Interface entre Integralidade e Necessidades de Saúde	25
2.3. Gestação de Alto Risco.....	29
<i>Justificativas e Objetivos</i>	39
3. Justificativas e Objetivos	40
<i>Metodologia</i>	43
4. Metodologia.....	44
4.1. Local de Estudo, Participantes e Aspectos �ticos	45
4.2. A Visita�o Domiciliar às gestantes de alto risco do Programa de Visita�o Domiciliar	46
4.3. Encontros Longitudinais.....	49
4.4. Delineamento metodológico: Pesquisa Documental e Análise de Conteúdo Temática de Bardin.....	42
4.5. Referencial Teórico: Taxonomia de Necessidades de Saúde proposta por Matsumoto e Cecílio	44
<i>Resultados e Discussão</i>	56
5. Resultados e Discussão	57
5.1 Unidade Temática: Gesta�o de alto risco: elaborar a condi�o	67
5.2 Unidade Temática: Necessidade informacional para seguir com a gesta�o	85
5.3 Unidade Temática: Rede de apoio social: necessidade de seu fortalecimento e considera�o	106
5.4 Apresenta�o do infográfico para as gestantes	113
<i>Considera�es Finais</i>	120
6. Considera�es finais	121
<i>Referências</i>	124
7. Referências	125

Apresentação

1. Motivação para o tema

*Sempre dizem que, quando
você ama alguém, nada no mundo
importa. Mas não é verdade, não é?
Você sabe, e eu sei, que quando você
ama alguém, tudo no mundo importa
um pouco mais (Jodi Picoult, 2009).*

A minha trajetória na área da saúde foi pueril, com ela, os sonhos de cuidar de crianças, sobretudo aquelas nascidas prematuramente. Em um movimento de compreender mais sobre esse contexto, busquei ao longo dos tempos de graduação em Enfermagem, realizada na Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), oportunidades.

À mim, foi primariamente oportunizado, viver uma atividade de extensão com sessões de brinquedo terapêutico para crianças portadoras de doenças crônicas. Não eram neonatos, mas recebi a vivência como uma possibilidade paulatina de me acercar da atenção pediátrica. O objetivo da atividade era conhecer as necessidades das crianças em situação de cronicidade, possibilitar a elaboração de seus sentimentos como o medo e angústias, aliviar tensões e simultaneamente intervir sobre elas. As sessões foram ricas para compreender a voz que a criança tem, a partir do incentivo ao lúdico, bem como os impactos que a condição de saúde implica a ela. Posteriormente, diálogos eram feitos com o(a) responsável da criança com vistas a contextualizar o trazido por ela em sessão. A atividade contribuiu para eu enxergar possibilidades de um cuidado mais humanizado, reconhecer e valorar tecnologias de cuidado que permitissem a expressão e elaboração dos sentimentos daquele que vive situações adversas de saúde, pautadas no diálogo e na importância da subjetividade. Para além da experiência com a criança, fui me sensibilizando com situações de hospitalização que impactam o ciclo de vida e a dinâmica familiar.

Destaco outro marco importante, quando no mesmo ano desenvolvi uma Iniciação Científica (IC), voltada a explorar a experiência do pai de prematuro hospitalizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). A escolha esteve atrelada ao meu desejo inicial de imergir no espaço de cuidado intensivo à criança nascida prematura, somado ao sentimento supracitado na experiência com crianças crônicas e famílias. Questionei-me quem compunha a família do prematuro e quem

era afetado por esse contexto. Decidi por incluir o pai, figura pouco acolhida no ambiente neonatal, como reforça a literatura.

Este estudo permitiu compreender os desdobramentos vividos pela família, frente ao filho hospitalizado, especialmente na pessoa do pai. Os achados desvelaram esforços paternos no sentido de fazer-se presente mesmo diante de restrições de sua permanência na unidade (situação dada por questões de gênero); seu anseio em ser notado pela equipe de saúde; de ter suas necessidades atendidas, como a de estar, tocar, cuidar e receber informações acerca do estado de saúde do filho hospitalizado. Destaco a visibilidade que esse estudo deu ao pai e ao exercício de sua paternidade, com reflexos para a minha formação e para minha aproximação cada vez mais premente com o Cuidado Centrado na Família (CCF). Resultados podem ser apreciados com maior detalhamento nos artigos: “Tornar-se pai na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal: Revisão Integrativa” e “Alta hospitalar do recém-nascido prematuro: experiência do pai”, publicados no Caderno de Terapia Ocupacional, 2015 e na Revista Brasileira de Enfermagem, 2016, respectivamente.

Posteriormente, tive a oportunidade de desenvolver uma segunda IC atrelada ao estudo de mestrado da Beatriz Castanheira Facio, com foco em explorar a rede de apoio social aos pais no contexto da retinopatia da prematuridade do filho. Reflexões procederam ao projeto: “Quando a dinâmica familiar é afetada pelas necessidades de saúde de um membro, quem a apoia?”, “Como se dá esse apoio?”. Os achados desse estudo revelaram uma rede de apoio social frágil e incipiente quanto às demandas parentais. As necessidades informacionais sobre o estado de saúde do filho e procedimentos a que era submetido surgiram como as mais aclamadas e pouco foram acolhidas pelos profissionais de saúde. Dado isto, a incipiência de apoio demonstrou ter agravado o sofrimento vivido pelo casal, por dificultar a compreensão do estado clínico do filho e as tomadas de decisão relativas ao cuidado. Fruto da parceria com a Beatriz, reflexões sobre o acolhimento dos profissionais de saúde aos pais no contexto da retinopatia da prematuridade originaram a publicação do artigo “(Des)acolhimento nas interações com os profissionais: experiências de pais de crianças com retinopatia da prematuridade”, publicado em 2016 na Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).

Inicialmente, as experiências supracitadas foram tomando força e dando tom ao atitudinal que eu valorizava no profissional de saúde e nas interações sociais.

Mesmo que de forma não intencional, sentia apreço por ter a família acercada, valorizada e fazendo parte do cuidado. Até que esse princípio foi tomando concretude e fui notando em mim, práticas mais acolheradas a família. Quando então graduada e enfermeira de UTIN, passei a incomodar-me em maior escala com atitudes que não valorizavam na família, sua experiência singular com a situação de adoecimento/hospitalização do filho.

Ao direcionar olhares e reflexões para a prática profissional, percebia na maioria dos profissionais de saúde, um cuidar inerte ao ser adoecido, com descaso à abordagem centrada na família. Quase como um flagelo daqueles que, obrigatoriamente, são colocados na posição de “assistir” ao filho. Incomodada, a vivência foi propulsora para um fazer diferente enquanto enfermeira e pessoa, e fui cada vez mais, experimentando os desdobramentos desse atitudinal, seja em termos de desfechos de saúde, como de reconhecimento e vínculos.

Para além, cabe ressaltar que as práticas em saúde, pouco valoram as tecnologias leves como tecnologias de cuidado, por vezes pormenorizadas quando atitudes colocam em supremacia as tecnologias leve-dura e dura. São elas complementares, não se anulam ou ao menos não deveriam.

Hoje reconheço as tecnologias leves como centrais, de ancoragem do cuidado e, o fato de não existir sua valorização, o conjunto do vivenciado nas práticas de saúde acaba sendo percebido enquanto descuidado ou determinante de sofrimentos, sobretudo por não dar conta de perceber e acolher necessidades, as quais estão sempre contextualizadas e, portanto são singulares, impossíveis de serem efetivamente alcançadas a partir de uso exclusivo de protocolos assistenciais.

Assim, desponto a necessidade de conhecer a família, suas crenças, sua dinâmica familiar, seu funcionamento e modo de viver. Ou seja, os papéis (inclusive os parentais), como se organizam, suas crenças, valores, hábitos, historicidade, sentimentos, dentre eles, medo, anseios, culpa entre outros, de encontro com um cuidado mais humanizado e integral. Tudo isto deve estar coadunado à toda tecnologia dura, ‘bruta’, que uma situação pode vir a requerer.

Em 2017, quando ingressei no mestrado, este atrelado ao estudo de doutorado da também Beatriz Castanheira Facio, propus um estudo diagnóstico sobre a prática de enfermeiros voltada ao Cuidado Desenvolvimental (CD) no contexto do Recém-Nascido (RN) hospitalizado, com intenção de educação continuada, a ser

desenvolvida no estudo de doutorado citado. Até aquele momento, minha experiência acadêmica buscou reflexões acerca da família, pouco busquei diálogos profissionais. O mestrado possibilitou essa interação.

CD é premissa para planejar cuidado e atender as necessidades do prematuro e sua família. Contudo, as práticas profissionais diagnosticadas no estudo se revelaram como de pouca correspondência às singularidades desses seres de cuidado, prematuro e família, com acolhimento incipiente das preferências de sono, repouso, escolhas maternas para o aleitamento, incipiência da presença da família, arraigada a um fazer inerte a uma rotina replicada e pouco refletida. Resultados podem ser apreciados com maior detalhamento no artigo: “Cuidado Desenvolvimental: assistência de enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”, publicado no ano de 2018 pela Revista Brasileira de Enfermagem.

Essa trajetória foi premente para ampliar olhares. Faço esforços para compreender a família como indissociável do ente adoecido, ou daquele que vem buscar proteção, promoção de sua saúde. Passei a entender que “cuidar dela com ela” é premissa; e que promover encontros é preciso e que espaços de diálogo e trocas são necessários e fundamentais para um cuidado singular e de colaboração à vida de famílias e pessoas.

Venho estudando diferentes momentos do ciclo de vida. Dentro do espaço da neonatologia estive com mães e pais. O exercício profissional promoveu encontros com famílias à medida que cuidávamos colaborativamente de seus filhos. As mães mais presentes, pais mais distantes, não por escolha, mas por viverem em uma sociedade que os coloca nessa condição de marginalizados, quando intervenções de profissionais de saúde tendem a reforçar este lugar. Passei a retomar minhas indagações para o começo da vida, para um momento tão repleto de mudanças para mulher, casal e família, como o da gestação. Gestar uma criança faz parte do ciclo vital de uma boa parte de famílias, direta ou indiretamente, e, nesse sentido, planejamos e prospectamos futuro. Por vezes, esses planos podem ser interpelados por situações adversas. Ainda sobre gestação, há casos de adversidade que também interpelam essa vivência. Consequentemente, dinâmicas familiares também serão modificadas. Necessidades serão outras. Comecei a me indagar: “Como é gestar sob alto risco?”; “Como essa situação afeta a dinâmica familiar?”; “Quem os acolhe?”;

“Como acolhem?”; “O que eles esperam?”; “Como está sendo o manejo do Pré-Natal?”.

Essas indagações culminaram com meu ingresso no Doutorado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSCar e, com o convite para compor enquanto enfermeira visitadora, um “Programa de Visitação Domiciliar no Pré-Natal de Alto Risco” então desenvolvido pela doutoranda Bruna Felisberto de Souza. A propositura do Programa era de realizar pré-natal complementar ao habitual oferecido pelo município, a acontecer por visitas quinzenais a mulheres grávidas de alto risco em seus domicílios e, que tivesse interesse em fazer parte do Programa. O convite para ser visitadora foi estendido a mim, por acreditar-se na similaridade com o perfil da primeira enfermeira visitadora, além de serem ambas do mesmo Grupo de Pesquisa e portarem conceitos próximos acerca dos metaparadigmas enfermeiro e enfermagem, cuidado, ambiente, pessoas e família. Cabe destacar que nós duas nos envolvemos em formação conjunta, discussões clínicas conduzidas acerca de leituras sobre Cuidado Centrado na Família (CCF), parentalidade e capacitação de aleitamento materno. Para além, as visitas tinham como premissa atitudinal a valorização do encontro, a promoção de espaços de diálogo e no alcance da sua subjetividade. Foram eixos norteadores para a condução das visitas domiciliares (VD): explorar a situação de risco gestacional, parto, direitos durante todo o ciclo grávido e puerperal, família e rede de apoio e aleitamento materno, constantemente replanejados a fim de acolher as necessidades singulares de cada mulher e sua família.

À medida que as visitas foram sendo desenvolvidas, fui me dando conta da densidade e da dimensão desses encontros. Nossos momentos foram inundados e permeados de necessidades de saúde. Estas, por sua vez, me guiavam e me direcionavam ao cuidado singular, oportuno e clamado. Isso motivou em mim o interesse próprio de aprofundar e estudar as necessidades de saúde da gestante de alto risco, desveladas sob a perspectiva daquela que vive a experiência, ou seja, a própria mulher gestante. Os achados aqui apresentados foram viabilizados a partir desses encontros e dos registros originados das visitas domiciliares mencionadas.

Minha intenção é de partilhar descobertas e achados, intenciono contributos de potencialidade de deslocar profissionais quanto à valorização das subjetividades, intersubjetividades para revelação de necessidades e, assim, acolher em tempo

oportuno pessoas, famílias, promover vida e saúde, favorecer sofrimentos em um grau mais suportável em termos de funcionamento pessoal e familiar e, portanto, passível de não gerar danos e imobilizar enfrentamentos. Que seja uma partilha de leitura prazerosa e de transformação para você que escolheu a leitura deste estudo.

Com carinho e esperança,

Bruna de Souza Lima Marski.

2. Revisando a Literatura

2.1. A Visita Domiciliar como Ferramenta de Cuidado

Como estratégia de intervenção junto às doenças, a ideia de Atenção Domiciliar (AD), ou seja, aquela em que ocorre deslocamento do 'profissional' para a casa do paciente, vem sendo praticada desde a Idade Média (FOUCAULT, 2012). No Brasil, a AD, sobretudo com a prática de Visita Domiciliar (VD), tem seu marco inicial no início dos anos 1900. Sua prática era de caráter essencialmente curativo e utilizada como ferramenta biopolítica e instrumento de controle epidemiológico das patologias infectocontagiosas que assolavam a população (OLIVEIRA; KRUSE; CICOLELLA; VALLEDA, 2018). Para ilustrar, a prática de Visita Domiciliar (VD) em 15 de outubro de 1919, foi apontada por Dr. J. P. Fontelle como necessária para a educação sanitária, em "O jornal" e, por intermédio de Carlos Chagas, desembarcaram no Brasil em 1921, um grupo de enfermeiras norte americanas destinadas a capacitar visitadoras para a assistência ao domicílio (AUGUSTO; FRANCO, 1980). À época, a assistência domiciliar tinha um acento prioritariamente sanitário, intencionava capacitação dos indivíduos em aspectos higiênicos e de prevenção do adoecimento por tuberculose, bem como, orientações sanitárias sobre saúde infantil (OLIVEIRA; KRUSE; CICOLELLA; VALLEDA, 2018). Para muitos médicos sanitaristas, a prática de VD era vista como pouco científica e inapropriada à sua posição social, sendo assim, resguardavam essa função às visitadoras e, posteriormente, às enfermeiras (FALLANTE; BARREIRA, 1998).

Por décadas, o Brasil viveu períodos de inquietação e reivindicações por melhores condições de saúde à população. Até então, a saúde era direito apenas aos contribuintes do sistema previdenciário. Frente aos movimentos populares e à Reforma Sanitária, em 1988 ocorreu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei 8080/1990 e posteriormente, a criação do Programa de Agente Comunitários de Saúde (PACS), datado em 1991 (MAROSINI; CORBO, 2007). O intuito da criação do PACS foi para melhor organizar e assistir os usuários do SUS e vigorar os princípios que o compunham, como integralidade, universalidade, equidade, além da participação social. Embora iniciado na região Norte e Nordeste, o programa se estendeu a todo território brasileiro e, nesse interim, visitas domiciliares

passaram a ser realizadas por esses profissionais. Aqui as VD não somente tinham o caráter curativo, mas também focavam a prevenção (ROSA; LABATE, 2005).

Entre as reformulações do sistema de saúde, foi fundamental à Atenção Primária (AP) a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 1994 (BRASIL, 2000). Essa estratégia perdura até o cotidiano e tem entre suas características uma organização que favorece a identificação das necessidades de saúde e maior vinculação às famílias, uma vez que delimita área de abrangência e utiliza a VD como ferramenta de cuidado (FLÔR, 2017).

A VD vem sendo, desde então, desmitificada enquanto ferramenta de controle social e utilizada como instrumento essencial para conhecer as condições de vida e saúde das famílias. Sua prática favorece alcances da subjetividade e singularidade ao modo de viver de cada um, permite a inserção do profissional na realidade de vida da população, bem como o estabelecimento de vínculo. Além disso, promove espaço para o diálogo entre saberes e práticas, diferentes perspectivas para a reflexão e o fazer do cuidado em saúde (ROCHA et al., 2017).

Além da VD, outros fatores norteadores foram incorporados na contemporaneidade da ESF, com o intuito de reorganizar as práticas de assistência à saúde. Entre eles, direcionamentos sobre uma prática assistencial ao encontro do Cuidado Centrado na Pessoa. Suas recomendações estão postas desde 2017 na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como descrito a seguir:

Cuidado Centrado na Pessoa: aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado. (BRASIL, 2017)

Segundo Moira (2017), o Cuidado Centrado na Pessoa acontece quando os protagonistas do cuidado encontram um campo comum para abordar preocupações e trocas são viabilizadas para o poder decisório das questões de saúde. Para tanto, a criação de condições facilitadoras para o protagonismo e autonomia das pessoas

deve estar no bojo de atitudes do profissional de saúde, como posto na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2006).

Em relação à prática da VD, enquanto ferramenta de cuidado para a gestante de risco habitual ou daquela que vivencia o momento de forma adversa, dois estudos desenvolvidos na França (SAIAS, 2012) e no Canadá (SHU-ANG et al, 2015) tecem considerações sobre as experiências provenientes dessa prática. Eles versam sobre a importância de conhecer e estabelecer vínculo com a gestante nos primeiros encontros e que programas de visita domiciliar devem permitir flexibilidade nas intervenções, para que haja espaço para atender as necessidades singulares de cada gestante, parceiro e família. Neste sentido, direcionam atenção para promoção de espaços de fala e escuta ativa, aspecto que contribuiu para a autonomia e confiança materna. Ainda denotam a potência do enfermeiro visitador enquanto figura que apresenta e articula a rede de atenção à saúde da gestante.

Em relação ao Brasil, o estudo de Medeiros e Costa (2016) fazem discussão acerca da visita domiciliar feita pelo enfermeiro a puérperas. Como resultado, apontam haver carência de conhecimento científico para um número considerável de enfermeiros, visto que entendem ser suficiente apreender e suprir as necessidades das puérperas sem que haja a realização da VD quando elas se direcionem até a AP, ou quando os cuidados se realizam por intermédio do ACS. O mesmo estudo discute que a VD possibilita cuidado mais íntimo, integral e individualizado, com alcances à realidade de vida da puérpera e assim, o atendimento de suas necessidades de saúde.

A descrição acima aponta que parte dos enfermeiros entendem que a incumbência da operacionalização da VD seja do ACS, embora sua prática seja recomendada aos demais profissionais de saúde que integram a AP. Inclusive é ferramenta sugerida pelo Ministério da Saúde no acompanhamento de gestantes de alto risco que realizam pré-natal no serviço especializado em gestação de alto risco. Há escassez de estudos brasileiros que discutam mais densamente sobre a presença do enfermeiro em VD para gestantes, em especial aquelas classificadas como de alto risco, embora sua prática seja veemente recomendada.

2.2. Interface entre Integralidade e Necessidades de Saúde

A instituição do SUS em 1988 foi marco importante para a Reforma Sanitária (SILVA; TAVARES, 2004). Consigo, foi posto um conceito tríplice representado pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade na atenção à saúde (CECÍLIO, 2009). A integralidade é o princípio do SUS com a maior pluralidade de sentidos e, ainda assim, se apresenta com um dos principais fatores de consolidação da Reforma Sanitária brasileira, uma vez que reforça o pertencimento dos indivíduos nesse objetivo de cuidado (AYRES et al, 2012).

A integralidade molda a assistência em saúde à medida que movimenta o Sistema a operar de forma articulada quanto às ações e serviços de saúde, sejam eles preventivos e curativos, individuais e coletivos, nos diversos níveis de complexidade (AYRES, 2009). Quando posta, a integralidade emerge como dispositivo propulsor do processo de trabalho em saúde, com produção de cuidado humanizado, eficaz e focado nas necessidades de saúde, sejam elas individuais ou de coletivos (CECÍLIO, 2001).

[...] O princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, mas a integralidade nos desafia a saber e fazer o “quê” e “como” pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um. (Ayres, 2009, p.13)

Ayres et al (2006) identificam 4 eixos em torno dos quais a integralidade permeia e movimenta o cotidiano de atenção à saúde. Eles guardam certa intimidade e se correlacionam, embora nenhum deles possa ser reduzido ou sobreposto ao outro. Mas, emergem enquanto valor estruturante aos processos de trabalho (KALICHMAN; AYRES, 2016) e intersectam-se dinamicamente entre si:

A) Eixo das necessidades: abarca a qualidade e natureza da escuta, acolhimento e resposta às demandas de atenção à saúde; o impulso central é o da sensibilidade de identificação e capacidade de resposta às necessidades, com o cuidado de não as restringir à prevenção, correção e recuperação de distúrbios morfológicos ou funcionais do organismo.

B) Eixo das finalidades: diz respeito a graus e modos de integração entre as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e

sofrimentos e recuperação da saúde/reinserção social; o sentido dominante aqui é o de não segmentar as ações, mas, ao contrário, criar sinergismos que otimizem o desenvolvimento das ações, tanto da perspectiva da racionalização meios fins, como do conforto e conveniência para indivíduos, famílias e comunidades.

C) Eixo das articulações: refere-se aos graus e modos de composição de saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais e ações intersetoriais no desenvolvimento das ações e estratégias de atenção à saúde; o propósito é de criar as condições para oferecer resposta efetiva e específica às necessidades de saúde em uma perspectiva ampliada, tal como descrito no item A.

D) Eixo das interações: refere-se à qualidade e natureza das interações intersubjetivas no cotidiano das práticas de cuidado; a motivação das propostas identificadas nesse eixo é a construção de condições efetivamente dialógicas entre os sujeitos participantes dos encontros relacionados à atenção à saúde, sejam pessoa a pessoa, sejam na perspectiva de equipes/comunidades, sem o que as aspirações dos eixos anteriores não podem ser realizadas.

Nos primórdios, a AB era considerada como de assistência pouco qualificada e insuficientemente específica, contextualizada em um período em que o cuidado especializado e tecnicista era valorizado, em meio a práticas assistenciais centradas na doença e cultura valorativa de hospitais. Tal pensamento advém do entendimento de ser saúde, ausência de doença, o que subjaz em assistência utilitarista e reducionista à população (OLIVEIRA, 2012) e reduz o indivíduo enquanto sujeito social. Todavia, é na AB que o princípio da integralidade adquire maior importância estratégica. Nela há possibilidades maiores de identificação, execução e articulação das necessidades de saúde dos indivíduos, suas famílias e corpo social, conforme a fala de Mattos (2004):

[...] o que caracteriza a integralidade é obviamente a apreensão ampliada das necessidades, mas principalmente esta habilidade de reconhecer a adequação de nossas ofertas ao contexto específico da situação no qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde. (Mattos, 2004, p.1414)

Assim, a integralidade da assistência toma amplitude quando o serviço tem como cerne das intervenções as necessidades de saúde do indivíduo. Embora devam ser apreendidas em sua dimensão individual, para Stotz (1991), as necessidades de saúde são determinadas e construídas histórica e socialmente. Cecílio (2001) propõe uma taxonomia para elas a partir de quatro grupos: boas condições de vida, acesso às tecnologias, criação de vínculos e autonomia. São elas contínuas e influenciadas pelos diferentes momentos que permeiam o ciclo vital (PETERSEN et al., 2016). Nesse sentido, far-se-á acolher a subjetividade do indivíduo dada a partir de cada experiência de encontro. Para tanto é imprescindível que as necessidades sejam traduzidas e atendidas na singularidade expressa por cada ser (AYRES, 2001). São nesses esforços, nas características dos espaços de serviço e das equipes multiprofissionais que a integralidade da atenção é revelada (CECÍLIO, 2001), processada.

A escuta das necessidades de saúde tem em sua análise, a capacidade de modelar possibilidades de intervenção, trabalhadas a partir de alguma demanda específica trazida pelo sujeito de cuidado ao serviço. Embora trazidas, a interpretação e sensibilidade para decodificar e compreender a necessidade e como melhor atendê-la é processo que cabe ao profissional de saúde, equipe, serviços e rede à medida que promovem espaços dialógicos, efetivos encontros. A demanda é um pedido explícito de forma não límpida, onde estão as necessidades mais complexas dos indivíduos. Cabe, no compromisso em traduzir tal demanda, compreendê-la com um fazer arraigado à integralidade. São nessas interações que os encontros são dados, vínculos são fortalecidos e que os sentimentos de autonomia emergem (CECÍLIO, 2001).

Em uma segunda reflexão, para além das demandas, a integralidade da assistência desponta como fruto da articulação de cada serviço de saúde quando independente de sua complexidade de atenção, é capaz de trabalhar em rede de serviços. Sua complexidade só é definida a partir da necessidade de cada indivíduo, em cada momento singular. São nos múltiplos saberes e práticas e, ao encontro das necessidades de saúde portadas por cada indivíduo, que se consolida a integralidade na assistência. Nesse sentido, não se faz premente compreender o sistema de forma hierarquizada, mas como de fluxo contínuo, mutuamente implicado e imbricado, à medida que o indivíduo o permeia com múltiplas entradas, saídas e fluxos.

Independentemente da complexidade de assistência, é crucial para a integralidade ser essa rede complementar e dialética, articulando saberes e possibilidades de cuidado (CECÍLIO, 2001).

Todavia, as necessidades humanas expressam diferentes condições de vulnerabilidade e requerem intervenções distintas (NAKAMURA, 2009). Para se desvelarem é preciso que sejam investigadas e as possibilidades de encontro ampliadas.

2.3. Gestação de Alto Risco

A gestação é evento importante e comum ao ciclo de vida de muitas mulheres e suas famílias (BENINCASA, 2019). Sua evolução acontece na maioria das vezes sem adversidades para a mulher e concepto (MEDEIROS, 2019), mas pelas mudanças inerentes ao estado gravídico, toda gestação traz consigo riscos. Estima-se que cerca de 10% das gestantes apresentam esse risco habitual inerente à gestação aumentado (BRASIL, 2012). Isso reflete em maior probabilidade de evolução desfavorável da gestação, tanto para o feto quanto para a mãe (BRASIL, 2012). Em 2015, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou a ocorrência de 303 óbitos maternos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015), acreditando-se ainda que, para cada óbito, 20 a 30 mulheres manifestam alguma morbidade materna (VANDERKRUIK et al., 2013).

Nessa perspectiva, desde 2007, a OMS estabeleceu um grupo técnico de trabalho, integrado por parteiras, obstetras, epidemiologistas e profissionais da saúde pública, para padronizar e identificar, a partir da definição de critérios uniformes, casos de quase óbito materno (denominados como casos de *near miss*), visto que essas mulheres guardam em sua história clínica muitos aspectos semelhantes daquelas que não sobreviveram. A premissa é que, ao avaliar casos com desfechos graves, dados robustos e confiáveis podem ser gerados e estudados para qualificação da assistência e, conseqüentemente, diminuição dos desfechos desfavoráveis (OMS, 2011).

Um estudo de 2014 que avaliou a incidência do *near miss* materno no parto e pós-parto hospitalar a partir de dados da pesquisa “Nascer no Brasil”, concluiu que a maior incidência de *near miss* materno, esteve relacionada a mulheres que vivenciaram de algum modo intercorrências durante a gravidez. O estudo ainda aponta necessidade de melhorias na qualidade de assistência ofertada a gestantes com risco gestacional, fortalecimento das redes de referência e contrarreferência e garantia de atendimento desses casos em tempo oportuno nos serviços especializados, visto que para esses casos o *near miss* esteve consistentemente aumentado (DIAS et al, 2014).

Para o Ministério da Saúde, a avaliação de risco gestacional não é simples, o que justifica maior amplitude conceitual para compreensão dos fatores geradores de risco, de forma a não restringir a atenção somente às alterações gineco-obstétricas. Portanto, há indicativo que a compressão do risco deva ser pormenorizada e

individualizada à experiência de cada gestante e feto (BRASIL, 2012). A fim de obter-se uma maior organização, os fatores geradores de risco foram colocados em quatro grandes grupos, sendo eles: fatores sociais, econômicos e/ou demográficos desfavoráveis (MEDEIROS, 2019), como a idade, situação conjugal insegura e a baixa escolaridade; história reprodutiva anterior; intercorrências clínicas e, doença obstétrica na gravidez atual (BRASIL, 2012). Nestas últimas características estão inclusos os fatores orgânicos como a hipertensão arterial e a *diabetes melittus* (RAKHSHAN et al, 2015).

Além das transformações fisiológicas habituais, a gravidez impõe várias mudanças na dinâmica familiar e impactos emocionais. Atividades são revistas, projetos são interrompidos e elaborados, há medo, preocupações, conflitos e anseios (OLIVEIRA; MANDÚ, 2015). Soma-se a esta nova condição, o fato de ser a gestação dada como de alto risco e de maior probabilidade para evolução desfavorável (BRASIL, 2012). Isso pode fragilizar a gestante e sua família, trazer sofrimento psíquico (CALDAS, 2013), sensação de sentir-se desestabilizada e a necessidade de reorganização diante do novo contexto. Além disso, a mulher sente-se vulnerável, com medo dela e/ou do filho morrerem, do nascimento prematuro e da criança nascer com malformações (OLIVEIRA; MANDÚ, 2015).

Sabe-se que essas complicações e mortes que surgem a partir da gravidez, são passíveis de prevenção. Para tanto, é imprescindível o acompanhamento de Pré-Natal ativo do sistema de saúde desde a descoberta da gestação até o puerpério (BRASIL, 2012b). No Brasil, a assistência em saúde materna-infantil é norteadada e organizada a partir do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), da Rede Cegonha e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (SANINE; CASTANHEIRA, 2018). Dessa forma, compete à Atenção Primária à Saúde (APS), a identificação precoce e adequada dos problemas de saúde da gestante e feto. Quando entendida como gestação de maior risco, decorre o encaminhamento da gestante para níveis secundários ou terciários de atenção, que contenham equipamentos mais específicos e equipes multidisciplinares especializadas no cuidado diferenciado que essa gestante pode requerer (BRASIL, 2012b). Nem sempre haverá necessidade de recorrer à tecnologia avançada, além daquela considerada usual no pré-natal de risco habitual (MEDEIROS, 2019). Contudo, a assistência deve ser planejada e contextualizada a partir das

subjetividades e necessidades de cada gestante, a saber: adequação da frequência das consultas, objetivos/expectativas do atendimento e composição da equipe assistencial (BRASIL, 2012). Para além, o intuito da assistência pré-natal à gestação de maior risco é de reduzir agravos ou possíveis consequências adversas a mãe, feto ou RN.

É fundamental ofertar à gestante, acompanhamento singularizado e escuta ativa, considerar aspectos sociais, econômicos, anseios, hábitos (CABRAL, 2018) e necessidades individuais de saúde (MEDEIROS, 2019). Nesse sentido, as emergências obstétricas devem ser consideradas e cuidadas, mas não pormenorizar as demais necessidades trazidas por essa mulher gestante (MEDEIROS, 2019). O compartilhamento de informações entre profissionais de saúde e gestante, contextualizadas e personalizadas, não só contribui para a comunicação entre ambos, mas promove satisfação da necessidade de conhecimento, as empodera e traz autonomia. Para tanto, faz-se necessário conhecê-la melhor, a partir de espaços que promovam relações. Frente ao acolhimento e envolvimento ativo das mesmas em seu processo de gestar, ações direcionadas à diminuição dos riscos e ampliação da saúde são percebidas (HARRIS et al., 2014).

Todavia, diante do encaminhamento ao serviço de referência ao atendimento de gestante de alto risco, esforços devem ser feitos para não fragilizar e interromper o vínculo entre equipe de atenção primária e gestante. Nesse sentido, equipes de atenção primária e secundária, devem por meio de contrarreferência e busca ativa das gestantes pertencentes ao território adscrito, estar informadas acerca da evolução da gravidez e tratamentos realizados. Usar mão de visita domiciliar pela equipe de atenção primária é ferramenta potente para esse acompanhamento (BRASIL, 2012b).

Embora sejam essas as recomendações, há práticas pré-natalistas ainda fortemente influenciadas por um contexto de formação biomedicista (FAVORETO; 2008) com foco na patologia e na assistência curativa, tecnicista e distante da assistência que busca integralidade (FAVORETO; 2008). Diante disso, há questionamentos acerca da incipiência de adequação do conteúdo da assistência prestada às necessidades da gestante (POLGLIANE et. al., 2014). A atenção pré-natal, quando não percebida como um espaço de acolhimento, cuidado e trocas educativas, pode trazer sentimentos de insatisfação e quebra de confiança entre mulher e profissional que a acompanha, com impactos no estabelecimento de vínculo

e até a desistência do pré-natal. Assim como na gestação de risco habitual, o não acolhimento das demandas destas mulheres, demonstra desdobramentos negativos para a parentalidade, vida e saúde. Estudos apontam que vivências que acusam incipiências informacionais sobre o desenvolvimento da gestação, suas causas, consequências e especificidades, deixam a gestante mais exposta aos problemas de ordem emocional e física devido à falta de autoconhecimento sobre seu corpo (OLIVEIRA; MANDU, 2015).

Estudo de Sanine (2019) desenvolvido no município de São Paulo com 689 gestantes de alto risco, apresenta dados e reflexões de uma realidade de atenção aquém do preconizado. Menos de 60% das gestantes do estudo detinham informação sobre o hospital de referência para seu parto, informação crucial para a gestante de risco, poucas sabiam sobre sua condição de saúde, diagnóstico e motivo de encaminhamento para o serviço especializado. Ademais, o estudo traz reflexões acerca do acompanhamento unilateral à gestante, quando há afastamento entre AB e gestante. Os autores fazem recomendações para manutenção estreitada desse vínculo e sugere a VD como estratégia de cuidado e aproximação (SANINE; CASTANHEIRA, 2018).

Quando não há espaço para o diálogo, para expressar sentimentos e dúvidas e para compreensão de seu diagnóstico, sentimentos negativos são potencializados. Quanto menos fortalecida e integrada está sua rede de assistência, mais vulnerável está a mulher, maior seu sofrimento e insegurança. (OLIVEIRA; MANDU, 2015).

Há sinalização que a maior incidência de morbimortalidade na gravidez de alto risco está diretamente relacionada à informação incipiente dadas à gestante (PEDRINI et al., 2017). Há direta relação para desdobramentos deletérios a sua saúde, feto e RN, com complicações na gestação, parto e puerpério, como a mortalidade materna e aumento da mortalidade neonatal, parto prematuro, infecção urinária, hemorragia puerperal e aumento da sífilis congênita. (ANDRADE; CASTRO; SILVA, 2016).

Conforme dito pelo Ministério da Saúde que faz tessitura acerca de adesão ao tratamento:

“É no processo de escuta que os contextos individuais específicos poderão ser apropriados pela equipe, favorecendo a abordagem adequada e resolutiva” (BRASIL, 2008, p. 19).

Com base no exposto, elucida-se a importância de o cuidado em saúde ser espaço de encontro singular entre profissional de saúde/equipe/serviço de saúde e indivíduo, fecundado por necessidades de saúde individuais do sujeito social. Ao encontro destes pressupostos, há políticas públicas para a gestante que sinalizam um modelo de atenção integral com garantias de acesso aos serviços de saúde, planejado a partir das suas necessidades de saúde (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014).

No caso do Brasil, o cuidado pré-natal é ação programática da AP e é reconhecido como potente para prevenir e intervir sobre a morbimortalidade materna e neonatal (LEAL et al, 2016; TOMASI et al, 2017).

O presente estudo intenciona, no contexto de programa de realização de VD pautadas em encontros dialógicos, desvelar as necessidades de gestantes de alto risco, tomando-as como sujeitos históricos e sociais que vivem esse momento do ciclo vital e sob condição adversa de gestação. Especificamente, intenciona debruçar-se sobre a construção de recomendações promotoras para o acolhimento às necessidades das mulheres gestantes de alto risco com práticas que versem integralidade.

Cabe destacar que a VD se justifica por ser ferramenta incorporada na AB e na ESF e potente para possibilitar a aproximação dos profissionais de saúde ao contexto de vida do sujeito, com alcances das suas singularidades e modo de viver a vida (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006). Além disso, acredita-se que sua prática atrelada a um fazer dialógico e orientada para a integralidade, seja potente para subsidiar planejamento e intervenções à medida que as necessidades de saúde são desveladas nos encontros.

A partir disso, questiona-se “Quais são as necessidades de saúde das gestantes de alto risco?”; “Como potencializar sua expressão no cuidado em saúde?”.

2.4. Referencial Teórico: Taxonomia de Necessidades de Saúde proposta por Matsumoto e Cecílio

Em 2001, Norma Fumie Matsumoto propôs, de forma sistematizada, uma taxonomia de Necessidades de Saúde (NS), a partir da orientação de Luiz Carlos Cecílio e dos pressupostos de Eduardo Navarro Stotz, publicados em sua tese de doutorado. A saber:

- a) embora a saúde seja um bem coletivo, que diz respeito a toda a sociedade, a doença tem características individuais. A dimensão social dos fenômenos da saúde é a síntese das exigências, das condições particulares de cada homem ou mulher;
- b) as necessidades de saúde são sempre históricas, dinâmicas e cambiantes;
- c) as necessidades de saúde têm um componente de natureza subjetiva e individual, o que significa admitir, explicitamente, o valor e as implicações decorrentes deste valor: o individual;
- d) necessidade de saúde não é um conceito suscetível de ser defendido nem pelo indivíduo isolado “livre”, abstraído de suas relações sociais, concretas, nem pela “estrutura” social colocada de forma genérica.

(CECÍLIO; MATSUMOTO, 2001, p. 38)

Amplamente baseados na ideia defendida por Stotz, Cecílio e Matsumoto, a proposição de tal taxonomia tem a intenção de torná-la instrumento operacional para organização da assistência em saúde, com a finalidade de servir enquanto pesquisa, fomentar educação em saúde e possibilitar roteiro de avaliação. Nesse sentido, a aposta central dos autores é que seu caráter operacional, fosse potente para viabilizar a compreensão do quanto as necessidades de saúde estão sendo escutadas e atendidas pelos serviços de saúde e, a partir disso, despontar possibilidades de integralização do cuidado em saúde (CECILIO; MATSUMOTO, 2001).

De antemão, não a sistematizaram com a intenção de fazê-la única, ou objeto síntese das demais taxonomias, mas acoplaram regularidades e possíveis complementaridades entre as diferentes abordagens teóricas, na perspectiva de fazer uma cartografia das distintas concepções que tecem sobre necessidades de saúde (CECILIO; MATSUMOTO, 2001).

Abaixo, segue um quadro resumo de como Cecílio e Matsumoto fizeram a propositura da NS, a partir das diferentes abordagens e/ou modelos de atenção vislumbrados:

Necessidades de Saúde	Abordagem de diferentes autores e/ou ‘escolas’ e/ou modelos de atenção
Necessidade de boas condições de vida	<ul style="list-style-type: none"> • No funcionalismo-humanista de San Martin. • Por autores marxistas como Berlinguer (“doença como expressão de forças produtivas que agem sobre a sociedade”), Franco (“a saúde como conjunto de possibilidades de vida”) e mesmo Castellanos (“A reprodução humana implica a reprodução da vida”). • Tais concepções estão operacionalizadas em modelos tecnoassistenciais como “Cidade Saudável” e Sistemas Locais de Saúde (Silos). • Fazem parte do discurso clássico da Saúde Pública e das organizações como Organização Mundial da Saúde (Saúde para todos no ano 2000).
Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida	<ul style="list-style-type: none"> • Temas desenvolvidos nas clássicas taxonomias de saúde desenvolvidas por Bradshaw e Pineault. • Inclui a concepção de ação programática tal e qual apresentada por Dalmaso, Neme e Schraiber. • Inclui a concepção de necessidade individual tal e qual apresentada por Sousa Campos.
Necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação)	<ul style="list-style-type: none"> • Incorpora as ideias difundidas por Sousa Campos e Merhy, no “modelo” Lapa, baseados em uma “recuperação” do vínculo existente na clínica. • Incorpora ideias que têm sido de Saúde da Família trabalhadas no Programa (PSF), tais e quais as elaboradas pelo Ministério da Saúde e adaptadas a várias experiências conduzidas em muitos municípios brasileiros.
Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (construção do sujeito)	<ul style="list-style-type: none"> • Incorpora as ideias defendidas por Merhy e Sousa Campos, com base nas ideias de Canguilhem: “os modos de andar a vida”. • Incorpora ideias do pensamento crítico em Educação em Saúde.

Fonte: Cecílio e Matsumoto (2006).

O primeiro conjunto de conceitos, representado pela categoria “Necessidades de boa condição de vida” se fundamenta principalmente nas contribuições de Stotz (1991). Guarda relações com os fatores ambientais e aos lugares que os indivíduos ocupam na vida social. O estudo de Matsumoto e Cecílio (2001) traz entre outras, duas falas importantes para construção da categoria. Juntas fazem tessitura sobre a pertença e percepção do adoecimento do indivíduo (portanto, ser que solicita cuidados de saúde a partir de necessidades individuais), a condição íntima que esse estado impõe no cumprimento de sua função social. Nesse sentido, ao perceber a doença, movimentos são feitos na tentativa de melhorar sua condição de saúde (CECILIO; MATSUMOTO, 2001).

E exatamente para melhorar a saúde que não se pode aceitar passivamente uma realidade que gera doença” (BERLINGUER, 1988, p. 138).

Sobre doença: “As dificuldades para reprodução da vida na sociedade e, deste modo, as relações de força desfavoráveis e destrutivas para certos grupos e classes sociais” (FRANCO apud STOTZ, 1991, p. 88).

Para mais, possibilitar boas condições de vida intencionam proporcionar à comunidade, melhor qualidade de vida. Desde modo, esforços profissionais e sociais devem ser feitos para contextualizar socialmente a comunidade em prol de reorientar os serviços de saúde para o enfrentamento dos problemas vivenciados por determinada população, enquanto, demandas não programadas podem surgir (CECILIO; MATSUMOTO, 2001).

“Entre comunidade e sociedade existe uma tensão permanente e as clivagens de classe perpassam pela comunidade, surgem inúmeras necessidades induzidas e outras tantas desconhecidas” (SAN MARTIN apud STOTZ, 1991, p. 72).

O segundo pressuposto “Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida”, traz a dicotomia do reconhecimento das necessidades sociais a partir do uso da epidemiologia em contraponto do acolhimento

das necessidades individuais de saúde. Os autores exprimem a defesa de uso das duas ciências, a Clínica e a Epidemiologia, mas que uma não está em supremacia a outra (CECÍLIO; MATSUMOTO, 2001). Neste sentido, “trabalha com a ideia de que o valor de uso que assume cada tecnologia de saúde é sempre definido a partir da necessidade de cada pessoa, em cada singular momento que vive” (Cecílio, 2001, p. 115).

Nas interações entre profissional e paciente, há expressão direta das necessidades de saúde do indivíduo, apresentadas a partir de sua consciência enquanto sujeito social. Campos defende que elas são tão representativas e que nenhum diagnóstico epidemiológico ou Conselho Popular é capaz de representá-las (CECÍLIO; MATSUMOTO, 2001). Para além, as tecnologias aqui postas, não estão somente representadas pelo nível de complexidade em que se dá atenção em saúde, mas se vincula ao acolhimento das necessidades de saúde individuais.

O terceiro aspecto faz referência à “necessidade de ter vínculo com um profissional ou uma equipe de saúde”, pautado na premência de esforços profissionais, da equipe e dos serviços de saúde em estabelecer encontros e relacionamento com o paciente, com espaços de fala, escuta e vinculação emocional (CECÍLIO; MATSUMOTO, 2001). Para Campos “só há vínculo entre dois sujeitos, quando se exige que o paciente assuma a condição de sujeito que fala e julga, sem o que não se estabelecerão relações profissional/paciente adequadas” (CAMPOS apud CECILIO, 1994, p. 53). São elas:

“relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, calorosa: encontro de subjetividades” (CECÍLIO, 2001, p. 115).

São as Unidades de Saúde da Família, os espaços mais potentes para esse pressuposto, a partir de vistas domiciliares, sobretudo na pessoa do profissional Agente Comunitário de Saúde. Cabe destacar que as USF estão geralmente organizadas por territórios, o que facilita a íntima relação com a população adstrita.

O último pressuposto, “Necessidade de autonomia e autocuidado na construção do ‘modo de andar a vida’”, vem ao encontro de um fazer profissional que amplia as possibilidades de autonomia das pessoas e ao desencontro de relações que sustentam a “desinstitucionalização e a desmedicalização” (CECÍLIO; MATSUMOTO,

2001). Assim, para Campos “o objetivo de todo trabalho terapêutico é ampliar a capacidade de autonomia do paciente [para] melhorar seu entendimento do próprio corpo, da sua doença, de suas relações com o meio social e, em consequência, da capacidade de cada um instituir normas que ampliem as possibilidades de sobrevivência e a qualidade de vida” (CAMPOS apud CECILIO, 1994, p. 50). Nesse sentido, Stotz enfatiza que “os educadores [...] dirigem-se a indivíduos que, para enfrentar os seus problemas, devem agir como sujeitos de suas próprias vidas e, para tanto, adquirir consciência da ampla tessitura social na qual estão inseridos” (STOTZ, 1991, p. 19).

A escolha da taxonomia de Necessidades de Saúde de Cecílio e Matsumoto guarda relação com as recomendações de acolhimento às demandas da gestante de alto risco, sobretudo nas questões referentes a autonomia e entendimento do próprio corpo e por sua vez, diagnóstico de saúde. Para Lacerda e Valla (2005, p. 285)

“traduzir as necessidades e demandas – ou seja, dar voz aos sujeitos – pode ser uma das estratégias para se organizar as práticas de integralidade em saúde nos serviços públicos”.

A taxonomia supracitada fez interface com o objetivo desse estudo e foi adotada como referencial teórico para análise dos dados.

Justificativas e Objetivos

3. Justificativas e Objetivos

Desde 1978, em Alma-Ata, a OMS, discute e difunde que a compreensão de saúde é subjetiva e peculiar a cada indivíduo que a define (FURTADO; SZAPIRO, 2012). Sendo assim, o fato de pensar a saúde de maneira mais ampla, reforçou correntes que defendiam a abordagem integral de saúde ao indivíduo e momento favorável para criação de políticas de saúde mais abrangentes. Soma-se a estas, a criação da Política Nacional de Humanização (PNH), com início datado em 2006. A humanização entona a valorização dos sujeitos implicados ao processo de produção de saúde, sendo eles, usuários, trabalhadores e gestores; corresponsabilização dos envolvidos no processo; autonomia e protagonismo dos usuários; participação social no processo de gestão, bem como estabelecimento de vínculos solidários; compromisso com a ambiência, melhorias no atendimento e das condições de trabalho, mudança nos modelos de atenção e gestão e identificação das necessidades sociais de saúde (PNH/MS, 2006). Na PNH, a definição de acolhimento:

“acolhimento traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário”. (PNH/MS, 2006)

O acolhimento da mulher, acompanhante e sua família favorece construção do vínculo de confiança entre usuários e serviços de saúde, além de promover o protagonismo e autonomia dela. Sua captação deve ser precoce e avaliada quanto aos riscos; nesse sentido, a comunicação, VD, atividades educativas e atendimento resolutivo, são fatores que influenciam na percepção da gestante em reconhecer a qualidade da assistência (BRASIL, 2012b). É importante entender suas expectativas, individualizar o cuidado (HumanizaSUS/MS, 2014) e a acolher integralmente, considerando raça, etnia, condição econômica, formação acadêmica, situação conjugal e familiar, trabalho, renda e atividades laborais, situações de vulnerabilidade

como uso de substâncias psicoativas e violências (BRASIL, 2012b). Compreender a mulher gestante significa compreender os diferentes fenômenos que determinam maior ou menor condição de risco à gestação (BRASIL, 2012b) e, portanto, direcionam a assistência.

Apesar das indicativas e da redução significativa da incidência de morte materna nos últimos anos, o Brasil ainda tem regiões com ocorrência de 300 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos (OPAS, 2018). A saber, em 2015, a taxa de mortalidade materna nos países em desenvolvimento foi de 239 por 100 mil nascidos vivos e 12 por 100 mil nascidos vivos em países desenvolvidos (OPAS, 2018). Essa disparidade se acentua entre mulheres com baixas e altas rendas e entre a população rural e a população urbana, com conseqüente reflexo das desigualdades no acesso aos serviços de saúde (OPAS, 2018), presentes enquanto características pessoais dos indivíduos que determinam desvantagem com relação à oportunidade de serem saudáveis (GARCIA, 2012).

Em adição, a morte materna é resultado das complicações ocorridas durante a gestação ou após gestação e parto, sendo a maioria das complicações desenvolvidas durante a gestação, evitáveis e tratáveis. As principais complicações, que representam quase 75% de todas as mortes maternas, são: hipertensão, hemorragias graves, infecções, complicações no parto e abortos inseguros. Demais causas estão relacionadas a doenças como malária e HIV (OPAS, 2018).

Ainda sobre aos desfechos adversos, Demitto et al (2017) tecem em seu estudo, a incidência de óbito neonatal também aumentada entre mulheres com gestação de alto risco. Esta, está representada pelo trabalho de parto prematuro, malformação fetal e gestação múltipla na gestação atual; além de prematuridade, muito baixo peso ao nascer e Índice de Apgar menor que sete no quinto minuto de vida (DEMITTO et al, 2017).

Como estratégia para redução da mortalidade materna, a OMS defende tratamentos mais acessíveis e eficazes, estando entre eles o trabalho com parceiros para:

- Abordar as desigualdades no acesso e qualidade dos serviços de saúde reprodutiva, materna e neonatal;
- Assegurar cobertura de saúde para atenção integral à saúde reprodutiva, materna e neonatal;

- Abordar todas as causas de mortalidade materna, morbidades reprodutivas e maternas e deficiências relacionadas;
- Fortalecer os sistemas de saúde para coletar dados de alta qualidade, a fim de responder às necessidades e prioridades de mulheres e meninas; e
- Garantir a prestação de contas para melhorar a qualidade do atendimento e a equidade.

(OPAS, 2018).

O Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia traz que a falta de informação formal faz com que as gestantes busquem mais por serviços de urgência e maternidade, mesmo para aquelas que são acompanhadas no pré-natal, por não experienciarem acolhimento de suas necessidades de saúde (BRASIL, 2017). Além disso, também representam maiores números de mortalidade e morbidade materna e perinatal que poderiam ser evitáveis (BRASIL, 2012).

Frente ao exposto, esse estudo se justifica pela essencialidade do conhecimento e compreensão das necessidades de saúde da gestante de risco, em um cenário que favoreceu a captação das necessidades de saúde, a partir de uma postura acolhedora. Nesta perspectiva, os encontros para compreensão do fenômeno partiram de uma intenção de cuidado dialógico, voltado para a escuta integral e atenta, com espaço para a mulher falar e expor suas necessidades a partir do seu próprio reconhecimento e no seu domicílio.

Ainda, pressupõe-se que o alcance das necessidades de saúde ilumina e é central ao trabalho de enfermagem e saúde. Neste sentido, o uso de uma taxonomia ampliada de concepção de saúde traz contribuições para desvelar as necessidades de saúde e conduz o profissional a adotar um atitudinal e manejo destas necessidades em suas singularidades. Portanto, objetivo desse estudo é discutir, à luz da Taxonomia de Necessidades de Saúde proposta por Matsumoto e Cecílio, as necessidades de mulheres que gestaram sob alto risco e, propor recomendações para o acolhimento dessas mulheres e suas necessidades.

Metodología

4. Metodologia

O presente estudo caracteriza-se por ser de campo e de abordagem qualitativa. Esta abordagem permite o contato e a exploração de crenças, significados, valores e atitudes dos sujeitos sociais. Adequada quando se intenciona conhecer um determinado fenômeno através dos atores sociais e ao sentido que atribuem às ações sociais e aos objetos (MINAYO, 2014). Este estudo intencionou a compreensão das necessidades de saúde apresentadas por mulheres que estavam gestando sob alto risco participantes de um Programa de Visitação Domiciliar (PVD). Este Programa foi complementar ao Pré-Natal da rede de atenção à gestante de alto risco de um município do interior paulista.

Os achados e discussões que serão apresentados, foram gerados a partir dos documentos de registro dos encontros e diálogos com essas mulheres durante as visitas domiciliares. Os dados obtidos deste núcleo estão organizados e denominados por “Encontros Longitudinais” e advêm especificadamente das gravações das VDs que aconteciam pelo Programa de Visitação Domiciliar e das notas de campo produzidas pelas enfermeiras visitadoras.

A partir dos resultados foi elaborado um infográfico desenvolvido através da ferramenta *Canva*. Nesse, que será apresentado posteriormente, constam recomendações de cuidado aos profissionais em relação ao acolhimento das necessidades de saúde da gestante de alto risco.

No intuito de validar o infográfico elaborado, ele foi apresentado aleatoriamente e individualmente a três participantes deste estudo. Na apresentação, a seguinte colocação foi feita: “Considerando esta imagem, conte-me se estas recomendações contemplam suas necessidades de saúde durante a gestação de alto risco.”; “Você discorda de alguma destas recomendações?”; “Na sua opinião, alguma recomendação deveria ser acrescentada?”.

Trata-se, portanto, de produto síntese que será disponibilizado à rede de atenção em saúde do município sede do Programa de Visitação Domiciliar de onde os documentos deste estudo advêm.

4.1. Local de Estudo, Participantes e Aspectos Éticos

O estudo está articulado a Programa de Visitação Domiciliar (PVD) que foi desenvolvido a partir de serviço especializado localizado em um município situado na região Sudeste, no interior do estado de São Paulo, com população estimada de 251.983 habitantes, dentro de uma área de 1136 km² (IBGE, 2019), com taxa de nascidos vivos de 3.610 (DATASUS, 2019).

Neste município, a AB contava, à época, com 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 21 Unidades de Saúde da Família (USF). Nessas Unidades são realizadas a assistência pré-natal e puerperal de risco habitual do município (SÃO CARLOS, 2019).

Quando a AB do município avalia a gestante com marcadores de riscos obstétricos e concluem que a gestação é de alto risco, se reserva a realização do pré-natal ao ambulatório especializado em gestação de alto risco. Não somente as gestantes deste município são atendidas neste ambulatório, bem como as gestantes advindas das microrregiões de saúde próximas, além de acompanhamento e intervenção neonatal precoce aos bebês que nasceram em condição de alto risco.

Em 2019, foram encaminhadas pela AB ao ambulatório supracitado 338 gestantes. Não há dados sobre quantas destas seguiram pré-natal no ambulatório até o nascimento do filho(a). Mas sabe-se que, deste número, houve gestantes que foram contra referenciadas à AB quando percebidas como gestantes de risco habitual.

O PVD supracitado, o qual a autora deste estudo integrou enquanto enfermeira visitadora, foi apresentado e aprovado na Secretaria Municipal de Saúde a fim de obter autorização para a execução da pesquisa ao qual ele se insere (Apêndice A). A captação da gestante ao Programa foi regulada a partir de sua inclusão no atendimento especializado, momento em que foram indicadas pelas enfermeiras do ambulatório de alto risco a nós, enfermeiras visitadoras. Após a indicação, foram convidadas a integrarem o Programa, momento em que foi explicado a elas a intenção de realizar acompanhamento de pré-natal durante sua gestação até o primeiro mês do filho(a) a partir de VD e estar o processo vinculado a estudos.

Diante do interesse da gestante em receber as VD, pactuou-se horário e dia para a primeira visita domiciliar. A primeira VD se destinou principalmente à rerepresentação da proposta de intervenção e dos estudos, para consentimento livre e esclarecido a ambos. Diante da confirmação do aceite, o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) foi lido e assinado, ficando uma via com a participante.

Além da aprovação da Secretaria Municipal de Saúde do município, todas as recomendações éticas estabelecidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012c) e 510/2016 (BRASIL, 2016) foram seguidas. Posterior à aprovação da Secretaria Municipal de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos, cujo parecer foi favorável, registrado sob nº 2.467.733 e CAAE 81715317.7.0000.5504 em janeiro de 2018 (Anexo).

Além disso, o estudo assumiu compromisso com o sigilo e privacidade dos dados, preservando o anonimato dos participantes.

4.2. Visitando as gestantes de alto risco do Programa de Visitação Domiciliar

As visitas foram realizadas no domicílio da gestante, por duas enfermeiras visitadoras, com frequência quinzenal e duração aproximada de sessenta minutos por sessão, com extensão da data de captação da gestante até o primeiro mês de vida do filho. Geralmente as enfermeiras eram convidadas pelas gestantes para sentar-se na sala ou na cozinha da casa. Foi comum o aparecimento de familiares durante as visitas com desejo expresso de fazerem parte destes encontros.

Todos os encontros foram gravados com anuência da gestante e os diálogos transcritos na íntegra. Além disso, notas de campo foram produzidas pelas enfermeiras visitadoras. Este material compôs o banco de dados da intervenção do estudo.

No intuito de nortear as VDs e com base nas necessidades de saúde das gestantes de alto risco e suas famílias, foram estabelecidos cinco eixos temáticos direcionadores do Programa de VD, conforme exposto na figura a seguir:

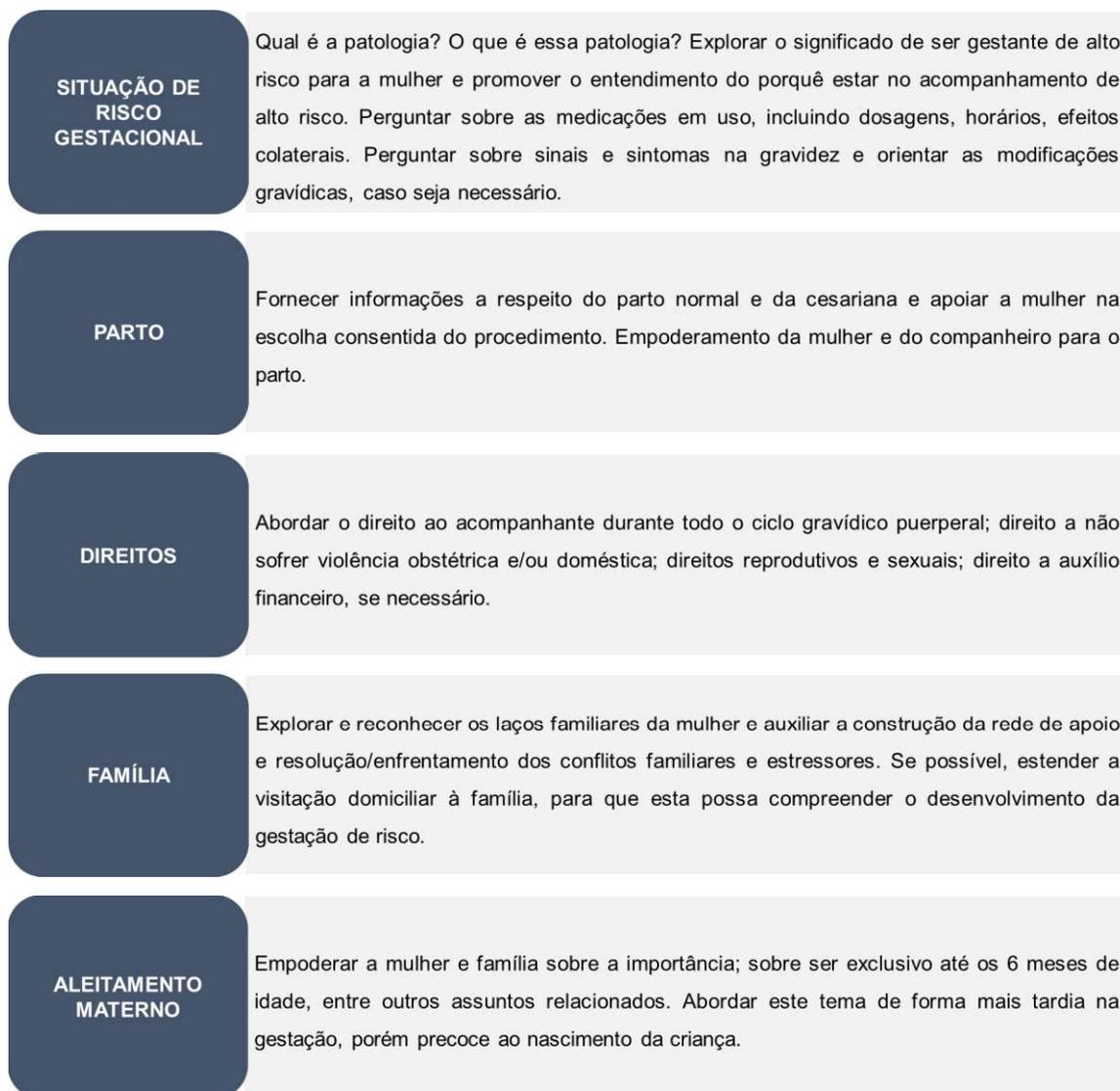


Figura 1: Eixos temáticos norteadores para o Programa de Visitação Domiciliar.

Cabe destacar, que os eixos apresentados foram utilizados como norteadores para as visitas, uma vez que são temáticas comuns ao vivenciado na gestação e, portanto, importantes para a gestante e sua família. Contudo, a abordagem e o plano de cuidados para a mulher gestante de alto risco foram continuamente replanejados para atender individualmente as necessidades de saúde de cada gestante, de forma alinhada ao conceito de integralidade.

No decorrer das visitas, esforços eram feitos pelas enfermeiras visitadoras para identificar e acolher as necessidades individuais da gestante e sua família à medida que sinalizaram com pedidos de direto, como “Eu gostaria que conversássemos sobre determinado assunto no nosso próximo encontro” ou quando

percebeu-se premência de intervenção. Nesse sentido, houve prospecção da promoção ao autocuidado, articulação com a rede de atenção e educação em saúde a fim de alcançar integralidade e resolutividade às suas necessidades de saúde.

Para fundamentação e apropriação das enfermeiras visitadoras com o fenômeno de gestar em alto risco, ocorreram:

- Formação teórica das enfermeiras visitadoras;
- Discussões Clínicas no Grupo de Pesquisa do qual as enfermeiras visitadoras fazem parte, este interdisciplinar, composto por enfermeira, enfermeira-obstetiz, assistente social, terapeuta ocupacional e psicóloga;
- Análises do projeto-piloto com três gestantes de alto risco, realizado pela doutoranda do Programa de Visitação Domiciliar.

Abaixo, quadro de caracterização das enfermeiras visitadoras:

	Enfermeira Visitadora 1	Enfermeira Visitadora 2
Idade	30 anos	29 anos
Estado Conjugal	Casada	Solteira
Ano de formado (anos)	6 anos	6 anos
Mestrado, título do estudo e tipo do estudo desenvolvido	Cuidado desenvolvimental da teoria à prática do enfermeiro em unidade neonatal. Estudo qualitativo, exploratório e descritivo, 2017.	Enfermagem e gestantes de alto risco hospitalizadas: desafios para integralidade do cuidado. Estudo qualitativo, exploratório e descritivo, 2018.
Início do Doutoramento	2017	2018
Áreas de Atuação	UTIN, Educação para Nível Técnico.	Enfermaria Adulto, Unidade de Pronto Atendimento.

Quadro 1: Quadro caracterizador das enfermeiras visitadoras.

4.3. Encontros Longitudinais

Os dados empíricos que compõe a etapa “Encontros Longitudinais”, foram gerados a partir dos documentos das VDs e analisados conforme os preceitos da pesquisa documental. Sendo assim, foram documentos de análise: as transcrições das visitas domiciliares que aconteceram quinzenalmente e as notas de campo das enfermeiras visitadoras acerca dos encontros realizados. Visou-se a exploração de dados que revelaram necessidades de saúde ditos e expressados pelas gestantes de alto risco participantes do estudo durante as visitas domiciliares e guiados a partir da taxonomia de Cecílio e Matsumoto (CECILIO; MATSUMOTO, 2001). Da extração dessas falas e enxertos, fez-se análise e interpretação à luz dos referenciais elencados no estudo. A seguir, é apresentado o delineamento metodológico detalhado.

4.4. Delineamento metodológico: Pesquisa Documental e Análise de Conteúdo Temática de Bardin

A pesquisa qualitativa permite que o pesquisador percorra caminhos diversos e variados para obtenção de dados, a depender do objetivo que se pretenda atingir. Os instrumentos utilizados geralmente são questionários, entrevistas, observação, grupos focais e documentos (GODOY, 1995). Quando há análise de documentos, temos a pesquisa documental. Ela é caracterizada como busca de informações em documentos originais que ainda não receberam nenhum tratamento analítico (OLIVEIRA, 2007), ou seja, que não foram analisados ou sistematizados (GODOY, 1995). Diferentemente da pesquisa bibliográfica, a pesquisa documental denomina-se de fontes sem tratamento analítico, enquanto a primeira utiliza de fontes secundárias, ou seja, já analisada e publicada (MARCONI; LAKATOS, 2007). O objetivo da pesquisa documental é extrair informações neles contidas, para compreensão de um fenômeno (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015). A escolha dos documentos deve estar atrelada aos objetivos do estudo. Não é aleatória e dependerá do problema a que se busca respostas (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015).

A partir da etimologia da palavra documento, “*documentum*”, encontra-se o significado “aquilo que ensina, que serve de exemplo” (RONDINELLI, 2011). Para

Lüdke e André (1986) e Oliveira (2007), documentos são materiais escritos que podem ser utilizados como fonte de informação, como normas, cartas, pareceres, leis, regulamentos, diários pessoais, jornais, revistas, discursos, memorandos, entre outros. Os documentos devem ser entendidos como meios de comunicação, uma vez que foram elaborados com algum propósito e finalidade (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015).

Além disso, a análise de documentos caracteriza-se por considerar estes, como fontes não reativas, ou seja, as informações neles contidas permanecem as mesmas independente do tempo. São fontes que carregam informações contextualizadas a um dado momento histórico, econômico e social de vida, isentos de alteração no comportamento dos sujeitos sob investigação, mas que garantem a possibilidade de identificar tendências no comportamento de um fenômeno (GODOY, 1995).

Nesse estudo, foram documentos as transcrições das visitas domiciliares realizadas com gestante de alto risco no ambiente domiciliar e as notas de campo das enfermeiras visitadoras. Para a compreensão dos dados obtidos, optou-se pela análise de conteúdo na modalidade temática proposta por Bardin. Minayo (2014) afirma que tal estratégia possibilita a sistematização e descrição dos dados coletados para além do nível do senso comum e do subjetivismo, sob uma vigilância crítica do comunicado, seja em documentos, seja em textos literários, entrevistas dentre outros.

A análise de conteúdo temática “[...] comporta um feixe de relação e pode ser graficamente representada por meio de uma palavra, uma frase, um resumo.” (MINAYO, 2008, p. 315). O processo analítico está estruturado em três etapas:

(1) pré-análise: etapa na qual se desenvolve leitura flutuante do conjunto de material (no caso, derivado das transcrições do áudio das visitas domiciliares e das notas de campo das enfermeiras visitadoras), com vistas a prover interação com o conteúdo ali manifesto, já ponderando relações com o foco em exploração e os elementos categoriais que se evidenciam como presentes;

(2) exploração do material ou codificação: momento no qual se busca o estabelecimento das categorias, entendidas como expressões ou palavras significativas tradutoras do conteúdo presente no material empírico e que se processa a partir da classificação e agregação dos dados. Ou seja, buscou-se encontrar termos ou palavras significativas que viabilizassem a organização do material empírico em

termos de conteúdo revelado, sempre atenta ao ponto de vista dos atores sociais, sua realidade e ao fenômeno colocado em apreensão;

(3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nessa etapa ocorrem inferências e interpretações no intuito de inter-relacionar os achados das fases anteriores com o quadro teórico desenhado (BARDIN, 2010).

Portanto, os procedimentos analíticos envolveram a leitura minuciosa dos documentos relativos à transcrição integral das visitas domiciliares e das notas de campo, identificação e separação de blocos textuais (unidades temáticas) articuladas ao fenômeno estudado e nomeação e interpretação dos blocos textuais, com identificação de temáticas centrais neles presentes.

Com vistas a esclarecer o processo analítico, no quadro 2 foi apresentado uma síntese da construção da primeira unidade temática que integra este estudo. O mesmo processo foi desenvolvido para as demais unidades temáticas.

Categoria	Núcleo de conteúdo temático	Exemplos de excerto
Gestação de alto risco: elaborar a condição de risco	Descoberta da gestação, assimilação e sentimentos	<p><i>Fiz o teste de gravidez no posto e na hora deu positivo. Eu assustei. Eu não queria, sabe? Demorou para eu aceitar.</i></p> <p><i>Apesar de tudo, é uma gravidez que eu não esperava mesmo, sabe? Eu achava que nem iria mais engravidar.</i></p>
	Implicações e arranjos diante da descoberta da gestação	<p><i>Eu falei “não, eu não quero! Eu vou abortar e pronto.” Aí eu falei “gente se eu passar em uma clínica e falar desse problema que eu tenho, de pegar uma infecção e acabar acontecendo alguma coisa, sabe?”. No mesmo dia que eu pensei isso já começou, e eu falei “Não! O que que eu faço?”. Ele falou: “não, você não vai fazer nada, a gente vai ter essa criança, eu opero, aí você pode operar também, e a gente continua se prevenindo do jeito que a gente estava fazendo. Nenhum dos dois mais, vai correr o risco.”</i></p> <p><i>Não era para eu estar grávida, porque eu tenho um cisto no fígado e eu estava</i></p>

<p>Gestação de alto risco: elaborar a condição de risco</p>	<p>Implicações e arranjos diante da descoberta da gestação</p>	<p><i>fazendo todos os exames para operar. Agora adiou por causa da gestação. Acho que quando chegar a hora eu vou ter que fazer tudo de novo.</i></p>
	<p>Garantia de acesso e efetivação do Planejamento da Saúde Sexual e Reprodutiva</p>	<p><i>No meu caso eu tenho 42 anos, eu não quero ter mais filhos. Na verdade, eu não posso ter mais filhos. [...] Eu posso fazer a laqueadura? Porque a médica do Alto Risco disse que já não estava mais em tempo. Mas ela falou que eu tinha que pedir no meu Posto de Saúde. Ela disse que tinha que ter aberto o procedimento.</i></p> <p><i>Por isso eu quero fazer laqueadura. [...] Eu quero fazer, eu quero. Eu preciso. E eu quero que seja feito em mim, eu preciso saber que eu não vou engravidar mais.</i></p>
	<p>Descoberta e assimilação do diagnóstico de alto risco gestacional</p>	<p><i>Eu assustei né, porque a gente não conhece, não conhecia, como na outra tinha sido tudo em ordem, aí depois vem o médico e fala isso né, mas aí depois eu fui</i></p>

Gestação de alto risco: elaborar a condição de risco	Descoberta e assimilação do diagnóstico de alto risco gestacional	<p><i>atrás, ela me explicou certinho, minha madrinha veio aqui em casa e me explicou certinho e acabou a dúvida.</i></p> <p><i>Então, na hora que falaram que eu estava com diabetes e que eu teria que ter acompanhamento no alto risco, eu entrei em desespero e comecei a chorar porque eu nunca tive isso daí né, diabetes.</i></p>
	Encaminhamento ao serviço especializado e acesso à tecnologia de cuidado	<p><i>Aí eu continuo passando com ele e estou indo lá no alto risco né, para ter um controle melhor. Aí quer dizer, eu fico de 15 em 15 dias indo ao médico, passo lá e depois eu passo aqui.</i></p> <p><i>O que mais me explicou foi o médico do ultrassom. Quando eu perguntei o que era centralização. Porque eu fiquei com essa coisa da centralização, o que poderia estar acontecendo. Aí ele disse que fica um desvio da corrente sanguínea que fica localizada só num lugar.</i></p>
	Mudanças de hábitos para melhorar a condição de saúde	<p><i>Eu estou fazendo a pressão e a diabetes. Inclusive a diabetes até está melhor, porque a doutora pediu para</i></p>

<p>Gestação de alto risco: elaborar a condição de risco</p>	<p>Mudanças de hábitos para melhorar a condição de saúde</p>	<p><i>eu perder peso. Eu até emagreci. Já perdi 3 quilos, a caminhada eu faço só a noite. E no dia em que não caminho, eu controlo mais a alimentação. Inclusive a pressão começou a subir, 14x9, eu não estava inchada, mas meu pé começou a inchar e começou a doer.</i></p>
---	--	--

Quadro 2: Síntese do processo analítico.

Resultados e Discussão

5. Resultados e Discussão

Os documentos analisados para este estudo são os relativos ao banco de dados da visitação a dezessete mulheres com gestação de alto risco, também participantes do PVD supracitado. Cabe ressaltar que todas estavam realizando pré-natal no serviço especializado em gestação de alto risco do município, sendo que duas delas também tinham acesso ao serviço privado. Todas as gestantes, assim que captadas, foram visitadas quinzenalmente pela mesma enfermeira visitadora, em seu domicílio e até um mês após o parto. Todas as gestantes tinham relação conjugal com o pai da criança e nenhuma delas passou por situação de óbito do filho(a) na atual gestação. Ao todo, cento e trinta visitas foram realizadas, uma média de 8 para cada mulher, com tempo médio de 1 hora por visita.

Para preservar o anonimato das participantes e visando o sigilo, elas foram identificadas com nomes de rochas.

	Idade	Nível de Escolaridade	Atividade Laboral	Diagnóstico	Histórico Obstétrico
Safira	38	Ensino Técnico Completo	Doméstica	Hipertensão Arterial Crônica	G3, A1, PC2
Cristal	44	Ensino Médio Completo	Do lar	Má Formação Fetal	G3, A0, PN2, PC1
Jade	24	Ensino Fundamental Completo	Do lar	Epilepsia	G2, A1, PN1
Hematita	34	Ensino Médio Completo	Do lar	Hipertensão Gestacional, Diabetes Mellitus Gestacional	G4, A0, PN2, PC2
Ametista	38	Ensino Médio Incompleto	Do lar	Hipertensão Arterial; Aloimunização; Trombose	G3, A0, PC3
Quartzo	31	Ensino Superior Incompleto	Do lar	Hipertensão Gestacional	G2, A0, PC2
Ágata	35	Ensino Médio Incompleto	Do lar	Hipertensão Arterial Crônica	G4, A0, PN4
Rubi	42	Ensino Médio Completo	Balconista	Hipertensão Gestacional	G1, A0, PN1
Esmeralda	32	Ensino Médio Incompleto	Manicure e Cabelereira	Hipertensão Gestacional, Óbito Fetal Anterior	G3, A0, PN1, PC2
Diamante	20	Ensino Fundamental Incompleto	Do lar	Má formação fetal	G2, A1, PC1
Turmalina	29	Ensino Fundamental Incompleto	Do lar	Hepatite C	G2, A0, PC2
Ônix	23	Ensino Superior Completo	Auxiliar Administrativo	Hipertensão Gestacional	G2, A0, PC2
Citrino	28	Ensino Médio Completo	Do lar	Diabetes Mellitus Gestacional	G3, A0, PC3
Abalone	30	Ensino Médio Completo	Do lar	Retrovírose	G4, A0, PN2, PC2
Malaquita	42	Pós-Graduação	Doutoranda	Hipertensão Crônica	G3, A0, PC3
Opala	28	Ensino Médio Completo	Do lar	Hipertensão Gestacional	G3, A1, PN1
Pirita	28	Ensino Técnico Completo	Empresária	Placenta Prévia	G1, A0, PC1

Quadro 3: Quadro caracterizador das participantes do estudo.

Para melhor descrição das participantes, deixo enxertos das primeiras visitas domiciliares, momento em que elas se apresentaram de forma livre para as visitadoras, quando feita a seguinte colocação “me conte um pouco sobre você e sobre estar fazendo acompanhamento para gestação de alto risco”:

Safira

Eu sou a Safira. Mãe de segundo filho agora com 38 anos. Essa gravidez não foi planejada, mas eu queria a partir de dois anos. Quando a minha neném tivesse dois anos. Mas já que veio, é bem-vindo. Eu queria depois de 2019 planejar mais um filho. Eu acho que um filho só não é bom. Eu não gostaria de ter sido filho único. Então para ela ser filha única acho que não era meu desejo. Pelo menos um casal ou duas meninas, o que viesse. Mas que fosse dois, dois irmãos. Ela tem mais irmãos, mas de outro casamento do pai dela, então de pai e mãe é só eles dois mesmo. Então veio, é bem-vindo. Está aqui desenvolvendo um fruto bem-vindo (e acaricia a barriga). [...] Eu vou no alto risco porque a “PA” que ainda está subindo, a pressão que está subindo.

Cristal

São três gestações, né? Eu tenho uma filha de 24 anos, tudo foi bem [...] É uma gravidez de risco, a gente não sabe exatamente o que vai acontecer depois que ela nascer, né? Mas ele está bem, eu vejo que ele (marido) está bem mais ansioso porque ele fala que não vê a hora de ver a carinha dela e ele me acompanha em todas as consultas, não deixa de ir em nada, todos os exames, nada! Tudo tudo...mas assim, eu tenho bastante apoio dele, a família dele assim, apoia, mas a gente vê muito pouco, são vidas diferentes.

Jade

Essa não é a primeira gestação, é a segunda. A primeira eu tive um aborto com 6 semanas, mais ou menos isso e...aí tinha passado um período assim de um ano, um ano e meio, eu já tinha desistido da ideia de ser mãe porque o médico falou pra mim que não ia dar certo, ele falou pra mim esse negócio de ser mãe, melhor você desistir...aí agora eu casei né, daí a gente estava junto, ele já tem um filho do primeiro casamento, aí eu falei pra ele que eu não tinha vontade mais de ser mãe, eu tinha passado por um aborto já e eu tinha ficado traumatizada, mas no fim acabou acontecendo, não foi planejado, acabou acontecendo e eu fiquei bem preocupada os primeiros meses, eu achava que não iria dar certo, mas aí passou um mês, dois, três e aí eu fiquei mais sossegada. Eu não tive nenhuma crise, nem com a troca da medicação não tive nenhuma crise (se referindo à epilepsia).

Hematita

Eu tenho três filhos e nas outras eu não tive nada. Mas nessa eu tive hipertensão e diabetes. Só agora. Eu tenho uma menina de 14, foi parto normal, eu tinha 18 anos. E eu tenho um menino de oito, foi cesárea porque ele sentou. E eu tenho uma menina de 1 ano e 1 mês que também foi parto normal. Também não tive nada.

Ametista

Então, eu tenho 38 anos, é uma gravidez na qual eu não esperava, mas devido alguns problemas de saúde e a idade também, né? Fiquei grávida depois de 10 anos, devido uma cirurgia que eu fiz faz quase 6 anos. Como tive trombose na perna direita, eu não posso tomar anticoncepcional. Aí casei novamente, faz 10 meses que eu casei, com 3 meses de casada, eu engravidei novamente. Apesar de tudo, é uma gravidez que eu não esperava mesmo, sabe?! Eu achava que nem iria mais engravidar.

Quartzo

É a minha segunda gestação, depois de 8 anos. Eu estava tratando de um cisto, então não foi uma coisa muito planejada e nem muito no susto né, porque eu estava tratando. A hipertensão começou desde o começo da gravidez, eu não tinha antes. Eu sempre fui anêmica. Do meu primeiro filho, eu fui para o alto risco no final porque a anemia estava muito alterada, mas a pressão alta foi agora, nesse. Eu nunca tive problema de pressão.

Ágata

Então, não é a primeira gravidez, é a quarta, porque eu tenho filhos de 18, 15 e 12 anos. Mas assim, fui casada durante 15 anos e agora depois de 10 anos eu me casei de novo. Me separei do meu marido e depois de 10 anos me juntei de novo [com outro companheiro]. Do meu marido é o primeiro filho e agora estou na quarta gestação. Não tinha problema nenhum, nas outras gestações foi tudo normal, graças a Deus, só essa que está sendo meio complicadinha. Eu já tinha a pressão alta, quando eu entrei no serviço em que eu estava eu adquiri lá porque eu passava muito nervosa e tal e comecei lá.

Rubi

Eu já queria engravidar, então eu tinha feito uns três meses antes todos os exames e o médico me assustou muito. Disse que eu precisava emagrecer, que tinha o diabetes. Minha tireoide também deu alterada. Aí eu engravidei. Nesse meio tempo minha pressão estava alta. Aí a Doutora que estava lá, já me encaminhou para o alto risco, foi perto da primeira consulta de pré-natal. O Doutor do posto voltou das férias e disse que estava normal, para parar com todos os remédios. Aí eu fiquei louca.

Esmeralda

Eu tenho 32 anos, estou com 15 semanas e 5 dias, não sei quanto tempo é em meses. Não sei o que muito o que falar dessa gestação,

me pegou de surpresa, fiquei assustada e apavorada. Já era hipertensa, porque eu tive um transtorno de ansiedade generalizado e esse transtorno me deixava com a pressão alta e não tem cura, né?

Diamante

Com 17 semanas eu fui para o alto risco e a gente pagou um ultrassom para saber o sexo do bebê. Aí viu que ele tinha um buraquinho na coluna e o pé torto. Eles falaram que está tudo com problema, que até a placenta formou errado. Que não é só o bebê, é tudo.

Turmalina

Eu, eu sou a (fala o próprio nome), moro aqui com meu moleque de oito anos, ele estuda, meu marido, nós quatro, vamos supor, nós quatro né? [...] Eu vi no exame dessa gravidez que eu tinha hepatite C. Aí eu vi no exame de gravidez que eu fiz. Do (nome do primeiro filho) eu não tinha nada.

Ónix

Eu tenho uma filha, ela tem cinco anos, foi parto cesárea porque eu não tive dilatação e não tinha o que fazer mesmo e ela acabou estourando a bolsa. Eu tive que fazer a cesárea. Essa gestação foi planejada, na verdade eu comecei a passar lá no alto risco quando eu passei com o clínico e ele observou que minha pressão estava querendo subir e ele fez um acompanhamento semanal e viu que estava realmente subindo e começou com medicamento. Aí ele achou melhor transferir lá para o alto risco, porque lá são mais especializados nessas questões. Mas da gestação está tudo em ordem, eu passo bem, não passo mal, nada, tomo os remédios.

Citrino

Então, estou na terceira gestação, eu tive cesárea nos dois primeiros. Foi uma gestação normal, tranquila, não tive esse problema de diabetes. Eu passava com o doutor e aí ele pediu um exame e deu diabetes, aquela diabetes da gravidez que dá. Deu esse resultado então, e aí ele me mandou para o alto risco, então comecei a fazer acompanhamento lá até o neném nascer.

Abalone

Eu tenho 30, aí, 30 anos. Aí tipo, ele tem 37, meu marido, mas nenhum dos dois queria ter filho, porque ele tem duas meninas e eu já tenho três crianças de outro relacionamento. Aí o pai da minha segunda, ele tinha, era portador do HIV e não falou para mim, ela tem 11 anos. Aí ele não contou, fiquei sabendo um mês antes de ganhar ela. Nossa eu entrei em pânico. Nessa gravidez eu, eu entrei em pânico. Eu falei: não, não quero, não quero, não quero. Aí minha mãe, não você não

vai fazer nenhuma, nenhuma burrice, porque abortar é crime, vai que acontece alguma coisa, você vai... aí eu falei não, mãe mas é uma criança, não... você já tem três, arruma mais um e já pronto! Sua filha de 15 a outra de 10 vai te ajudar a cuidar, aí eu falei: mãe não, meu filho está com oito anos agora, acha, ele já vai fazer nove anos eu já estou sossegada, não. Aí ele estava, ele (marido atual) falou que nunca eu ia cometer nenhum erro, que a gente ia casar, que a gente ia ficar juntos e aqui estamos.

Malaquita

Eu sou estrangeira, estou na terceira gestação, meu primeiro filho tem seis anos e o segundo filho tem quatro anos. A primeira gestação foi com tratamento, eu não conseguia ter filho. E a segunda foi de surpresa. Eu tomava medicamento. Agora nessa não, eu não estava tomando nada. Eu estou no alto risco porque estou hipertensa. Sou, fui, não sei.

Opala

Então, eu tenho 28 anos, vim da Bahia já tem quatro anos. Que mais? Meu primeiro emprego, meu primeiro não né, meu primeiro emprego aqui foi na casa de uma família, fiquei por 2 anos, aí eu saí e depois eu entrei nesse outro, esse sistema rotativo de estacionamento né, depois eu engravidei, eu não queria mais engravidar e não tinha mais expectativa de engravidar. Então eu não queria mais, minha filha tem 9 anos, eu não queria mais filho né, na verdade a gente não planeja mais filho, né? [...] Aí depois eu fui na UPA, na UPA eu falei para o médico e aí o médico falou 'você está com suspeita de gravidez'. Eles não me atenderam por lá, me mandaram para o posto de saúde e o posto pediu todos os exames, eu fiz e deu positivo. Aí desse positivo aí que a menina já me falou que deu diabetes gestacional, aí eu já fiquei assim, eu já estava surpresa por estar grávida, mas aí de baque já vem isso em cima. Ela me falou as coisas que poderiam acontecer, os cuidados que eu tinha que tomar, então isso já me deixou abalada. Emocionalmente eu fiquei muito abalada, eu falei 'ai Meu Deus do céu', eu já nem queria essa gravidez e agora já vem esse bebê e já está assim desse jeito, sabe aquele medo?!

Pirita

Então, eu tenho 28 anos e eu queria muito engravidar. Eu não fazia nada para prevenir gravidez com meu marido, sabe? Mas nunca engravidei. Então esse ano eu fui em um médico para ele me ajudar nisso. Aí eu fiz os exames e quando estava chegando perto de voltar eu percebi que minha menstruação estava atrasada. Fiz o teste e deu positivo. Então não precisei de tratamento nenhum. E foi tudo bem até aí. Mas aí com quase trinta semanas eu tive um sangramento e precisei ir para a Maternidade. Aí que eu descobri que tinha placenta prévia.

Conforme descrito, os enxertos apresentados foram retirados da transcrição da primeira visita domiciliar às gestantes, momento que foi reservado para apresentação do estudo e da enfermeira visitadora, bem como para conhecê-las. Embora dados caracterizadores tenham sido coletados *a posteriori*, foi inicialmente solicitado que fizessem uma breve apresentação de si e de seu acompanhamento no serviço especializado em gestação de alto, dando a elas liberdade para contar o que sentissem vontade de expressar. Este momento foi oportuno para entender como elas estavam se enxergando no atual contexto. A princípio trouxeram falas tímidas, apresentando-se a partir dos papéis sociais que reconhecem desempenhar, sobretudo o de mãe. As apresentações guardam certa similaridade, uma vez que foi recorrente a escolha dos mesmos tópicos apresentados entre elas, como números de gestações anteriores e filhos vivos, idade dos filhos, experiências obstétricas e tipos de parto, além dos sentimentos em relação à nova gestação.

À medida que iam sendo questionadas e estimuladas a dialogar, foram inicialmente compreendendo que a VD teria como intuito a promoção de um espaço de confiança, troca e diálogo com elas, além de acolhimento de suas necessidades. Houve surpresa e dissonância com o que a maioria delas tinha inicialmente prospectado quando convidadas a integrarem o PVD. Justificaram ter interesse de participação pela possibilidade de ter um profissional de saúde mais próximo delas e em domicílio, com oportunidade para espaço de fala para ela e para o companheiro e com menos entraves no quesito tempo.

Se houver um acompanhamento domiciliar para todas as mulheres que são de alto risco, seria ótimo, porque é o que falta. Porque lá [ambulatório] é exames, né, exames e laboratório. Acho que tudo o que for para acrescentar na minha gestação está ótimo, um espaço para poder falar, contar minhas coisas. (Safira)

E fico super feliz em pensar que talvez isso possa ajudar para um dia ter no sistema público, essas visitas domiciliares, que a gente vê que é super necessário, é direito, orientação é direito. (Quartzo)

[...] eu fiquei bem, bem assustada com o alto risco, com o atendimento de lá. Então, assim, eu fui, vi que a consulta era rapidinha, aí, falei: "Nossa, será que não tem outro acompanhamento?". Aí, a enfermeira visitadora ligou e eu falei: "Ai! Foi Deus!" (Rubi)

Porque eu achei uma coisa, assim, diferente, de vir uma enfermeira aqui em casa para conversar, saber como que, como que é, porque tipo, nunca ninguém se interessou. (Hematita)

Nota-se que durante as apresentações elas reduzem sua existência a um período temporal: o da gestação. As colocações estão principalmente ancoradas nas vivências ginecológicas e obstétricas, poucas são as menções de dados que descrevem a si nas outras experiências da vida. Contudo, à medida que falavam mostraram satisfação pela possibilidade de fazê-lo.

Isso se justifica pois, culturalmente, ainda se faz presente um modelo assistencial reducionista, com relações truncadas e de pouca consideração para além das demandas biológicas, somado à desconsideração do contexto social, familiar e cultural em que está inserido o indivíduo. A figura da enfermeira visitadora foi previamente entendida como aquele profissional que assiste determinada parte do corpo físico, em momento específico do ciclo vital. Essa cultura impõe à mulher que contar de si, precisa ser feito de forma a corresponder às expectativas do profissional de saúde, não as delas. Neste padrão, pensam a princípio que precisam ser práticas e objetivas e, para se desvincular deste modelo assistencial previamente concebido, foram precisos esforços para mostrar outras possibilidades e que o espaço seria para um fazer cuidado que integrasse e que oportunizasse o reconhecimento do ser a cada experiência de encontro.

Foi com tempo, dando espaço para fala e com demonstração de interesse na história delas que as apresentações e diálogos foram tomando concretude, passaram a compartilhar sentimentos e angústias e, foi nas entrelinhas que a subjetividade de cada uma a partir de uma historicidade que é única de quem vive, foi emergindo. A necessidade aqui está posta na dificuldade que a mulher encontra para se apresentar e ser reconhecida em sua totalidade. Dado isto: “Como está sendo pensado o ingresso e acolhimento dessa mulher no pré-natal?”; “Os encontros com profissionais de saúde viabilizam espaço para conhecê-la?”; “Favorecem olhar ampliado?”; “Abarcam sua historicidade?”.

Visto que esta apresentação se deu no início da gestação, estavam cientes do diagnóstico de alto risco gestacional e de ser preciso acompanhamento diferenciado, mas as necessidades delas ainda não estavam no manejo da patologia, mas principalmente centrados na elaboração e aceitação de ser gestante de alto risco.

Viver pela segunda vez a gestação de alto risco foi algo dito, mas incisivamente destacado para aquelas que viviam pela primeira vez. Sendo assim, o resgate de sua historicidade foi movimento feito por elas para endossar sua necessidade de assimilar que vive uma gestação diferenciada do habitual.

O eixo central esteve na percepção delas diante da recente descoberta da gestação e de ser de alto risco, mas sobretudo pelo fato de não ser uma gestação planejada, contexto comum à maior parte dessas mulheres. Situação interpelada pelas múltiplas gestações anteriores, pela necessidade de adaptar-se a um cenário que era estável, principalmente quando os filhos já estão mais velhos e guardam estabilidade e independência, por estarem em um relacionamento novo e/ou ser o anterior disfuncional, pela idade avançada e pelas dificuldades de saúde, fossem elas pré-existentes ou não. Ou seja, as apresentações são construídas a partir de um resgate de sua história, com elementos que se voltam para sua relação com a maternidade e com a incipiência de planejamento para a nova gestação. Quando se apresentam, o fazem de modo a mostrar a necessidade de aceitar o novo filho(a), por vezes não desejado, não planejado, em um momento de vida e condição de saúde não favorável. A necessidade parece ser a mesma: assimilar e aceitar a nova gestação.

Para além disso, as falas tocam numa trajetória de vida construída sem planejamento reprodutivo, com descompasso entre o número de filhos planejados e o número de filhos nascidos, situação que impõe para a maioria menor grau de escolaridade, rendimento e oportunidades. Garantir acesso ao direito reprodutivo é preciso e clamado por estas mulheres enquanto necessidade, com oportunidades para educação em saúde de qualidade, que não só as empoderem, mas potencializem a autonomia delas para tomadas de decisões e escolhas de vida que levem à melhora na qualidade de vida. Diante da necessidade exposta, como estão sendo assegurados os direitos reprodutivos da mulher?

Algumas mulheres introduziram nas apresentações, os atritos com profissionais de saúde, principalmente aqueles que repercutiram na gestação. As falas parecem expressar a necessidade de ser a atitude profissional mais assertiva e responsável e de compreensão.

Apoio social, familiar, do companheiro/marido e dos filhos foi necessidade para o enfrentamento da gestação.

A seguir, apresenta-se o resultado da análise dos documentos gerados a partir das transcrições das visitas domiciliares e das notas de campo, representados por três unidades temáticas: gestação de alto risco: elaborar a condição; necessidade informacional para seguir com a gestação; rede de apoio social: necessidade de seu fortalecimento e consideração.

5.1 Unidade Temática: Gestação de alto risco: elaborar a condição

Para as participantes desse estudo o marco inicial da gravidez esteve na descoberta da gestação e assimilação das implicações que estão postas nesta condição. Enquanto três participantes planejaram engravidar, a gestação das demais foi descrita como um evento inoportuno e/ou indesejado pois, significava como impertinente para: o momento que estavam a viver, a faixa etária dos demais filhos com a gestação atual, o tempo de relacionamento com o parceiro pai da criança e suas condições de saúde, com implicação da interrupção de tratamento de saúde que estavam a desenvolver. Por isso, o sentimento presente diante da descoberta foi marcado pela quebra da estabilidade de vida, tristeza, arrependimento e necessidade de processar perdas. Para as gestantes cujo desejo era de engravidar, a notícia foi recebida positivamente e o principal sentimento expresso foi de alegria.

Na segunda-feira parou, não desceu mais. Fiquei segunda e terça, quarta comecei a tomar o remédio de novo. Tive uma tontura muito forte no salão. Fiz o teste de gravidez no posto e na hora deu positivo. Eu assustei. Eu não queria, sabe? Demorou para eu aceitar. (Esmeralda)

Como tive trombose na perna direita, eu não posso tomar anticoncepcional, aí casei novamente, faz 10 meses que eu casei, com 3 meses de casada eu engravidei novamente. Apesar de tudo, é uma gravidez que eu não esperava mesmo, sabe? Eu achava que nem iria mais engravidar. (Ametista)

Eu já tenho dois filhos de outro relacionamento. Aí eu casei de novo e engravidei da minha caçula. Então é a única filha com ele e agora eu estou grávida dessa. Não era para eu estar grávida, porque eu tenho um cisto no fígado e eu estava fazendo todos os exames para operar. Agora adiou por causa da gestação. Acho que quando chegar a hora eu vou ter que fazer tudo de novo. Só que eu não queria engravidar, e hormônio eu não posso tomar por causa do cisto. E eu sei que existe outras formas, que é culpa é nossa de estar grávida. (Hematita)

A gestação pode representar para a gestante um período de perdas e ganhos e impõe adaptações (ANTONIAZZI; SIQUEIRA; FARIAS, 2019). Outros estudos apresentam resultados similares aos descritos acima em relação aos sentimentos da mulher diante da descoberta da gestação, sendo eles a ambiguidade entre a alegria

e a tristeza, por vezes, arrependimento (ANTONIAZZI; SIQUEIRA; FARIAS, 2019), insegurança e negação (ZANATTA; PEREIRA, 2015). O estudo de Leite et al. (2014) traz que fatores como o planejamento social e a vontade de engravidar impactam positivamente para a vivência de sentimentos positivos, mas quando experienciam o contrário, outros sentimentos são percebidos, entre eles solidão e insegurança que podem ser agravados pela falta de apoio do marido/parceiro e/ou da família. Diante disto, é essencial que a atenção em saúde explore a percepção da mulher frente à descoberta da condição gestacional, oferecendo-lhe suporte ao processo de se reconhecer nela. Esta elaboração é de relação direta com o manejo de eventos que emergem com o desenrolar da gestação. As consultas de pré-natal são espaços estratégicos para esta abordagem, assim como visitas domiciliares previstas nos documentos orientadores do pré-natal no Brasil (BRASIL, 2012).

Na condição de pré-natal de alto risco, cabe o destaque de dever ser a atenção em saúde desenvolvida de forma compartilhada entre equipamentos da Atenção Básica (AB) e o de nível secundário, quando há possibilidades de se pactuar focos para as práticas de cada instância. Por exemplo, ao ponderar a centralidade atribuída à AB para a ordenação da atenção em saúde, seria pertinente que a experiência de estar grávida fosse pautada nesta instância e compartilhada com a de nível secundário. No caso das participantes deste estudo, estar inserida no programa de visitação significou contar com a escuta de enfermeira acerca da experiência de gestar, com oportunidade de efetivar elaboração de situações.

Principalmente para as gestantes que não planejavam engravidar, a necessidade delas esteve no acolhimento psicoemocional, com apoio e tempo para assimilar e aceitar a descoberta da gestação. O estudo de Leite et al. (2014), ainda em relação a notícia da gestação, destaca ser importante observar o significado dessa descoberta para a mulher, bem como a sua recepção. Esforços de acolhimento são necessários e podem reduzir sentimentos de desespero, preocupação e medo, bem como fortalecer a mulher e seu apoio social para manejar a situação.

Em relação a taxonomia de NS, a necessidade de relações de vínculo entre gestante e serviços de saúde acende como fundamental para a compreensão do significado desta descoberta para a mulher.

Nessa gravidez eu, eu entrei em pânico. Eu falei: “não, não quero, não quero, não quero”. [...] Aí ele estava, ele (marido atual) falou que nunca

eu ia cometer nenhum erro, que a gente ia casar, que a gente ia ficar juntos e aqui estamos. (Abalone)

Ainda, neste estudo, foi identificado que a mulher fez arranjos e negociações com o parceiro/pai da criança e consigo, na busca do enfrentamento e aceitação da condição, internalizando processos de reflexão ou interações junto a ele que promoveram reconsideração à situação.

A gravidez não planejada e indesejada pode trazer repercussões biológicas e psicossociais, intensificadas à medida que a mulher não experencia o apoio do parceiro e da família. Diante dessa situação, umas das tomadas de decisão pode ser interromper a gestação pelo abortamento provocado. Esta situação foi explorada no estudo de Moraes et al. (2017), sobre aborto como implicação na gestação de adolescente sem apoio familiar. O estudo aponta ser necessário atenção profissional para apreender os arranjos e possibilidades de apoio familiar diante da descoberta da gestação, para diminuir a sensação de desamparo e reduzir o número de medidas inseguras tomadas pela gestante. Mais uma vez acende a necessidade do profissional galgar a consolidação de sua relação com a gestante, para que o conhecimento da decisão pelo abortamento provocado seja em tempo de ciência do profissional de saúde e que seja possível intervenção para que esta atitude não se efetive, o que de certa forma, pode influenciar positivamente em boas condições de vida para ela.

Eu falei “não, eu não quero! Eu vou abortar e pronto.” Aí eu falei “gente se eu passar em uma clínica e falar desse problema que eu tenho, de pegar uma infecção e acabar acontecendo alguma coisa, sabe?”. No mesmo dia que eu pensei isso já começou, e eu falei “Não! O que que eu faço?”. Ele falou: “não, você não vai fazer nada, a gente vai ter essa criança, eu opero, aí você pode operar também, e a gente continua se prevenindo do jeito que a gente estava fazendo. Nenhum dos dois mais, vai correr o risco.” (Abalone)

Embora nenhuma gestante tenha vivido situação de luto na gestação atual, havia, entre elas, a vivência prévia de perda gestacional ou aborto, ou óbito do neonato. Este acontecimento acresceu preocupações e dúvidas acerca da concretização da gestação. A estratégia referida por elas diante deste evento foi de aguardar mais sinais de que o desenvolvimento seria favorável, com intenção de se lançar à vinculação com o(a) filho(a) apenas após estes sinais.

Uma revisão sistemática sobre perda gestacional e apoio familiar, analisou que há dissonâncias nos estudos que integraram a revisão sobre a perspectiva da mulher sobre uma nova gestação. Há autores que relatam que a mulher pode apresentar sentimentos de medo e angústia pela possibilidade de um novo abortamento, enquanto outros alegam o sentimento de ansiedade diante de uma nova gestação (ROSA, 2020). Esta evidência mostra como a perda gestacional e o entendimento disto tem significados distintos e únicos para quem vive.

Esforços profissionais para acolher e compreender o significado da perda para a mulher, devem ser praticados, mas estender a atenção ao parceiro e família também é preciso. Isto porque é possível que a mulher precise de sua rede de apoio para ser apoiada e confortada, visto que há possibilidade de eles tampouco saberem lidar com a própria dor (SANTOS, 2015).

Conforme descrito, a perda gestacional foi uma vivência particular presente na vida de algumas das gestantes visitadas. Principalmente marcada por sentimentos de tristeza e culpa. O desvelar dessas vivências e suas particularidades só foi possível após elas sentirem confiança nas enfermeiras visitadoras e reconhecerem nos encontros proximidade e um espaço de fala. Fica posto novamente enquanto necessidade de saúde a consolidação do vínculo entre gestante, família e enfermeiras visitadoras para que o acolhimento do luto gestacional seja possibilidade de cuidado.

Sobre a revisão sistemática de Rosa (2020), para a elaboração do luto, informações concretas sobre a perda gestacional, bem como os rituais de despedida, diálogo e escuta podem contribuir para a superação da perda gestacional e impedir conflitos entre a identidade da criança perdida, com a da criança atualmente gestada.

Eu fiquei apavorada, e ele queria contar para todo mundo, eu falei: “não, você não vai contar para ninguém até eu completar três meses”. Mas aí ele contou para todo mundo mesmo antes do terceiro mês. A reação da família foi boa. Minha mãe e meu pai ficaram preocupados, porque já sabiam o que eu tinha passado, ficaram bem preocupados, mas deu tudo certo e está todo mundo contente. (Jade)

Conforme trazido anteriormente, 14 das gestantes participantes não planejavam engravidar e a descoberta da condição foi um choque. Destas, a maior parte diz não ter feito uso de métodos contraceptivos. Chama atenção que duas delas (Quartzo e Abalone) se diziam incapazes de engravidar e por este motivo, a surpresa

foi maior. Para Quartzo, este entendimento é originário de uma fala médica em que foi dito a ela, anos antes, que a obesidade seria um impedimento para engravidar. Esta colocação imprecisa e ofensiva, foi feita em momento que o desejo era de engravidar. Em outro contexto, trazido por outra das gestantes, atitude ofensiva aconteceu quando um médico a questionou sobre o número de filhos que ela tinha, por meio de um comentário considerado pela participante como inoportuno, denotando um julgamento do profissional sobre sua escolha reprodutiva.

Em ambas as situações o planejamento reprodutivo foi incipiente e falas foram direcionadas a elas com imprecisão e com conotação negativa e discriminatória, colocando-as em posição vulnerável e de desassistência, tanto para planejar a gestação quando para evitá-la.

O médico aqui do posto, ele tem uma coisa na cabeça que pessoas obesas não engravidam, aí ele falava para mim que eu não poderia estar grávida porque eu estava acima do peso, mas ele fala isso para várias mulheres que são gordas, sabe?! [...] Então eu falo que é uma coisa da cabeça dele...ele: “não, você não pode estar grávida, você está obesa, seu corpo não vai conseguir engravidar porque você está obesa”. [...] Eu ainda perguntei para ele como que eu engravidei sendo que ele falou que só era possível se eu emagrecesse dez quilos, ele ficou quieto e falou que imprevistos aconteciam. (Quartzo)

Ah, o Doutor não falou para mim assim? “Quantos filhos você tem?”. Aí eu falei que com essa gestação agora, seria o quarto, aí ele me disse “agora chega né?” Quem tem que saber sou eu, eu que vou cuidar. Aí eu falei para ele “mas é o primeiro do meu marido”, aí ele me disse “então tá bom”. Mas independente, se fosse o quarto meu e do meu marido, e daí? (Ágata)

Em uns dos Cadernos de Atenção Básica, mais especificamente, no Caderno de “Saúde sexual e saúde reprodutiva” (2013), destaca-se que a assistência à Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) na AB deve abranger a promoção da sexualidade humana; a garantia e promoção dos direitos sexuais e reprodutivos das pessoas em situação de rua, das pessoas em presídio, profissionais do sexo, jovens, idosos e população LGBTI; pré-natal, parto e puerpério; assistência humanizada ao aborto previsto em Lei (BRASIL, 2013).

É notório, pelos excertos apresentados, que ter tido acesso ao direito de vivenciar planejamento reprodutivo está incorporado na elaboração da gestação atual.

Desse modo, cabem reflexões do lugar desta atenção nas práticas das equipes de AB. A negativa deste direito se desdobra em gravidezes indesejadas e/ou obstáculos para a elaboração de gravidezes.

Telo e Witt (2018) construíram um referencial de competências transversais em SSR na AB a partir da visão de 41 especialistas na temática. De acordo com o referencial, uma das incompetências profissionais está no modo como a comunicação tem sido praticada entre profissionais de saúde e usuários. Sinalizam para a necessidade de comunicações mais dialógicas, com atuação profissional que favoreça acolhimento, empatia, respeito, e que seja resolutiva, com igualdade e, pautada no sigilo profissional. Outros entraves estão na implementação da universalidade e da integralidade, bem como situações de preconceito profissional que acabam por prejudicar o cuidado a públicos vulneráveis. O estudo ainda recomenda ao profissional, que incentive os usuários a serem autônomos, a buscarem seus direitos e controlar tanto as relações pessoais quanto as sociais (TELO; WITT, 2018).

Sobre a efetivação do cuidado ao homem no que tange a SSR, Ribeiro, Gomes e Moreira (2017) apontam em estudo sobre a saúde do homem, promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na AB, que a noção de integralidade não vem sendo contemplada na práxis profissional. Isso coloca o homem de forma passiva no cuidado à díade mãe-bebê e o desvincula de várias esferas de cuidado, assim como não o promove como sujeito de direitos em saúde.

Quando a SSR não é plenamente exercida, um dos desfechos pode ser a ocorrência de uma gravidez não planejada, dentre suas razões estão a falta de informação e educação acerca dos direitos sexuais e reprodutivos, incipiência no fornecimento e adesão aos métodos contraceptivos, falta de perspectiva de vida, baixa escolaridade e dificuldades na negociação do uso do preservativo com o parceiro (SILVA et al, 2014). Cabe destacar que, quando a gestação ocorre na adolescência, é comum a recorrência de próximas gestações não planejadas (JORGE et al, 2014). Isto aconteceu com sete das participantes deste estudo e trouxe repercussões como a baixa escolaridade.

A baixa escolaridade está apontada como alerta a condições de risco em saúde, com articulação direta com morbimortalidade materna e infantil. Vários estudos tangenciam sobre os efeitos da baixa escolaridade para a mulher e como a mesma

guarda correlação com a privação econômica. Essas características sociodemográficas vêm sendo constantemente associadas ao início tardio do pré-natal, menor adesão e/ou menor número de consultas pré-natais, complexidade nas interações com os serviços de saúde e dificuldades na compreensão das orientações profissionais. O efeito desses determinantes pode repercutir no agravamento do quadro e na necessidade de hospitalização da mulher antes do parto (LANSKY et al., 2014; MOURA et al., 2018; FILHO et al., 2017). Também representa aumento da incidência de morbidade e mortalidade materna e neonatal. Resultados similares foram percebidos em regiões de Alto Índice de Desenvolvimento Humano e a prevalência de desfechos neonatais negativos (KROPIWIEC; FRANCO; AMARAL, 2017). Diante do exposto, este determinante precisa ser tomado como sinal de alerta ao profissional de saúde, com esforços de acolhimento e com olhar ampliado para que se perceba que a baixa escolaridade implica diretamente na necessidade de manter boas condições de vida.

As situações que envolvem violência também são uma das razões que podem ocasionar a gravidez não planejada e permeiam todas as classes sociais. Esta foi situação problematizada por duas das participantes deste estudo, inclusive uma delas viveu a gravidez na adolescência como consequência.

Sim, eu sentia mexer, só não aceitava. A barriga não crescia. Eu perdi muito peso também, vomitava tudo o que eu comia e quando você não aceita parece que a barriga não cresce. Eu lembro que a minha foi assim. A minha mãe levou, não sei se você conhece ou se é vivo, no Doutor (nome do médico). Na época ele já era senhor, eu lembro que vi ele uma vez só, mas ele já era bem idoso...aí minha mãe não me levou para fazer exame, já me levou para fazer ultrassom direto, ela pagou! Nesse ultrassom até o sexo saiu, era uma menina. Só que o pai dela (se referindo a filha) é irmão da minha mãe, para vocês terem uma ideia. Eu superei em partes porque ela é saudável. Na época, que nem eu te falei, eu tinha 15 anos e ele tinha 33 anos, então foi uma barra assim que [pausa]...é difícil até falar. (Ametista)

Embora a violência contra a mulher seja uma violação aos seus direitos, é situação que segue acontecendo. É evidente a necessidade de empenho e compromisso da sociedade para garantir a prevenção e empoderamento da mulher neste contexto. Fica o questionamento, como os profissionais de saúde estão se vinculando a gestante para que consigam notar situações de violência?

Quando a gestação não é planejada e quista, desdobramentos serão experienciados no bem-estar social, familiar e socioeconômico da mulher, com impactos ao modo como ela irá se vincular ao filho(a) gestado (LEITE et al, 2014). Se torna ainda mais emergente e necessário, o acolhimento profissional nestes casos, com vistas a minimizar medos, preocupações e ansiedades exacerbados diante da descoberta, com intenções de apoiar emocionalmente e contribuir para a maternidade e paternidade.

A captação precoce da gestante para acompanhamento pré-natal é recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), mas é preciso qualificá-lo. O acolhimento profissional precisa ir além das necessidades físicas e do cuidado protocolar. É acolher intercorrências, avaliar riscos, agravos e vulnerabilidades. Há desde o início da gestação, demandas emocionais e, portanto, necessidade de acolhimento. Compreender a vulnerabilidade também é acessar como a mulher se relaciona com a descoberta da gestação, como a gestação é percebida para a sua rede de apoio e como os programas de saúde podem ser praticados para uma necessidade que é subjetividade de cada gestante. Como as mulheres têm sido acolhidas diante do descobrimento da gestação?”. “Para além dos aspectos físicos da gestação, elas estão, social e emocionalmente, sendo consideradas e acolhidas?”.

Uma das principais demandas trazidas por elas nas VDs foi exatamente a necessidade de acesso a um método contraceptivo permanente. A solicitação chegou às enfermeiras visitadoras, deste o primeiro encontro e se estendeu até resolução da gestação - nascimento do filho(a). Cabe ressaltar que a demanda não foi algo pontual da gestação atual, era demanda antiga e que não se concretizou e/ou não foi resolvida. Algumas relataram dificuldades de adaptação a alguns métodos contraceptivos, outras intolerância no uso de hormônios e/ou entraves no fornecimento de outros métodos. Para muitas a laqueadura estava em supremacia à vasectomia, e dois foram os motivos que apresentaram enquanto justificativa: desinteresse do parceiro em realizar a vasectomia e a necessidade de ser ela a detentora desta condição permanente, ou seja, ter controle de seu corpo.

A respeito da SSR nota-se a expressão de todos os elementos que compõe as quatro categorias de necessidades de saúde propostas pela Taxonomia de Cecílio e Matsumoto. Principalmente a categoria sobre acesso a tecnologias que prolonguem e

melhorem a vida, com menção a métodos contraceptivos, como o uso do Dispositivo Intrauterino. O que parece fortemente limitante a esse acesso é a fragilidade do vínculo com a equipe e profissional de saúde que maneja essa tecnologia que, por sua vez, também está relacionada a uma tecnologia leve de cuidado ineficaz.

Sobre o emprego da esterilização cirúrgica e até mesmo das buscas por informações sobre SSR, fica evidente o desejo por um modo mais autônomo de viver a vida, o que conversa com a quarta categoria da taxonomia: necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida”.

Estar novamente grávida potencializou o desejo que tinha de não estar gestando, portanto, esta demanda acende em todo o decorrer da gestação. A necessidade aqui é de controlar sua natalidade, métodos não hormonais e permanentes são o desejo.

No dia que ela nasceu, a doutora foi no quarto me mostrar o DIU. Aí ela me mostrou, falou o que era e tal. Aí ela me mostrou e eu falei: “doutora eu vou, porque aí eu não engravidar de novo e não preciso de remédio, porque remédio esquece”. Aí eu fui lá colocar e ela disse que meu útero estava virado, aí ela pediu para eu voltar em 40 dias. Aí eu vim para casa, deu os 40 dias eu voltei para Maternidade. Aí eu disse: “voltei para colocar o DIU”. Aí eles disseram que não, que assim que eu tive alta eu não podia passar em mais nada. Eu até tinha a cartinha, mas ela disse que não, que eu tinha que ir no posto. Aí eu fui no posto, não tinha ginecologista. Aí me mandaram para outro posto, aí estou na fila até hoje. Por isso eu quero fazer laqueadura. [...] Eu quero fazer, eu quero. Eu preciso. E eu quero que seja feito em mim, eu preciso saber que eu não vou engravidar mais. (Hermita)

No meu caso eu tenho 42 anos, eu não quero ter mais filhos. Na verdade, eu não posso ter mais filhos. [...] Eu posso fazer a laqueadura? Porque a médica do Alto Risco disse que já não estava mais em tempo. Mas ela falou que eu tinha que pedir no meu Posto de Saúde. Ela disse que tinha que ter aberto o procedimento. [Estava com 29 semanas de idade gestacional]

Para a maioria, o diálogo com os profissionais de saúde foi truncado, obtiveram poucas informações para concretizar a esterilização cirúrgica e o caminho foi dificultado. Também não houve espaço para discussão de outros métodos contraceptivos nos encontros formais de atendimento pré-natal. Embora essa seja

uma demanda naturalmente pensada no puerpério, ela exclama durante a gestação, visto que a gestação atual recorda a ela, diariamente, que ela segue em idade fértil. Pergunta-se: “Há espaço nas consultas de pré-natal para a mulher apresentar e discutir suas demandas?”; sabendo que falas profissionais foram direcionadas a elas determinando a hora para discutir determinados assuntos, fica: “Reconsiderações durante as consultas de pré-natal estão sendo feitas para atender a necessidade da gestante?”.

Eu falei para ele (marido), estourou a bolsa no sábado, aí a gente se arrumou e fomos. Aí eu fiquei a noite inteira e eu não sentia nada. Aí eles colocaram um remédio, não sei o que era, aí eu comecei a sentir a contração. Aí eu fiquei andando. Aí aumentaram o remédio. E já fazia mais de 24 horas, aí eu comecei a sentir a dor, eu já estava muito cansada. Eu não tinha mais força e comecei a pedir cesárea. Aí ele fez exame de toque e viu que o colo do útero estava alto, aí ele puxou e ela saiu. Eu não estava conseguindo fazer mais força. Eles subiram na barriga para ajudar. E eu não estava conseguindo fazer mais força, a dor vinha e a dor vinha e eu não conseguia. E eu falei para a Doutora, eu queria fazer cesárea nessa e eu queria fazer laqueadura. Mas ela disse que precisa esperar 40 dias para fazer. E agora saiu a lei de que pode escolher, né? Com 39 semanas. Mas ela disse que eu só posso fazer com 39 semanas e com 8 horas de trabalho de parto. Aí a moça do posto disse que leva um ano para fazer o processo para a laqueadura. Mas eu não posso esperar um ano, eu posso esperar nove meses. Aí dia 3 de janeiro eu tenho que fazer uma cirurgia para a retirada do cisto do fígado. E aqui no postinho ela disse que parou meu processo para a laqueadura. Porque eu quero sim. E da cesárea ela disse que eu tenho que ter duas cesáreas. Aí eu tenho que esperar 40 dias. Não dá. Eu não estou entendendo mais nada. Um fala que são 3 meses, a outra fala que tem que esperar 40 dias. Mas ela falou, vamos fazer o parto normal, depois a laqueadura. (Hematita)

Somado à descoberta da gestação, algumas destas mulheres foram, ainda na primeira consulta de pré-natal realizada na AP, percebidas enquanto gestantes de alto risco gestacional. A coexistência dessas duas descobertas: estar grávida e ser uma gestação de alto risco, trouxe para a maioria das participantes medo, ansiedade e sofrimento.

Os dados de Azevedo e Vivian (2020) corroboram com os achados deste estudo, quando discorrem acerca dos sentimentos da gestante diante da descoberta da gravidez ser de alto risco. Medo, receio e preocupações, tanto em relação à gestação, quanto das complicações que poderiam enfrentar foram destacados no estudo (AZEVEDO; VIVIAN, 2020). Ferreira, Lemos e Santos (2020) trazem que os

sentimentos advêm do receio da gestação de risco apresentar complicações em sua evolução ou em relação ao momento do parto (FERREIRA; LEMOS; SANTOS, 2020).

Para compreensão do “status” adquirido, as participantes buscaram em sua historicidade obstétrica semelhanças e diferenças em relação às suas outras gestações, quase que como uma intenção de justificar ou refutar o acontecimento. Movimento semelhante foi percebido com as participantes do estudo de Miyazaki et al. (2019), ao expressarem que a negação da condição é manifestada como mecanismo de defesa, com intenção de se proteger da realidade que colidiu com a gravidez idealizada, assim como do bebê imaginário. O estudo ainda aponta que, ao negarem a condição, é possível que se exponham a riscos que podem agravar o processo, como protelar o tratamento específico e/ou fragilizar o vínculo com o filho(a) (MIYAZAKI et al, 2019).

Diante disso, a necessidade aqui é semelhante à da descoberta da gestação, apoio para assimilar que é gestante de alto risco e que será acompanhada por um serviço especializado. Posteriormente à negação, veio o sentimento similar à barganha quando foram tentando positivar sua necessidade de atendimento especializado no credo de que seriam mais bem acompanhadas e por isso, vão se sentindo satisfeitas com esta nova possibilidade de atendimento, pois entendem que por ser uma gravidez de alto risco, o atendimento será mais próximo, frequente e diferente do pré-natal de risco habitual. Essa possibilidade traz segurança e ameniza o sentimento de medo e ansiedade sentido por elas.

Eu assustei né, porque a gente não conhece, não conhecia, como na outra tinha sido tudo em ordem, aí depois vem o médico e fala isso né, mas aí depois eu fui atrás, ela me explicou certinho, minha madrinha veio aqui em casa e me explicou certinho e acabou a dúvida. [...] Às vezes as mulheres que passam lá mantêm uma gestação melhor do que aquelas que não tem nada, mas que pelo menos eu teria uma atenção especial, então por isso eu fiquei mais tranquilizada. (Ônix)

Então, na hora que falaram que eu estava com diabetes e que eu teria que ter acompanhamento no alto risco, eu entrei em desespero e comecei a chorar porque eu nunca tive isso daí né, diabetes. Eu nunca tive isso e me senti preocupada com o neném e comigo, por causa da diabetes, eu não esperava isso né, porque as outras foram tranquilas, e agora essa com diabetes. [...] Eles me explicaram que a diabetes é só da gravidez, depois que eu ganhar o neném, tem alguns que, se não se cuidar né, tem alguns que a hora que ganhar o neném some a

diabetes e tem alguns que não se cuidam muito e ficam com a diabetes. (Citrino)

Não voltei no postinho, porque a hora que eu fui remarcar a consulta, as meninas já me perguntaram né, se já tinha me dado encaminhamento para o alto risco, aí eu fiquei desesperada, né? (Esmeralda)

Os fatores de risco gestacionais podem ser identificados na AB, desde que a equipe esteja atenta a todas as etapas de anamnese, exame físico, exame gineco-obstétrico e da prática da VD. Basicamente se enquadram na condição mulheres com doenças crônicas prévias à gestação, gestação anterior de alto risco ou quando se identifica no curso da gravidez, condição ou doença que traz risco para a gestante e/ou filho(a) (FIOCRUZ, 2019). Quando identificado, cabe à AB garantir acesso em tempo oportuno no serviço especializado em pré-natal de alto risco (BRASIL, 2018). O Ministério da Saúde recomenda evitar a perda de vínculo com o local que foi iniciado o pré-natal por meio de contrarreferência e busca ativa das gestantes do território. A ferramenta indicada para isso é a visita domiciliar (BRASIL, 2018).

Em relação à descoberta da gestação de risco, assim que encaminhadas ao serviço de referência, 15 das participantes tiveram seu pré-natal desvinculado da AP. Como inicialmente discutido, a vinculação ao serviço especializado na gestação de alto risco foi inicialmente bem aceita por elas. Isso demonstra a necessidades que elas têm em ter acesso a tecnologia de cuidado, na representação de serviços de saúde mais especializado a no uso de tecnologias duras de cuidado.

Somente duas gestantes foram simultaneamente acompanhadas no serviço especializado em gestação de alto risco e na AB, sendo uma delas por interesse próprio da gestante e por ela justificar que seria melhor assistida sendo mutuamente atendida; a outra por uma indicação do médico da AB. Como todas as outras gestantes foram orientadas pela AB a seguir pré-natal somente com o serviço de referência, o distanciamento da AB aconteceu “naturalmente” para a maioria delas.

Para concretizar o princípio da integralidade e facilitar o sistema de referência e contrarreferência, o Ministério da Saúde recomenda na Portaria nº 1.020 de 29 de maio de 2013, que a gestante encaminhada ao serviço especializado seja orientada a não perder o vínculo com a AB. Além disso, faz-se importante o compromisso entre os serviços dos dois níveis dialogarem (BRASIL, 2013b).

Eu perguntei se eu precisava continuar no posto, se eu precisava continuar, eles me disseram que eu poderia. Aí eu perguntei para o Doutor se eu poderia continuar, ele me disse que não tinha problema. Então eu passo lá e cá. [...] Aí eu continuo passando com ele e estou indo lá no alto risco né, para ter um controle melhor. Aí quer dizer, eu fico de 15 em 15 dias indo ao médico, passo lá e depois eu passo aqui. (Ágata)

A verdade assim, o Doutor disse assim, se acontecer de você passar mal e precisar de atendimento a gente tá aqui pra te atender, venha logo e não confie muito nos medicamentos dos médicos que não sejam ginecologistas, me procure que eu vou lhe atender, mas em caso de emergência. [...] O que ele me falou foi isso, então não precisava marcar mais acompanhamento aqui (APS), só caso de emergência mesmo. (Zafira)

Como eu tive diagnóstico de alto risco, eu nem fui no postinho mais. A enfermeira falou para mim que nem precisava mais. Que qualquer problema que eu tivesse era para ir na Maternidade. (Hematita)

Eu faço acompanhamento no Alto Risco e no Posto de Saúde aqui perto de casa. [...] O Doutor (nome do médico) continua me acompanhando, ele disse que era para eu continuar nos dois. (Malaquita)

Por influência do modelo biomédico, há uma supervalorização social e cultural que concebe o uso da tecnologia dura, representada pelo uso de máquinas, normas, estruturas organizacionais e serviços especializados como garantia de qualidade no atendimento. Um estudo sobre representações sociais de gestantes que frequentam o serviço especializado em gestação de alto risco, aponta que as representações das entrevistadas estão em torno da valorização do modelo biomédico, com atendimento centrado no profissional médico e na estrutura dos serviços especializados (FERREIRA; LEMOS; SANTOS, 2020). Nota-se representação similar para as participantes do presente estudo, quando há noção de acolhimento e percepção de tranquilidade quando elas são inseridas em ambientes nos quais estão presentes os elementos símbolos do modelo biomédico, diferentemente manifestado, quando colocadas em ambientes com a ausência destes símbolos.

Em relação ao pré-natal de alto risco no serviço especializado, foi inicial e rotineira a realização de exames laboratoriais e de imagem, de maneira que essa

frequência parece atender inicialmente a uma expectativa e necessidade da gestante, pois além de assimilar, querem entender seu diagnóstico. Os resultados significam para elas concretude da situação e/ou asseguram se as coisas estão indo bem e evoluindo satisfatoriamente. Porém, têm a necessidade de receber a interpretação dos resultados pelos profissionais de saúde e esperam transparência na tratativa. Ou seja, a necessidade de ter acesso a tecnologia dura acende na gestante, mas a plenitude desse acesso só é atingida quando se lança mão mutuamente da tecnologia leve de cuidado.

O que mais me explicou foi o médico do ultrassom. Quando eu perguntei o que era centralização. Porque eu fiquei com essa coisa da centralização, o que poderia estar acontecendo. Aí ele disse que fica um desvio da corrente sanguínea que fica localizada só num lugar. Mas disse que não era para sair correndo para tirar. Mas os outros só diziam a mesma coisa. (Zafira)

As primeiras frustrações pela quebra do imaginário com o atendimento vão se dar quando não recebem interpretação dos exames realizados. Colocações profissionais que utilizam a palavra “normal” para apresentar os resultados de exames, não trouxeram tranquilidade a elas. Ter acesso à tecnologia é dado como importante, mas só isto não atende a necessidade. A necessidade está no uso de falas mais detalhadas e em linguajar compreensível, com correlações entre seu diagnóstico e o resultado do exame. Sendo assim, além do acesso à tecnologia dura sentem a necessidade de interpretação do produto desta tecnologia. Isso está atrelado à tecnologia leve de cuidado, as relações de comunicação e como elas são concebidas nos encontros. Para elas a interpretação dos resultados dos exames precisa ser compreensível para produzir significado. Dado à incipiência de orientações, foi frequente pedirem a discussão sobre os resultados dos exames em VD, aspecto que evidencia a necessidade de compreensão do que está a acontecer consigo no âmbito do risco gestacional diagnosticado.

A fala de Hematita representa a incongruência entre o uso das tecnologia dura e tecnologia leve de cuidado. Embora tenha sido garantido a ela acesso para realização de ultrassom e este exame ser uma de suas necessidades de saúde, o emprego incipiente da tecnologia leve de cuidado por aquele que fazia o manejo do exame, foi responsável por não atender inteiramente a necessidade da gestante.

Tem uma médica lá que não fala nada. Ela fala que está tudo certo, mesmo se perguntar. Está tudo certo (sobre o Ultrassom). Eu fiz o tal do Doppler. Você pode me explicar o que é? Porque eu perguntei para ela, aí ela falou que é um tipo de ultrassom, mas não me explicou. [...] Porque todo o ultrassom do bebê eu quero confirmar o sexo, né? Porque fala um e nasce o outro, aí eu fui e perguntar para ela. Mas ela nem procurou e nem falou nada. Aí eu perguntei do coraçãozinho, mas ela disse que nem viu nada, que era só o ultrassom mesmo. Bem secona. Ela está ali só para fazer e pronto. (Hermatita)

Subiu muito meu colesterol: estava duzentos e alguma coisa. E aí eu queria saber como que estava meu colesterol. E por que ela me disse que estava tudo normal, se não estava? Porque eu estava com colesterol alto e parei de tomar medicamento. E eu precisava saber disso. [...] Coletei os mesmos exames, tudo de novo e não dá nada e manda embora. Esse de agora foi para ver o ácido, o potássio, mas se está tudo bem ela manda embora. Mas é a mesma história, a pressão estava alta, cá em cima dá um valor, cá embaixo dá outro. (Safira)

A preocupação com o diagnóstico de alto risco acompanha a mulher por todo o período gestacional, mas diminui em proporção a partir do momento que é capaz de entender sua condição e as necessidades de saúde que o diagnóstico impõe, aspecto que no caso das participantes deste estudo foi predominantemente acolhido nas VDs do projeto de intervenção. Quando há entendimento mobiliza um atitudinal para promoção de saúde e bem-estar dela e do filho(a) gestado. O reconhecimento dessas alterações traz a percepção da necessidade de mudar hábitos, como a melhora do padrão alimentar e prática de atividade física para gestar, isso converge com as necessidades de alcançar e manter boas condições de vida e até mesmo, de autonomia e autocuidado naquilo que lhes for possível e praticável.

Atrelada à compreensão da condição da gestação de alto risco, está a sensação de vinculação a um serviço especializado que detém a tecnologia que acreditam precisar. Como se sentem respaldadas, vão se permitindo viver a gestação de forma mais plena e, a partir disto, passam a se possibilitar atender outras necessidades que, até então, estavam discretas em detrimento das mais emergentes que eram a aceitação e assimilação da condição de estar gestante e ser de alto risco.

Em 2019 eu queria planejar ter mais um filho, porque um filho só não é bom. Eu queria ter mais uma menina, ou um casal, o que viesse,

mas que fosse dois. Mais irmãos. Veio, é bem-vindo, mas eu queria ter planejado. (Safira)

Eu estou fazendo a pressão e a diabetes. Inclusive a diabetes até está melhor, porque a doutora pediu para eu perder peso. Eu até emagreci. Já perdi 3 quilos, a caminhada eu faço só a noite. E no dia em que não caminho, eu controlo mais a alimentação. Inclusive a pressão começou a subir, 14x9, eu não estava inchada, mas meu pé começou a inchar e começou a doer. (Hermita)

As necessidades de saúde que são descritas nesta unidade temática estão relacionadas à descoberta da gestação e ao diagnóstico de alto risco gestacional, com adição do encaminhando delas a um serviço especializado para acompanhamento do pré-natal. Saber da gestação não foi sentido positivamente para a maioria delas, assim como saber que sua gestação exigiria cuidados para além do habitual. Elas fizeram movimentos próprios com o parceiro e/ou com a família para adaptar-se a essa nova condição e retomaram na sua existência, respostas para compreenderem o caminho que percorreram. Inclusive, a maioria delas fez, ainda nos momentos iniciais da gestação, novos planos para não repetirem a experiência ainda sentida como negativa. Conforme descrito, sentimentos negativos experienciados pela gestante diante da descoberta da gestação podem trazer impactos deletérios ao modo como ela se vincula com o filho(a) que espera e com os cuidados recomendados a ela.

Percebe-se que ocorreu precisamente o manejo técnico científico em relação a identificação da gestação, da captação para início do pré-natal, da apreensão dos marcadores ou fatores de riscos gestacionais presentes anteriormente ou no decorrer da gestação e, encaminhamento para serviço especializado em gestação de alto risco do município. Contudo, quando a assistência está reduzida aos saberes biomédicos, outras questões e necessidades são abandonadas, como exemplo a necessidade de vinculação e acolhimento profissional para assimilar e aceitar a informação em relação à nova condição.

Como recomendação destaca-se a operacionalização da integralidade no atendimento à gestante de alto risco, principalmente no âmbito da AB. Conforme já descrito anteriormente, a integralidade pode ser definida como conjunto articulado e contínuo de atenção em saúde, sejam eles preventivos, curativos, individuais ou coletivos, necessários a cada caso em todos os níveis do sistema de saúde

(VASCONCELOS; PASCHE, 2006). A boa prática da integralidade na assistência pode ser ferramenta para apreensão ampliada das necessidades de saúde da gestante de alto risco. O olhar atento nos encontros entre profissional de saúde-gestante, pode funcionar como modo assistencial às demandas trazidas pela gestante, mas também como contexto instaurador para dar visibilidade às demandas ainda não trazidas. Neste ponto, faz-se importante realizar encontros entre profissionais de saúde e gestante, efetivamente acolhedores e com afluência entre as partes, além da propositura de alternativas de cuidado que façam sentido para a gestante (SCHRAIBER LB; MENDES-GONÇALVES, 2000).

A AB, além de apresentar atenção integrada, dispõe de condições favoráveis para operar com integralidade, pois está orientada por atendimento a territórios específicos, a não agravos, com atendimento multiprofissional e adequado para encontros mais dialógicos e por trocas intersubjetivas (AYRES et al., 2012). Desse modo, a integralidade pode favorecer a AB ocupando um espaço que pode extrapolar o olhar biomédico e ampliar a apreensão das necessidades de saúde da gestante de alto risco, somado à proximidade que detém com o território, domicílio, rede de apoio, comunidade entre outros.

Outra recomendação é que, dado a facilidade e alcance que a AB tem para apreender as necessidades de saúde da gestante, é premente estabelecer comunicação efetiva entre AB e serviço especializado, para estender as informações.

Ainda, há que se falar sobre as denúncias relativas ao descuidado no âmbito do planejamento reprodutivo que são atualizadas no processo de elaboração da nova condição. Ao planejamento reprodutivo cabem todos os apontamentos relativos à assunção da integralidade enquanto um princípio direcionador das práticas em saúde discutidos anteriormente.

Resumidamente a necessidade de vinculação entre gestante/família e profissional de saúde/equipe se fez fundamental nos tempos iniciais da gestação, para oportunizar um atitudinal que favoreça a apreensão do significado e da relação da descoberta da gestação para a gestante e sua família. Bem como, da descoberta do diagnóstico de alto risco. Além disso, a consolidação desta vinculação pode favorecer a aproximação do profissional a elementos que interferem no alcance de boas condições de vida pela gestante, assim como elucidar intervenções que influenciam nesta necessidade. Por fim, também esteve presente enquanto NS o acesso a

tecnologias de cuidado. O acesso da gestante a elas foi parcialmente garantido, mas insuficiente quando se fala de tecnologias leve de cuidado.

5.2 Unidade Temática: Necessidade informacional para seguir com a gestação

Esta unidade temática foi construída praticamente a partir de uma única necessidade: a informacional. A necessidade principal da gestante é de obter informação para manter boas condições de vida, compreender as tecnologias de cuidado e galgar autonomia. Contudo, é constantemente interpelado pela necessidade de vinculação com o profissional e equipe de saúde.

A necessidade informacional esteve presente na temática anterior, mas não na centralidade dela. Identificou-se que, na medida em que o processo de elaboração psíquica da condição de gestante de alto risco vai ganhando espaço, entona a necessidade informacional. Ela é derivada das transformações físicas, sociais e emocionais que a gestante percorre no decorrer do desenvolvimento da gestação e, por este motivo sua expressão depende da subjetividade de cada mulher. Faz-se preciso considerar esta subjetividade cambiante para entender as condições particulares de cada uma. Além disso, essa necessidade está intimamente correlacionada e impulsionada pelo acolhimento informacional insuficiente vivido por elas no pré-natal.

Como descrito, inicialmente elas estão satisfeitas pelo encaminhamento para o serviço especializado e isso parece contribuir para aceitação da condição da gestação de alto risco. Mas conforme se relacionam com este espaço de cuidado, o sentimento inicial vai sendo ressignificado. A não correspondência das expectativas trazem frustração e para algumas, afastamento do serviço. Isso acontece pois o acolhimento de suas dúvidas vai sendo negado ou insuficientemente tratado. Por este motivo, vão buscando outras formas de solucionar e atender a necessidade informacional. Encontraram nas visitas domiciliares e nos encontros com as enfermeiras visitadoras a oportunidade de munir-se de informações que as auxiliam no desenvolvimento de uma gestação saudável e concernente aos seus planos, valores e modo de andar a vida.

Olha não sei, antes era bem diferente, agora você chega já está tudo encaminhado, a única coisa que ela faz é olhar o prontuário, ela faz umas perguntas do tipo se eu estou tomando remédio. Na última consulta os residentes estavam lá, aí eu fui atendida por uma estudante e depois ela só foi lá carimbar a folha e mais nada. Quando eu saí da consulta os papéis já estavam lá com a ultrassom marcada.

É diferente, toda consulta antes quando eu ia elas perguntavam mais, conversavam, quando era no postinho. (Esmeralda)

Sobre as consultas de pré-natal, a descrição foi de um serviço com demasiada demora para atendimento. Nas interações com o(a) enfermeiro(a), percebem que fica sob responsabilidade dele(a) o agendamento de consultas, a aferição da pressão arterial e do peso corporal, até que sejam atendidas em consultório médico. Pelo relato, percebem as consultas de pré-natal como sendo espaços de tomada de medida da altura uterina, prescritivas e de pouco contato físico. Por vezes, esta interação é realizada por residentes médicos com posterior contato com o obstetra atuante no serviço especializado.

Apontam poucas participações do companheiro/marido, principalmente porque o incentivo à presença deles não é estratégia adotada pela equipe. Na percepção delas, soma-se o fato da planta física não ser favorável para comportar e receber o acompanhante. Embora seja intenção dela se vincular ao serviço, o distanciamento que vai se dando nas relações de cuidado e entrada de diferentes profissionais, dificulta tal intenção.

Não foi acolhido. Na verdade, eu acho que nenhum marido lá é acolhido, porque eles ficam lá fora. Quase nenhum marido entra na consulta. O meu começou a entrar no final porque eu estava com a pressão alta e estava sempre ruim. Aí ele fica do meu lado para eu não passar mal. E outra coisa que eu vejo. A médica não dá atenção para o marido, porque teve uma vez que eu comecei a passar mal e eu disse para ela que eu estava tendo muita dor de cabeça e que eu estava tomando Buscopan, porque eu não sabia que remédio eu podia tomar. Aí ela disse que eu tinha que tomar Dipirona e que se não passasse era para ir para a Maternidade tomar Buscopan na veia. Aí meu marido perguntou qual seria a diferença de tomar na veia e em gotas. Ela não respondeu para ele. Pegou o papel e carimbou. Eu estava sentada e ele estava de pé. Ela estava bem perto. Porque só tem uma cadeira. Para você ver que não tem acolhimento para uma segunda pessoa. Indiferente se é um marido, mãe, irmã, se é uma amiga acompanhando, ela pode entrar porque eles não irão bloquear, mas ela não será acolhida. [Quando pergunto por que ele não estava sentado]. (Quartzo)

A presença do companheiro/marido durante as consultas de pré-natal, estão problematizadas desde 1994 nos debates da Conferência do Cairo e em 1995, na IV

Conferência Mundial sobre a Mulher, quando houve recomendações de que o homem fizesse parte das intervenções e discussões sobre saúde sexual e reprodutiva. Contudo, mesmo atualmente, a participação do homem no planejamento da gestação e pré-natal ainda são incipientemente praticadas (REBERTE; HOGA, 2010).

Algumas são as justificativas que fragilizam e dificultam sua inclusão nestes espaços, sendo elas a atividade laboral, assim como entraves para dispensa do trabalho para estar presente nas consultas de pré-natal, cuidado com os outros filhos e, aspectos culturais onde socialmente se concebe a gestação como algo particular da mulher e da criança (BALICA; AGUIAR, 2019). Somado a isso, estão as barreiras nos ambientes de saúde, com um atitudinal profissional de desinteresse em sua participação e de pouco acolhimento. Este tipo de relacionamento pode prejudicar a participação do homem no pré-natal e parto e, naturalmente, os fazem se retirar deste ambiente, como se não pertencessem àquele espaço (ZAMPIERI et al, 2012), isto foi situação observada pelas gestantes deste estudo.

Cabe ressaltar que a promoção da participação do homem pode trazer diminuição de violência doméstica, aumentar os cuidados com o filho(a), prevenir, detectar e tratar ISTs (HENZ; MEDEIROS; SALVADORI, 2017). Isso implica possibilidades de cuidado que representam melhoramentos em relação a boas condições de vida.

De qualquer forma, a partir da perspectiva do cuidado integral, a presença do homem/acompanhante/pai, em termos emocionais e de cuidado, está insuficientemente reconhecida nas práticas de saúde, ainda que recomendado pelo Ministério da Saúde, por meio de políticas públicas (HERRMANN et al, 2016).

O Ministério da Saúde ainda recomenda a elaboração de grupos de apoio para acolhimento das necessidades da gestante e seus familiares (LEAL et al, 2016), com inclusão do homem. Em dissonância sobre as consultas médicas, descrevem a ausência de uma abordagem mais particularizada às suas necessidades e pouco dialógica. Diferente da recomendação ministerial, não foi oportunizado e/ou ofertado a elas, atividades em outros formatos como roda de conversa e dinâmicas. Isto foi trazido por elas como necessário e, portanto, mostra a necessidade de acesso à tecnologia leve de cuidado. Os relatos também esbarram e representam fragilidade no vínculo entre gestante e profissional de saúde.

Não ocorreu promoção de espaços de troca com outras gestantes ou ações educativas em grupo. O contato com outras gestantes aconteceu somente enquanto aguardavam atendimento na sala de espera e por um movimento delas.

É! Ainda mais lá no alto risco, tipo, não querendo reclamar, mas as duas vezes que eu passei lá, a médica nem olhou na minha cara direito. Então para mim é complicado de ficar perguntando as coisas. Ainda mais eu que sou meio “travadona” de conversar com alguém estranho. Tipo, estou dentro da minha casa, no meu ambiente e converso tranquila. (Abalone)

Você não fica...eu não sei, por exemplo, que nem no seu caso, até eu ganhar o meu bebê eu vou ter a liberdade de falar – olha, eu estou com dor aqui, você pode olhar?! Ou – olha, estou com uma manchinha aqui, você pode olhar?! Porque você cria essa liberdade né, mas ali no alto risco, toda semana é uma pessoa diferente né, então fica uma coisa assim – será que eu falo, será que eu não falo? (Quartzo)

Os achados de uma revisão de literatura que objetivou investigar a qualidade da atenção pré-natal no Brasil de 2005 a 2015 em relação ao acesso e à adequação da assistência prestada, mostrou que houve aumento da cobertura da atenção pré-natal ao longo dos últimos dez anos no país, mas com elevado nível de inadequação. Entre as inadequações estão a não realização de exames laboratoriais de rotina, falha em procedimentos básicos recomendados, nas prescrições e orientações durante as consultas. As orientações estão relacionadas à prática profissional individual ou em grupos de discussão visando a educação em saúde das gestantes com oportunidades de compartilhamento de dúvidas, angústias e experiências com outras mulheres, além de contribuições para o fortalecimento do vínculo entre paciente e equipe. (NUNES et al, 2016)

Na percepção das gestantes deste estudo, não houve descontentamento quanto ao início do pré-natal, número de consultas ou acesso à realização de exames, mas foi veementemente ressaltado a carência informacional/orientação.

O estudo de Alves et al. (2019) pode contribuir com achados, sendo que buscou compreender a importância do grupo no processo de cuidado de enfermagem às gestantes de risco e adotou o grupo focal como estratégia de intervenção. O grupo foi composto por outras gestantes de alto risco e os resultados apontaram que as interações vividas entre as mulheres participantes foram dinâmicas, envolventes e

geradoras de reflexão acerca do processo de gestação e das rotinas da instituição que as acolham. Ainda, trazem que a formação de grupos promove a prática compartilhada, com troca de saberes e potencializa vínculos. Ademais, é uma estratégia para estimular a gestante a participar ativamente da sua condição de saúde, desenvolver autonomia e corresponsabilização.

Frente à conformação de acompanhamento pré-natal que receberam, muitas foram as necessidades informacionais trazidas em VD. Para acolhê-las, os eixos norteadores do PVD foram utilizados pelas enfermeiras visitadoras, mas flexibilizados e adaptados às demandas das gestantes. Desse modo, enquanto algumas mulheres demandaram amplitude e profundidade em determinados diálogos, para outras as informações poderiam ser mais concisas. Isso vai depender de muitos fatores, sendo alguns deles o próprio diagnóstico da gestante, as transformações que ecoam fisicamente, emocionalmente e socialmente em cada uma delas, como o meio se relaciona com elas e com sua gestação e da sua experiência e historicidade. Esse dado converge com o referencial teórico utilizado neste estudo, quando diz que as necessidades de saúde mudam e são dinâmicas de acordo com a individualidade, subjetividade e história de cada único ser.

Sobre as participantes, uma era primigesta e outras duas vivenciaram o aborto na primeira gestação. A inexperiência em relação à evolução da gestação, do parto, do cuidado com o recém-nascido e com o aleitamento materno foram tematizados especificamente por elas. Nos encontros domiciliares solicitaram desde discussões acerca dos itens materiais a serem adquiridos para o filho(a), ou seja, como compor o enxoval; além de cuidados com o recém-nascido, como limpeza do coto umbilical e banho; manejo do aleitamento materno; direitos e planejamento do parto.

Esses requerimentos estão relacionados a uma necessidade informacional que converge com a intenção da gestante em atender sua necessidade de boas condições de vida e até mesmo ter autonomia para cuidar e auto cuidar.

Se ele está perto de nascer eu preciso saber o que eu preciso levar para a maternidade. Se precisa levar alguma coisa para passar no umbigo, quantas fraldas eu levo. (Diamante)

Sabe o que eu queria falar, flor? Sobre o enxoval da bebê. Eu já estou bordando umas fraldinhas, mas eu queria saber o que eu tenho que comprar mesmo. Porque eu busquei na internet, mas eu queria saber se compro tudo que está ali. Por exemplo, a almofada de

amamentação? Precisa comprar? Então eu queria que você me ajudasse com isso. [...] (Rubi)

A Rubi solicitou na última visita discussão sobre a composição do enxoval. Pactuo com ela que este tema será discutido na próxima VD, quando levarei algumas recomendações e discutiremos quais itens são necessários de acordo com as necessidades dela e possibilidade dela. (nota de campo)

E a temperatura alta no bebê? É de quanto? Ai é tanta coisa. (Rubi)

Então, eu nunca falei com o médico sobre parto, sabe? Eu não sei nada. Ainda bem que eu estou podendo falar com você (enfermeira visitadora) sobre isso. (Pirita)

Embora estes temas também tenham sido tematizados com as gestantes já mães, informações que envolviam cuidados com o recém-nascido, enxoval e manejo do aleitamento materno, não foi apontado enquanto uma necessidade, isto se dá por já deterem essa vivência. Por outro lado, tematizaram assuntos relacionados à violência obstétrica e a direitos, principalmente quando estes últimos não foram respeitados em pelo menos alguma das gestações anteriores.

Eu não tive problema com amamentação. Eu sei como tem que pegar, a posição, livre demanda. Eu amamentei os outros três. Isso é bem tranquilo para mim. Sei os cuidados se rachar. Meu problema mesmo, o que está pegando, é a questão do parto normal. É isso que está me deixando nervosa, com medo. Eu estou ficando muita ansiosa. Eu estou com muito medo. (Hermitita)

O estudo de Silva et al (2018) sobre Indicadores de Qualidade na assistência pré-natal de risco obteve dados similares a este estudo em relação à incipiência de ações educativas e experiências ativas durante o pré-natal, sendo que 91,4% de 140 gestantes não participaram de ações com orientações sobre cuidados e higiene, alimentação, mudanças corporais, sexualidade, prática de atividade física, parto, cuidados com o recém-nascido e aleitamento materno durante o pré-natal.

Outro estudo que avaliou a assistência pré-natal de um município brasileiro, constatou que a maioria das gestantes, cerca de 90%, realizaram adequadamente o

pré-natal quando se mensura o número mínimo de consultas recomendadas, mas somente 11% recebeu alguma ação educativa neste período (SILVA et al, 2013).

Pesquisa randomizada desenvolvida por Edwards et al (2013) com dois grupos, sendo um controle e outro intervenção, promoveu estratégia educativa a partir da visita domiciliar realizadas com doulas sobre o aleitamento materno. As visitas basearam-se em discussões sobre a gestação, parto, alimentação infantil, trabalho e sobretudo, aleitamento materno. O grupo que recebeu intervenção iniciou mais precocemente o aleitamento materno que o grupo controle. Em relação à prematuridade, Lutenbacher et al (2014) fez estudo randomizado com 211 gestantes nos Estados Unidos, onde observou menor prevalência de nascimento prematuro de gestantes que receberam intervenção a partir de visitas domiciliares, quando comparadas ao grupo controle que recebeu consulta tradicional. Foram feitas ações educativas sobre intercorrências clínicas, cuidados em saúde materna e perinatal, parto, aleitamento materno e se necessário, encaminhamento a atendimento psicológico.

Os estudos mencionados reforçam sobre o uso de espaços mais dialógicos durante a consulta pré-natal, sugerem a prática da visita domiciliar e formação de grupos de gestantes com intuito de educação em saúde. Sua incorporação pode trazer impactos positivos na saúde materna e infantil, acesso a conteúdo informacional e transformações de hábitos, promove interação com outras gestantes e possibilita trocas de saberes que podem trazer diversos benefícios, incluindo a saúde emocional, além de promover melhora do vínculo com a instituição.

Em relação às alterações corporais, principalmente aquelas que geram desconfortos como dores em articulações e no assoalho pélvico foram constantemente trazidas nos diálogos, assim como o edema em membros e face. A necessidade é de obter respostas para compreender as origens e motivos das alterações e desconfortos e, reconhecer sinais de alerta gestacional. A partir de falas assertivas, colocam com clareza que a necessidade é de receber informações profissionais precisas e detalhadas, mesmo que a explicação seja para compreender os que significa “normal”. Atitudes contrárias a esta são entendidas como de incipiente preocupação e atenção por parte do profissional de saúde.

Eu já estou com o pé inchado demais. Os pés doem demais. As mãos, as juntas, também doem demais. De manhã quanto eu acordo, que

nem, eu vou dormir de noite, quando eu acordo, de manhã está normal, só durante o dia que eu começo a sentir. Aí ela pediu o exame para eu levar para ela ver o que está acontecendo. Ah e eu estou sentindo muita dor lá embaixo (região pélvica). Muita dor. Parece que está rasgando. (Hematita)

Então...eu acordei com dor de cabeça e com dor na nuca, aí a barriga ficou dura. Aí eu fiquei o dia inteiro com dor de cabeça, aí eu tomei quinze gotinhas de paracetamol, porque na consulta eu avisei a Doutora que eu estava tendo muita dor de cabeça só que eu não estava tomando nada. Aí ela disse que eu poderia me medicar com Paracetamol ou Buscopam, porque era melhor do que eu ficar com dor e correr o risco de a pressão subir. (Quartzo)

Eu falei da dor e ela só me disse para tomar um remédio porque sentir dor não era legal, realmente sentir dor não é legal, mas toda as vezes que chegamos lá com dúvida, ela já fala – toma um remédio – mas qual remédio? Se sabemos que gestante não pode tomar quase nada, aí eu falei que ela mandou eu tomar dipirona e um monte de gente disse que eu não poderia tomar dipirona, que gestante não pode tomar, não sei se é verdade, então eu fiquei ainda mais em cima do muro se pode ou não. (Quartzo)

Aí pergunto para ela, é normal, às vezes eu estou deitada, conforme eu viro, não consigo virar, ela fala que é normal, eu falo “oh caramba, tudo é normal”, entendeu? Daí ela não pede um exame, não pede nada, aí eu falei, até o dia 23 vou ver se eu consigo, vou passar com outro Doutor, ele é bem atencioso, ele se preocupa, ele é bem diferente dela, já me disseram você não vai ter dúvida de nada, porque se for normal ele vai te explicar o porquê de normal. (Ágata)

Desconfortos gastrointestinais, como a pirose, ou a recomendação profissional acerca do controle do peso para manejo do Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) – segundo maior diagnóstico de risco para estas gestantes, foram tematizados nas VDs. Em relação ao controle de peso, esta recomendação delonga a ser prioridade quando não é explicado à mulher a fisiopatologia da DMG e os desfechos previstos. Quando informadas, estas passam a perceber a necessidade e sua expressão é para validar mudanças no padrão alimentar e da rotina de atividades físicas. Neste sentido, diálogos são necessários e requeridos por elas para compreensão do que compõe uma dieta mais saudável e equilibrada de acordo com suas possibilidades de vida. Cabe ressaltar que apenas uma gestante fez acompanhamento nutricional concomitante ao pré-natal, sendo este contratado na rede privada por próprio

movimento dela. A necessidade aqui posta é de obter apoio informacional para conseguir atender uma recomendação médica e fundamental para o desenvolvimento saudável da gestação, e para a sua saúde global.

O exposto está fortemente atrelado ao movimento que a gestante faz para atender a sua necessidade de boas condições de vida e aqui, novamente a expressaram, buscando informações.

A gestante Safira entrou em contato por via telefônica trazendo queixas relacionadas a azia. Ela gostaria de entender seu desconforto e sua relação com a gestação atual, assim como manejo da situação. Dialogamos sobre seus hábitos e rotina, frente a isto discutimos alguns cuidados específicos para ela. Pactuamos ampliar discussões sobre hábito alimentar em nosso próximo encontro. (nota de pesquisa)

À tarde eu não sinto fome. De manhã sim. Mas de tarde não. Mas eu já estou diminuindo aquela questão de me alimentar no tempo (sobre ficar intervalos grandes sem comer). Pode ter sido o espaço que eu fiquei sem comer. Porque eu fiquei a tarde inteirinha sem comer. Aí depois passou, eu não senti mais tontura, mais azia. (Safira)

Eu anoto o dextro e digito e levo nas consultas, o jejum é de vermelho, aí eu anoto depois do café, depois do almoço e depois do jantar. [...] Eu tive muito vômito. Passei todo tempo tomando remédio. Eu peguei nojo de doce. Eu como e já passo mal. É difícil eu comer pão normal, eu como integral. O arroz, eu estou indo na nutricionista também, ela me liberou o arroz normal, porque eu emagreci depois que eu engravidei. Agora devo ter engordado um pouco. Hoje eu saí do serviço eu saí morrendo de fome. Está me dando muita fome a tarde. Aí ela disse para eu acrescentar uma granola. Mas eu continuei com fome. E ela não está mudando minha dieta, de quando eu comecei é a mesma coisa. Ela disse que como eu não engordei, ela não ia mudar. Ela pede para eu jantar mais cedo, mas eu não consigo, porque eu chego do trabalho e vou fazer. [estava ficando 5 horas sem se alimentar] (Rubi)

Olha, no final do ano eu dei uma caída, mas sempre controlando para ver, aí no final do ano começou...tomei café, ainda dando setenta e pouco. Na hora de dormir também. Esses dias que eu fiquei em casa eu me senti mal, estranha. Vomitei tudo, aí tomei o remédio. (Rubi)

As queixas acerca do sistema reprodutor e urinário também estiveram presentes durante as VDs, à medida que notaram alterações e incômodos nesses sistemas. Para diagnóstico e tratamento das queixas foi comum buscar auxílio tanto

na AB quanto no serviço especializado de gestação de alto risco. Contudo, há resistência delas em buscar auxílio quando não há consulta agendada e a opção é de ir até a Maternidade. Nessa situação, por vezes, negligenciaram a queixa por entenderem que este local deve ser recurso somente nas urgências. Uma das gestantes não aderiu ao tratamento proposto devido sua história clínica prévia e fragilidade no vínculo com a AB.

Apesar de algumas participantes demonstrarem os desconfortos citados e entenderem a necessidade de intervenção e cuidado à saúde, a relação frágil com os serviços de saúde presentes na rede de atenção não foram suficientemente considerados enquanto escolha para requerer atenção. Há duas necessidades aqui, uma delas é de receber tratamento para as queixas do sistema reprodutor e urinário e a outra de encontrar assistência que transmita confiança e seja reconhecida enquanto recurso nos momentos que não há consultas breves agendadas. Fica o questionamento: “Por que a AB deixa de ser uma opção de acolhimento?”; “Por que a maior parte destas mulheres não foram simultaneamente acompanhadas na AB?”; “Teriam sido suas queixas acolhidas e tratadas caso o pré-natal também estivesse sendo feito na AB?”, “Onde estão as visitas domiciliares que não foram praticadas para as participantes?”.

Eu tive um corrimento no começo e aquilo lá era extremamente incômodo, porque me dava uma coceira que, nossa, eu não tinha paz, eu não podia sair da minha casa porque era uma situação muito constrangedora. Aí a enfermeira do posto tinha me passado uma pomada para usar, mas fiquei com medo de usar. (Jade)

Começou a me dar uma coceira por baixo, sabe?! Toda vez que vou ao banheiro tenho que tomar banho porque eu não aguento de tanta coceira, aí eu vi que é a tal de candidíase. Eu não consigo passar o papel. [...] Aí eu pensei em ir na maternidade, de ir e perguntar, de pelo menos passarem alguma coisa para mim, mas aí pensei será que a Maternidade não é mesmo só urgência? Aí fiquei meio assim, sabe?! Porque no dia que eu fui (na consulta de pré-natal), não estava assim. (Ágata)

A recomendação profissional para acompanhamento pré-natal exclusivo no serviço especializado à gestação de alto risco fragilizou o vínculo e as distanciou da AB. Apenas duas gestantes estavam em território de Unidade de Saúde da Família, as demais em Unidade Básica de Saúde, nenhuma recebeu visita domiciliar seja do

ACS ou de qualquer outro profissional de saúde da AB. Em estudo quantitativo, Sanine (2019) a partir da pesquisa com 689 gestantes de alto risco, avaliou a atenção pré-natal ofertada com identificação de fatores associados, no Município de São Paulo. Os achados corroboram ao deste estudo quando foi usual a gestante desconhecer o ACS ou não receber visita domiciliar durante a gestação, sugerindo fragilidades no vínculo, que por sua vez, é umas das necessidades de saúde.

A integralidade na assistência e a humanização da atenção são recomendações ministeriais (BRASIL, 2013b), e preveem o acesso da gestante à equipe multiprofissional e interdisciplinar, com finalidade de atendê-la adequadamente em sua complexidade, com alcances as suas demandas biológicas, psicológicas, sociais e culturais. O trabalho colaborativo da equipe interdisciplinar pressupõe a articulação de diferentes saberes e potencializa a integração que permite a compreensão ampliada da situação e viabiliza a desfragmentação do cuidado a gestante (TOMAZETTI et al. 2018).

Em relação ao enfermeiro como parte da equipe multiprofissional, além de seu conhecimento técnico-científico, seu reconhecimento da dimensão subjetiva e social podem fortalecer o vínculo e a experiência mais ativa e participativa da gestante no pré-natal. O estudo de Barreto et al. (2015) sobre a humanização no pré-natal ressalta que a formação do enfermeiro pode corroborar com os alicerces da humanização e favorecer o acolhimento e a criação de vínculos com a gestante. Ademais, perceberam neste profissional, formações com caráter didático-pedagógico que podem trazer contribuições para a superação do modelo biologicista.

A percepção das participantes deste estudo aponta para um cuidado médico centrado, com a quase inexistência de participação de outros profissionais de saúde no pré-natal. A falta de colaboração de outros saberes profissionais pode ter contribuído para uma desarticulação entre as tecnologias leve, leve-dura e dura com prejuízos ao entendimento da gestante e a uma desassistência informacional e integral que acarreta uma série de consequências como agravamento de vulnerabilidades e comprometimento da autonomia.

Algumas necessidades de saúde foram moduladas a partir dos próprios antecedentes obstétricos, como a perda gestacional, possibilidade do filho(a) gestado apresentar algum diagnóstico semelhante ao do irmão(ã) e violências obstétricas. Essas vivências trouxeram desdobramentos como a insegurança para acreditar que

a presente gestação se concretizaria, medo do filho(a) gestado apresentar os mesmos problemas de saúde dos irmãos e das possibilidades de vivenciar novas ou as mesmas situações de violência obstétrica.

Foi muito difícil...no começo eu só chorava porque eu tinha medo. O medo era de tipo outro autista, passar tudo de novo...e aí, que nem eu falo, eu tenho só 1 filho, mas é como se eu tivesse cinco porque o cuidado, o trabalho, a atenção é de como se eu tivesse cinco filhos, ainda mais nos dias em que ele está nervoso, está agitado, que sai alguma coisa da rotina dele. Então é como se eu tivesse cinco crianças. Por isso eu penso né, imagina se eu tiver mais um desse jeito, eu chorei muito muito...mas, agora passou, sabe?! Mas no começo foi bem complicado aceitar porque não é o que eu queria, o que eu esperava, agora não! (Quartzo)

Quartzo tinha uma necessidade informacional sobre as chances de ter um outro filho com autismo. Para suprir essa necessidade, busquei usar a estratégia de trazer resposta baseada na ciência durante a VD, para isso fiz leituras e levei o resultado até Quartzo, no intuito de acalmá-la, mas também de mostrar a chance de vir a acontecer, não negando a probabilidade e a ciência. (nota de campo)

Outra coisa, a minha filha nasceu com sopro. Assim que ela nasceu que a gente descobriu. Aí mandaram eu ficar mais uns dias com ela na maternidade para fazer o ecocardiograma. Aí conforme ela foi crescendo ela foi fazendo mais. Aí deu o tal do CIV e encaminhou ela para Ribeirão. Estava aumentando o buraquinho e mandando sangue para o pulmão, então ela operou agora em agosto. Falaram que ela podia morrer do pulmão, então ela fez agora com 10 meses. E aí, a gente fica no quarto com mais mães e uma das mães disse que a menininha dela tinha o mesmo problema da minha. E a médica falou para ela que os outros filhos poderiam ter o mesmo problema. Aí eu comecei a ficar preocupada, aí fui perguntar para as médicas lá. Elas disseram que não, que foi um problema de fábrica. [...] Mas na verdade, ela não tinha sintomas nenhum. Mas não teve alta ainda. Aí a Doutora daqui disse que essa bebê poderia vir sim com problema, aí eu fui no Alto Risco e conversei com a médica e ela pediu um ECO Fetal, eu ainda não fiz. Estou aguardando para fazer o exame. No morfológico não deu nada. Mas ela pediu por causa da minha filha. Na (nome da filha) não deu nada nos exames, precisou nascer para saber. Mas eu quero saber para estar preparada. Pelo menos eu saber que essa bebê vai ter eu já fico preparada. (Hematita)

Independente da experiência detida, todas as participantes pediram por mais esclarecimentos acerca de seus direitos durante a gestação, parto e puerpério. Contudo, as discussões sobre parto nas VDs foram diferentemente tematizadas de acordo com a história de cada uma, uma vez que as necessidades de saúde irão

cambiar por este mesmo motivo. Foi movimento comum para as mulheres que viveram situações de violência obstétrica, resgatar os acontecimentos e abastecer-se de informações com a intenção de se fortalecer e se proteger de vivências similares na gestação atual. Para as primigestas e/ou primíparas, as necessidades foram movidas por um ideal de parto pré-concebido, imaginado, quando solicitaram informações para planejá-lo, entender o que lhe esperava e qual seu papel, visto que esta vivência é nova para elas. Cabe destacar que ambos os tipos de partos foram amplamente discutidos em VD, com diálogos isentos de pré-conceitos e julgamentos.

Dialogar sobre parto e direitos foi uma das necessidades com maior insistência de apresentação e de acolhimento para o serviço especializado de gestação de alto risco. Em consulta no serviço especializado receberam duas devolutivas, uma delas é que o parto seria normal independentemente da colocação da mulher, com falas sucintas de que tudo estava direcionando para um parto normal ou que este assunto não estava em tempo de discussão e seria deixado para momento mais próximo do nascimento da criança.

Em VD, todas as gestantes se mostraram abertamente disponíveis e interessadas ao diálogo e a fazer reflexões sobre o tema. Falar sobre o parto, sobre escolhas e direitos, sobre traumas e medos e, sobretudo, planejá-lo foi necessidade durante toda a gestação e se faz mais premente quando o nascimento do filho(a) se aproxima.

Eu queria muito ter parto normal, sabe? É meu sonho. Eu acho tão lindo. No da (nome da filha) eu precisei fazer cesárea e foi de uma hora para a outra. Caramba! Toda a vez que eu ia em consulta eu perguntava e a médica me dizia que estava tudo bem com ela, que estava tudo bem para eu ter normal. Se estava tudo bem por que eles tiraram ela de uma hora para a outra? Esse é a mesma coisa. Eu chego lá e está tudo bem. Que eu posso ter normal e não fala mais nada. (Safira)

O parto é um acontecimento aguardado pela gestante, companheiro e/ou familiares e faz parte elaborar expectativas para este momento modeladas a partir das experiências progressas, cultura, trocas com outras mulheres e das informações que são de seu acesso. Embora o Brasil tenha atingido melhora em sua cobertura de

assistência pré-natal, há carência informacional neste período, inclusive no que diz respeito aos atos de violência obstétrica (SILVA et al., 2015).

Em um relato de experiência sobre violência obstétrica, Silva et al. (2014) discute que o preparo da parturiente deve começar ainda na primeira consulta de pré-natal e que quando feito por meio de orientações adequadas, participações em grupo de gestantes e acesso a materiais informativos há contribuições para que ela esteja e se sinta preparada emocionalmente, socialmente e fisicamente. Omitir informações ou deixar de atender uma necessidade informacional expõe a mulher ao não reconhecimento de situações que caracterizam violência obstétrica (SILVA et al., 2015).

As falas das participantes deste estudo evidenciam uma desarticulação entre o pré-natal, parto e pós-parto. O manejo da gestação parece ser tratado de forma fragmentada a partir da especificidade de cada serviço de saúde. Ou seja, tem-se discutido o parto somente na hora do parto. A falta de informação ou a insuficiência dela é tratada por (SILVA et al., 2015) como iatrogenia e foi algo vivido pelas participantes não só no atendimento prestado pelo profissional médico, mas também dos outros profissionais presentes na AB e no serviço especializado.

No bojo das questões relativas ao parto e seu planejamento, pode ocorrer a interpretação equivocada de que todas as mulheres gestantes de alto risco precisam ter parto cesáreo. De acordo com o “Manual técnico de gestação de alto risco”, a atenção pré-natal para essas mulheres guarda particularidades e protocolos específicos, mas que a escolha de parto mais seguro vai depender de cada situação. A decisão deve ser individualizada a cada caso e a participação da mulher deve ser garantida neste processo decisório, com oferta de esclarecimentos para ela, companheiro/marido e familiares (BRASIL, 2012).

Vou passar por tudo de novo (parto normal). Se eu pedir analgesia, eles não escutam a gente! [...] Mas eu tenho direito se eu chegar com 39 semanas. Eu já implorei no dela (filha anterior). Eu estava exausta. [...] Que nem o exame de toque, eu já estava estrangida. Foi demais. E dói. Hora que entrava aquele monte de gente no quarto, eu já falava “eu não acredito”. Porque eu sabia que ia passar um monte de mão. (Hermatita)

Então, eu tive consulta ontem, aí perguntei para ela (médica) do parto, ela me falou que está tudo bem para ter normal. Disse que até agora nada indica que eu vou precisar da cesárea. Quer ver? Se a gente olhar aqui no cartão, eu estava com 33 semanas. (Rubi)

Eu queria muito parto normal. Mas ela (médica) não fala nada. Da outra gestação ela disse que estava tudo bem. Cheguei na consulta e já fui internada. Nem roupa eu tinha para minha filha e tive que fazer cesárea. Poxa vida, se estava tudo bem, por que nasceu de uma hora para outra? Ela ainda ficou 15 dias internada porque não tinha peso. Mas então não estava tudo bem. (Safira)

Eu não estava aguentando, fiquei sentada, quietinha, esperando o outro médico. Tinha uma mulher reclamando lá que foi fazer o exame de toque e veio quatro estudantes. Já avisei o meu marido e a minha mãe – é uma pessoa só, e eu quero só que o médico coloque a mão em mim – o que eu passei na mão daquela senhora eu não quero mais, pelo amor de Deus. (Abalone)

Não. A única coisa que ela falou foi – você já teve uma cesárea? Eu falei que já e ela me disse – tudo bem então. Não falou nada. Nessa última consulta nem colocar a mão em mim ela pôs, foram os estagiários, porque sempre é ela que me examina, que ausculta o coração e tudo, dessa vez não. (Quartzo)

O estudo de Brito et al. (2015) sobre as percepções de puérperas acerca do preparo do parto em pré-natal aponta que algumas gestantes do estudo chegaram à maternidade sem qualquer informação pré-natal a respeito do parto. Esse dado foi mais presente nas gestantes multíparas e os autores consideram que os profissionais de saúde que as atenderam entendem que elas já detêm conhecimento suficiente, dispensando a necessidade de abordar o tema na nova gestação. Diferentemente deste estudo, a percepção das enfermeiras visitadoras é de que a multípara traz mais elementos para a discussão sobre o parto, uma vez que carrega consigo vivências, significados e sentimentos de partos anteriores, muitos dos quais sentidos, vividos como violências.

Outro estudo que mensurou o conhecimento da gestante sobre parto e sinais de alerta, reforça o que aconteceu no pré-natal realizado no serviço especializado, quando traz que as gestantes entrevistadas relataram não ter recebido orientações sobre os sinais de alerta e de trabalho de parto durante a assistência pré-natal (FÉLIX et al, 2019).

Além das informações requeridas, fizeram a retomada dos próprios antecedentes obstétricos para fortalecer e justificar a tomada de decisão acerca da escolha de parto. Ainda, tentam compreender burocracias e validar conhecimentos sobre seus direitos. Mas sentem-se confusas e até ligeiramente descrentes que irão viver o parto conforme aos seus planos. Isto se dá porque percebem as informações como desconhecidas, visto que as políticas públicas destoam da realidade praticada que viveram anteriormente. Mas dentro do possível, recolhem informações e planejam o parto com objetivo de lutar por um fazer diferente, pelo seu direito de ter o parto idealizado, sempre que possível for.

Hermita tem me procurado constantemente via telefone nos últimos dias em busca por informações que reforcem que a sua decisão de aguardar pelas 39 semanas de gestação não irão causar prejuízos à saúde da filha. Conversamos sobre sinais de alerta, sobre sua pressão arterial e sobre seu vínculo com a maternidade. Percebo que ela está aflita, mas segura por sua decisão em não se submeter a procedimentos que não a agradam. (nota de campo)

Eu vou esperar. Eu estou me sentindo bem. [...] Mas eu não vou voltar na maternidade. Se eu já estou com trauma, imagina agora eles induzirem o parto? [...] Eu não vou chegar lá, deixar fazer o que quiserem comigo? Tem mulher que está lá esperando três dias para induzir. Eu não vou passar por isso. Eu estou brigando por uma coisa que é direito meu e por respeito. Também quero respeito. [...] Mas eu peguei minha coisas, vim para casa, estou aqui quietinha, meus pés estão menos inchados. Eu estou tranquila, eu vou esperar. Ela marcou para amanhã, amanhã eu volto. Vou ver o que ela vai falar, dependendo do que ela falar eu volto para casa de novo. Mas induzir, eu não vou induzir. (Hermita)

De acordo com a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2016), as experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto podem acarretar marcas permanentes em suas vidas. Em relação às marcas negativas, provenientes da violência obstétrica, estas podem acontecer de diversas formas, dentre elas estão: violência física, abusos verbais, situações de humilhação, violação dos direitos, como na proibição do acompanhante, além do cuidado negligente para mãe e filho(a). Quando vivida, pode causar danos relacionados ao direito reprodutivo da mulher e ocasionar traumas físicos e emocionais. Depressão, receio de ter outros filhos e problemas na sexualidade também podem ser uma das consequências. A incipiência informacional aumenta o sentimento de ansiedade, dor e insegurança, assim, o

acolhimento profissional, com uso de comunicação efetiva e respeitosa são necessidades e para além disso, reforçam o direito da mulher em sua experiência de parto. Questiona-se, “A assistência à mulher parturiente tem sido humanizada?”; “As mulheres têm sido informadas suficientemente em suas demandas para que consigam exercer seu direito de decidir sobre as intervenções no seu corpo?”; “Está sendo oportunizado a elas espaço de escuta qualificada nas situações que lhe angustiam?”.

Outro contexto é quando a gestação de risco acontece pela má formação fetal. As angústias para compreender a real condição da criança e suas necessidades são prementes e assolam a família de preocupação. Emerge fortemente a necessidade de informações concretas, acolhimento e uso da tecnologia para assertividade do diagnóstico. A aproximação do parto traz mais apreensão, mas se dissolveu com o desfecho do nascimento. Além das necessidades citadas acima, há também a necessidade de entender os cuidados que farão parte da rotina do filho(a) pelo diagnóstico dele(a) e o conhecimento da rede de apoio formal para entender quais serão os recursos de tratamento.

As duas gestantes deste estudo que viveram gestações com má formação fetal, tinham como principal apoio o companheiro. Uma das crianças nasceu com Síndrome de Edwards no hospital de referência da região, inclusive foi desejo da família se vincular a este hospital previamente pois entendiam a necessidade desse serviço para a criança, cogitando inclusive a possibilidade do filho(a) precisar de procedimentos cirúrgicos após o nascimento. Essa família vivenciou relações de acolhimento profissional e estavam constantemente em buscas por informação para se apropriarem da situação. A *internet* também foi recurso informacional para eles.

Então juntando as duas síndromes, dá quase 80% de chance de ter alguma síndrome, mas que também tem aqueles 20% de chance de ela não ter nada. É claro que prefiro pensar que ela vai ter alguma coisa do que ir no dia achando que ela não vai ter nada...porque assim, é complicado. (Cristal)

Aí a médica já disse que ela tinha a translucência nucal alterada, edema generalizado, ducto venoso inverso...aí você pensa o que? Eu não sei nada disso, mas você sabe que é alguma coisa. Ai ela já deu também a porcentagem da chance do sexo do bebê que era 60% de chance de ser menina. Ai minha filha, você começa a olhar essa internet e você começa a ver um monte de coisa que você não entende

nada, aí piora! [suspiro], mas aí meu marido foi conversando comigo. (Cristal)

Então....a síndrome de Edwards é rara. Acho que aqui no Brasil tem 150 mil casos, alguma coisa assim. Então ele não quis entrar muito em detalhes, ele entrou mais em detalhes sobre a Down. Eu perguntei os graus né, ele disse que isso só dá para saber quando nasce com exames detalhados, específicos e o só dá para saber quando ela nascer. (Cristal)

Eu vou dia 25 para (cidade do hospital de referência) o, eles marcaram. Mas eu vou sabe porquê? Porque se depois eu precisar, o caminho está aberto, porque se acaso precisar eu vou ter que esperar esse processo de novo, esperar marcar para fazer, então eu vou. (Cristal)

A outra família teve o filho diagnosticado com Mielomeningocele e Hidrocefalia. No caso, o casal apresentava vulnerabilidade social (situação econômica desfavorável e rede de apoio frágil) e intelectual, o que interfere diretamente nas necessidades correlacionadas as boas condições de vida. Essa família vivenciou entraves durante o pré-natal, com incipiências informacionais e de acolhimento.

Eu comecei o pré-natal de risco com 17 semanas, a gente pagou um ultrassom para saber o sexo do bebê. Aí viu que ele tinha um buraquinho na coluna e o pé torto. (Diamante)

Mas eu fico pensando como vai ser quando eu ver ele. E as necessidades de dinheiro. Que nem, semana passada a gente tinha 10 reais para passar a semana. (Diamante)

Percebi que o último ultrassom da Diamante mostra Restrição de Crescimento Intrauterino. Perguntei para ela se haviam comentado em consulta da possibilidade de o bebê nascer prematuro. Me disse que não. Então refiz a pergunta e perguntei quando ela acha que o bebê nasceria. Ela me respondeu que em março. Estamos em janeiro. Eu sabia que ela teria consulta dia seguinte. Mudei totalmente a pretensão que tinha para a VD e os preparei (Diamante e companheiro) para a possibilidade de o bebê nascer nos próximos dias. [O bebê nasceu dois dias depois] (Nota de campo)

Quando ele nascer eu já sei que vamos ter que ficar pra lá e pra cá com ele fazendo tratamento. Isso pra mim não é algo novo porque desde criança minha vó sempre me levava pro médico por causa do meu problema. Uma coisa que percebo é que no alto risco tudo que a gente pergunta eles falam que não sabem que vai depender quando

*nascer, aí a gente fica sem saber de como realmente ele está.
(Diamante)*

Nenhum profissional de saúde levou Diamante e o companheiro para visitar o bebê na UTI Neonatal. Fui até a Maternidade e conseguiu levá-los para conhecer o filho. (Nota de campo)

Realizei reunião com serviço de apoio a rede do município para inclusão do bebê de Diamante integrar o serviço enquanto paciente após a alta hospitalar. É sabido que ele precisará de atendimento com fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. A resposta é positiva. (nota de campo)

Uma pesquisa que objetivou conhecer as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas gestantes e a relação delas com o apego materno fetal, a ansiedade e a depressão diante do diagnóstico de malformação fetal, apresentou resultados similares aos das gestantes deste estudo no mesmo contexto (BORGES; PETEAN, 2018). O estudo discorre que a descoberta da malformação do filho(a) determina um período para os pais assimilarem e se reorganizaram. Quando não dispõe de recursos de enfrentamento ocorre maior estresse, crise e desequilíbrio. Além disso, mães com baixa escolaridade, baixa renda e menor tempo de relação conjugal apresentaram escore maior para ansiedade e depressão. São preocupações delas, o diagnóstico de anomalia congênita e a possibilidade de precisar de acompanhamento médico por toda a vida, pois trazem insegurança em relação ao futuro e bem-estar do filho(a). Foram percebidas as seguintes estratégias para o enfrentamento: religiosidade, busca por informações relevantes e que trariam benefícios no tratamento do filho(a) e alternativas para solucionar as dificuldades em relação ao diagnóstico. Fica posto no estudo que proporcionar um ambiente seguro, acolhedor e de escuta, pode contribuir para a gestante verbalizar e refletir sobre seus sentimentos e expectativas, além de contribuir para os sentimentos negativos provenientes da condição do filho(a) (BORGES; PETEAN, 2018).

Em sua origem, o conceito de vulnerabilidade designa grupos ou indivíduos que apresentam alguma fragilidade, seja jurídica ou política e que interfere na promoção, proteção e garantia dos direitos de cidadania (CARMO; GUIZARDI, 2018). Na Saúde Coletiva, o conceito de vulnerabilidade foi definido como a suscetibilidade dos indivíduos a problemas e danos de saúde; assim como ao grau de suscetibilidade ou

risco a que está exposto uma população na ocorrência de danos por desastres naturais (AYRES, 2006).

Cabe ressaltar que há diferenças entre risco e vulnerabilidade, sendo risco a identificação de pessoas e características que atribuem probabilidade menor ou maior de exposição a determinados eventos de saúde, enquanto vulnerabilidade se refere a elementos abstratos, resultado de aspectos individuais e de contextos ou situações coletivas que produzem maior suscetibilidade aos agravos e morte e a possibilidade ou não de encontrar recursos para o seu enfrentamento (AYRES, 2006).

Minimamente todas as participantes deste estudo foram acometidas por dupla vulnerabilidade: serem mulheres e serem gestantes de alto risco gestacional, cada qual com a particularidade do diagnóstico de risco. Além disso, outras vulnerabilidades foram identificadas como: baixa escolaridade, situação conjugal insegura, conflito familiar, baixo nível socioeconômico entre outras (GARCIA et al., 2019).

As situações de agravo ou ameaça são reconhecidas por três dimensões que se interligam, são elas: dimensão individual; dimensão social e dimensão programática (NICHATA et al, 2008). A dimensão individual é determinada pelas condições cognitivas (relacionada a qualidade e quantidade de informação que o indivíduo detém, assim como de interpretá-la), comportamentais (capacidade e habilidade do indivíduo transformar as preocupações em ações protetoras) e sociais; a dimensão social integra a identidade social, o ciclo de vida, acesso à informação e como mobilizar em mudanças práticas na vida cotidiana, bem como as características do espaço social, as iniquidades, as relações de gênero entre outras; e por fim, a dimensão programática que está relacionada ao acesso aos serviços de saúde, bem como a sua organização e vínculos com os usuários (NICHATA, 2008).

A necessidade de saúde apresentada à luz das falas das participantes nesta unidade temática foi a de obter informações relacionadas a sua condição de saúde e aos cuidados percebidos. Para que reconheçam o acompanhamento pré-natal como espaço de acolhimento dessa necessidade em específico, apontam que seria necessário encontros profissional de saúde-gestante que favoreçam a fala da gestante, de escuta sensível, com oportunidades de trocas de saberes e reflexões, que guardem proximidade e que promovam vínculo. É preciso a compreensão profissional de que as necessidades de saúde são dinâmicas, subjetividades, individuais e que se transformam a partir de cada experiência e história de cada único

ser. Mas que são delas que se originam possibilidades significadas de cuidado. Contudo, o que ocorreu as gestantes deste estudo foi uma porção de desencontros que acaba por somar mais uma vulnerabilidade vinda da desinformação.

A recomendação é reconhecer nas consultas uma oportunidade de espaço para encontros que possibilitam a apreensão e até redução das vulnerabilidades singulares a cada gestante, inseridas em diferentes contextos, a partir da oferta e troca de informação que seja trazida como necessidade de saúde pela gestante, a partir de mais encontros verdadeiros e dialógicos, oportunizando a ela acesso e uso programático concernente as suas vulnerabilidades sejam quais forem.

Mesmo que o fortalecimento do vínculo entre profissional de saúde e gestante seja uma necessidade, ele foi sendo impraticado desde a descoberta da gestação. Inclusive, quando a gestante é desvinculada da AB. Quando ela assimila que é gestante de alto risco, se dá a oportunidade de viver outras necessidades. A informacional é a principal delas e está presente para atender suas necessidades de boas condições de vida. Com o vínculo fragilizado e a ineficiência de um atitudinal favorável em relação a tecnologia leve de cuidado a gestante é constantemente movida para situações que não atendem a sua necessidade de boas condições de vida, sequer de autonomia e autocuidado.

5.3 Unidade Temática: Rede de apoio social: necessidade de seu fortalecimento e consideração

Conforme tratado na unidade temática anterior, a presença do acompanhante durante as consultas de pré-natal foram poucos usuais e na perspectiva da gestante isso aconteceu por uma questão de limite no espaço físico e cultura do próprio serviço de saúde. Essa circunstância fez a gestante conceber o local como não próprio para estar com acompanhantes.

Cabe dizer que as duas gestantes que tinham a gestação de risco pela malformação fetal foram as únicas mulheres acompanhadas do companheiro/marido. No caso deles, fizeram questão de estar com elas em todas as consultas de pré-natal e se direcionarem à equipe de profissionais de saúde principalmente para obtenção de informação.

Ele vai em todas as consultas comigo, não falta em nenhuma. Porque eu já fui com a minha prima, mas ela não pergunta. Ai a gente ficou sem saber algumas coisas e ele gosta de estar comigo porque ele pergunta tudo. (Diamante)

A Cristal diz que ela e o marido são o principal apoio um do outro. Mas que sente que ele está sobrecarregado, pois suporta todo o sofrimento dela, diz que ele é sensível e está contendo os sentimentos dele para ele. Percebo que ele fica próximo durante a visita e nos escuta. (Cristal)

Além do companheiro/marido, alguns familiares que residiam no mesmo espaço que as gestantes permaneceram ao redor delas e da enfermeira visitadora em algumas das visitas domiciliares. Em algumas situações estavam próximos para ouvir e até 'disfarçaram' sua presença, quando tinham muita necessidade, ou quando se sentiam mais à vontade usaram do momento como uma possibilidade de atender alguma necessidade que era deles, mas que guarda uma relação com as necessidades da própria gestante. Em alguns momentos, pediram em VD para que as enfermeiras dirigissem falas diretamente aos companheiros/maridos, principalmente aquelas relacionadas ao momento do parto, direitos e a presença do acompanhante.

Ei, (nome do marido) venha aqui um momento. A (nome da enfermeira visitadora) está falando uma coisa que é bom você saber. É sobre o dia da maternidade, é bom você ouvir também. (Malaquita)

Durante o período gestacional, a mulher pode apresentar labilidade emocional e transformar o modo como se relaciona com a família e como desempenha seus papéis. Há transformações esperadas para a mulher grávida e há mudanças que acontecem no contexto familiar e grupo social ao qual ela se insere. O apoio social pode ser requerido pela mulher neste momento e é importante para o enfrentamento de situações geradoras de estresse. Quando há apoio familiar há evidências de que a gestação pode transcorrer com mais tranquilidade e com a sensação de segurança (BARRETO et al., 2015). Além disso, quando a equipe de saúde entende a gestação como um evento singular e familiar, sob influências sociais e culturais há alinhamento com os alicerces do cuidado integral. Entender o funcionamento familiar e como estão se relacionando com a gestação é preciso e permeia a expressão das necessidades e possibilita práticas de cuidado e acolhimento para além da gestante e que impactam a saúde dela e do filho(a) (ALVES et al., 2015).

Além da família como contexto protetor, há também as situações não protetivas e que podem vulnerabilizar ainda mais a gestante. A assistência pré-natal tem potencial para identificar casos de violência do parceiro e para acolher a gestante. Neste sentido, o estabelecimento do vínculo com a gestante e relacionamentos de confiança podem ter alcances neste sentido, principalmente quando a AB se faz presente para se aproximar da unidade familiar (MARQUES et al., 2018).

Identifica-se clara necessidade de estreitar a relação família e companheiro dos profissionais, na direção de não precisar ser a ponte das informações e ter o risco de não dar conta de transmiti-la com a clareza e acurácia, mas também por reconhecer o desejo dos familiares em dar suporte a ela, com carência de diálogos informativos e esclarecedores.

Outra necessidade comum às gestantes já mães, foi de se organizar em relação ao cuidado com os demais filhos quando fosse preciso se ausentar devido ao período de parto e primeiros dias do puerpério. Contar com ajuda externa e aceitar, principalmente quando precisam ceder para terceiros os cuidados e as responsabilidades que desempenham com os demais filhos, foi angustiante e gerou ansiedade. Sabem que vão precisar, mas tentam buscar meios e possibilidades de

reduzir sua ausência para retornar logo as suas atividades habituais. Conversar sobre isso e os sentimentos a partir dessa situação é necessidade e as ajudam no planejamento deste momento.

Então, ficar internada com ele quinze dias? E a (nome da filha)? Ela é muito apegada. (Safira)

É o que eu penso. Como vai ser? Por que ele vai ficar onde? Tudo bem, eu posso falar que estou viajando, alguma coisa, mas aí eu penso assim, na hora que eu chegar quem vai levá-lo até a escola? Aí eu fico pensando, se eu pedir uma licença na escola, eles vão me dar durante uma semana, tudo bem, mas aí é uma semana que vai sair da rotina dele, porque as aulas já vão ter começado, ele vai ficar em casa, depois ele vai voltar. Aí para voltar tem toda uma rotina para fazer com que ele aceite ir para a escola, e não sou eu que estarei lá para ajudar, porque eu vou estar aqui. (Quartzo)

No processo gravídico-puerperal a família tende a ser o principal apoio social da mulher. Ela é capaz de influenciar o modo como a gestante se relaciona com a condição e pode contribuir positivamente ou negativamente na gestação, inclusive com situações do passado (SCHMALFUSS; LIPINSKI, 2015). A relação conjugal disfuncional, somado a falta de apoio e envolvimento do companheiro/marido com a gestação, podem ser considerados fatores de risco para a depressão pós-parto e acarretar na perda do interesse, prazer, humor, cansaço, alteração do sono, apetite e sentimento de culpa na puérpera (DELLE FAVE et al. 2013). Por outro lado, é comum ele ser a única ou a principal referência dentro do convívio domiciliar. Quando a relação é positiva, é comum sentirem-se felizes, acolhidas, cuidadas e apoiadas (SILVA et al. 2016). Mantê-lo bem-informado e preparado pode promover a segurança e contribuições para a dinâmica familiar e foi movimento dos pais que viveram a malformação fetal ao lado da companheira/esposa nestas condições.

Embora a gestante seja o indivíduo grávido e seja ela principalmente quem sente as transformações concernentes a este período, necessidades da família, principalmente aquelas relacionadas aos companheiros/maridos e filhos, ecoam nas necessidades delas, inclusive, algumas tem poder de interferir na manutenção da sua saúde e bem-estar.

Para duas gestantes as necessidades surgiram a partir de uma condição do marido que fazia uso de substância psicoativa. Uma delas viveu fortemente o

desamparo imposto por toda essa situação, principalmente pela dificuldade financeira e vivência de violência. O que traz impactos significativos na manutenção de boas condições de vida.

Eu tenho que ficar de olho nas coisas aqui de casa. Minha mãe deu essa máquina de lavar para mim. Eu não vou deixar ele levar ela de casa. Mas ele vendeu o videogame do meu filho para comprar droga, eu acordei ele já tinha levado. Então eu preciso ficar esperta. Eu não vou deixar. Minha mãe que meu. (Turmalina)

Quem me ajuda é a igreja a comprar comida. Porque ele (marido) tem muito trabalho, ele trabalha de segunda a sábado, mas ele gasta tudo. E eu já compro a comida com o dinheiro do Bolsa Família, não deixo ele pegar se não a gente fica sem. [...] Eu não consegui falar com você porque eu estava sem crédito, estava sem dinheiro. Aí por isso que você (enfermeira visitadora) não conseguia. (Turmalina)

Após conversar com a Turmalina e a tia do marido, entendo que a separação não é seu desejo e que elas gostariam de apoio para ele. Entro em contato com a psicóloga do serviço de atendimento especializado em gestação de alto risco e relato sobre o caso. Ela se dispõe a atender o casal na próxima consulta de Turmalina. Converso com o marido e ele aceita. (nota de campo)

Estudo aponta que o uso drogas pelo companheiro/marido pode ser fator preditivo para a violência, gerar conflitos e resultados em atos de violência (SGOBERO et al. 2015). Esse dado corrobora com a experiência de Turmalina, as necessidades delas foram ocasionadas pela situação do marido e trouxeram a ela um cenário de vulnerabilidade e complexidade. Suas necessidades foram muitas, sendo elas a de estar em um ambiente domiciliar seguro; ter alimentação garantida; ter dinheiro para manter as contas mensais quitadas, como energia, gás e água. A falta de resolução destas necessidades afetava e até impediam de ter saúde e boa condição de vida, quiçá alcançar autonomia e autocuidado.

A outra gestante que viveu situação similar detinha recursos, como a possibilidade de internação do marido em unidade de reabilitação, somado ao apoio dos sogros para realização disto. Além disso, ela exercia atividade remunerada. Esta gestante teve a gestação quase em sua totalidade vivida ao lado do marido, pois ele não fazia uso de substância psicoativa há três anos. A necessidade desta gestante foi de adaptar-se emocionalmente à ausência dele e assimilar que teria uma nova

composição da sua rede de apoio, onde ele não mais estaria presente, principalmente no momento do parto e puerpério que se aproximava.

Droga, né? Eu te falei que ele tinha problema, né? Então ele ficou ansioso com a bebê, ele tinha saído do serviço. Ele tem uma certa fragilidade de enfrentar os problemas, né? Ele estava pegando a filha dele, né? Aí ele estava muito ansioso. Foi muito rápido. Na segunda ele estava ansioso, na terça ele estava ansioso, bem estranho. Ele mesmo fala que estava em crise. Não conseguia dormir, não conseguia comer. Na quarta eu estava em casa e aí ele falou que queria estar sozinho. Isso não é dele. Aí eu liguei para a psicóloga dele que é dona da clínica e eu disse que ele estava com uma crise aguda, né? Aí ele sempre vai quando sente que tem uma crise. Mas dessa vez ele não queria ir. Aí a tarde ele saiu e já voltou transtornado. [...] Aí sete horas o pessoal veio e já pegou ele. Foi um susto porque ele estava muito bem. Foi muito rápido. Mas graças a Deus a gente já conseguiu um alívio muito rápido que foi a clínica. (Rubi)

Hoje eu estou melhor, mas ontem que aconteceu, a gente já está sensível, né? Aí, vou chorar. Eu estou enfrentando mais, eu preciso ser forte. Ela não pediu para nascer. (Rubi)

No dia que a Rubi me contou da internação do marido, ela estava muito abalada com o acontecimento. Meus planos para este dia era de repassar alguns aspectos sobre parto e direitos. Optei por desenhar com ela sua rede de apoio. Discutimos a importância desta rede, como se relacionam com ela e como poderá ser apoio para ela no parto e puerpério. (nota de campo)

A desarticulação da rede de assistência foi cenário experienciado por uma das gestantes deste estudo. Esta gestante iniciou o pré-natal na AB e foi encaminhada ao serviço especializado de gestação de alto risco devido ao diagnóstico de Hepatite C, descoberto nos exames do primeiro trimestre da gestação. Ela fez acompanhamento concomitante em outro local, sendo este o serviço especializado em infecções crônicas do município. Embora tenha sido recebida e acompanhada em ambos os serviços especializados, há insuficiência nas contrarreferências, inclusive quando se incluí a Maternidade nesta rede de atenção.

Ela voltou para casa com o leite em lata. Aí veio com uma medida da alta. Mas ela está chorando de fome. Aí a gente aumentou por conta. [...] Não consegui marcar com o pediatra. Eles disseram lá no posto que só daqui um mês. (Turmalina)

O bebê de Turmalina nasceu e recebeu alta. Envio mensagem para ela para agendar a próxima VD e sei que neste dia ela está em retorno com o Centro de Infecções Crônicas para acompanhamento. Aproveito para perguntar para ela se a criança já tem agendamento também neste Centro e ela me informa que não. Opto por ligar no Serviço de Especialidades Médicas para obter mais informações, o local me informa que não sabia do nascimento da criança e que nenhum outro serviço os comunicou. Consigo agendar consulta com eles para o dia seguinte. (nota de campo)

A ausência de integração da rede de assistência, somada à oferta incipiente, repercute negativamente no acesso aos serviços especializados e isso foi situação presente no estudo sobre acompanhamento pré-natal de gestação de alto risco. Diferentemente, as participantes deste estudo não tiveram dificuldades de acesso aos serviços especializados que precisavam. O maior entrave delas foi a desarticulação destes serviços, conforme exemplificado anteriormente. O mesmo estudo aponta que a falta de diálogo entre os serviços de saúde pode fazer a gestante de risco evadir do sistema, logo a referência e contrarreferência devem ser eficientes e institucionalizada.

Além da própria gestação de alto risco, foi uma característica deste grupo de mulheres estarem inseridas em um conjunto de situações vulnerabilizantes, como: baixa renda, ausência de atividade remunerada, baixa escolaridade, situação de violência sexual, presença de Infecção Sexualmente Transmissível (IST) entre outras. Todos os determinantes amplamente discutidos na literatura e articulados a morbimortalidade.

O cenário acima demanda uma rede de assistência sólida, articulada, acessível e resolutiva. A não vivência desses atributos impõe uma não assistência que por sua vez potencializa necessidades e vulnerabilidades.

Inclusive, as duas gestantes que tinham diagnóstico de Infecção Sexualmente Transmissível foram estigmatizadas e uma delas sofreu consequências a longo prazo devido a um atitudinal profissional. Para além do profissional, uma das gestantes relata preocupações com os preconceitos sociais quando questionada sobre o motivo de não amamentar o filho que irá nascer. Sente a necessidade de planejar de antemão as respostas aos questionamentos que serão feitos.

Sabe, tipo, eu fui conversar assim com o médico que começou tratar o meu filho, eu queria saber o que estava, sabe, todo mês era aquela, aquele questionário para saber o que que estava acontecendo. Ele falou: Abalone, você não passou nada para seu filho, aí eu falei: eu passei, a enfermeira falou que eu passei! (Abalone)

Eles já deram remédio para secar meu leite e me enfaixaram. Eu não posso ficar com ela, eles não deixaram ela no quarto comigo. Eles disseram que não sabem que medicamento que eu tomei para Hepatite C, então eu não posso dar “mama” para ela. (Turmalina – na noite em que a filha nasceu)

Duro que não seca tão rápido assim né (sobre o leite humano)?! Eu sei porque ficava vazando no do meu filho e todo mundo perguntava – nossa, por que você não amamenta? Mas nesse estou me preparando mais já, até aqueles absorventes maiores eu vou comprar. (Abalone)

Embora a gestante precise ser enxergada na sua individualidade pelo profissional de saúde e equipe, o modo como ela se relaciona e como a dimensão social se relaciona com ela, seja no âmbito familiar, rede de apoio social, comunidade e até mesmo as políticas públicas também precisam ser considerados.

A expressão das necessidades de saúde será diretamente influenciada por estas outras esferas e para conhecê-las é preciso interesse, relacionamento e vinculação. Além de afetarem positivamente ou negativamente a necessidade de boas condições de vida, mas sem vínculo não alcanças de cuidado em sua totalidade.

5.4 Apresentação do infográfico para as gestantes

O infográfico abaixo é produto síntese deste estudo e foi apresentado a três participantes no intuito de validar as recomendações para a prática profissional no pré-natal de alto risco.



Necessidades de gestantes de alto risco e a atenção pré-natal

Profissional de saúde, aposte no diálogo com a gestante nos seguintes eixos temáticos:

Elaboração da condição de alto risco

- Não se limite a dimensão biológica, acolha as demandas emocionais da gestante;
- Estabeleça com a gestante diálogo horizontal, transparente e claro sobre seu diagnóstico e resultados de exames;
- Considere as percepções da gestante e de sua família sobre a gestação de alto risco e a inter-relação destas percepções;
- Reflita com a gestante sobre suas experiências de saúde sexual e reprodutiva e dê encaminhamentos quando solicitado.

Acolhimento Informacional

- Mantenha com a gestante e sua família relações próximas, escuta sensível, livre de preconceitos e julgamentos;
- Promova espaços e adote estratégias para conhecer as dúvidas da gestante e de sua família, propicie informações e converse sobre direitos.

Consideração do seu contexto de vida

- Considere o contexto sócio-histórico, familiar e comunidade da gestante nas práticas de cuidado em saúde e quando necessário, faça intervenções;
- Maneje e integre de forma criativa e assertiva as diversas tecnologias de cuidado e a rede de profissionais de saúde.

As recomendações deste infográfico derivam de resultados da tese de doutorado de Bruna de Souza Lima Marski.

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

As validações das gestantes, a partir da apresentação do infográfico, foram apreendidas e seus enxertos estão dispostos a seguir.

As três participantes desta fase validaram todos os achados e recomendações trazidas no infográfico. Não houve discordâncias em nenhum aspecto ou acréscimo relevante de novas recomendações para acolhimento das necessidades de saúde. Percebe-se que as falas são de concordância e com exemplos que denunciam o não acolhimento da necessidade.

O infográfico recomenda inicialmente o cuidado em saúde para além do manejo da dimensão biológica e direciona o diálogo como estratégia potente e com alcance amplo para acolhimento das necessidades de saúde da gestante de alto risco. As entrevistadas afirmam esta necessidade.

Falta diálogo. Falta do médico, de todos os profissionais, de todos os setores. Desde um técnico de enfermagem, um enfermeiro, médico, tudo. (Pirita)

Sim. Conversar, falta conversar mais. Ninguém conversa com a gente. Sabe aquilo que eles faziam no postinho? Nem sei se estão fazendo ainda, que ia nas casas visitar. Acho que era para ter esse contato, conversar. Acho que faz muita, muita diferença na vida da gestante. (Rubi)

Sobre a elaboração da condição de alto risco, as três participantes reforçam ser a descoberta da gestação um momento de apreensão e ansiedade, sendo sim uma necessidade receber acolhimento e apoio emocional dos profissionais de saúde para elaborar a condição, inclusive com inclusão de outros profissionais de saúde neste processo. Reforçam que receber informações concretas sobre o diagnóstico pode diminuir esses sentimentos.

Com certeza. Eu quando engravidei, até meu quarto mês, quinto mês, eu não sei como essas gestantes falam que amam o filho, porque eu não consigo ter sentimento por algo que eu não sinto que eu não vejo. [...] É muito mais o apoio psicológico do que qualquer outra coisa. Eu tive muitas coisas. Hoje eu posso dizer que eu amo meu filho. Mas no começo eu não tinha esse sentimento de amor. Então assim, eu acredito que tenha passado por uma depressãozinha, mas passou. (Pirita)

Mas ainda é entender, se esse probleminha é um probleminha, se é um problemão. Parece que começa tudo de novo, parece que começa de novo. Uma gestação nova, com tudo novo, eu teria que ficar deitada, parar de trabalhar e eu sou muito ativa. Então parece que começou do zero de novo. (Pirita)

A gente precisava de um apoio emocional, psicológico para entender. Porque que nem eu, era minha quarta gestação e as minhas outras três eu nunca tive nada. Eu precisava de um apoio para me explicar o que realmente estava acontecendo. (Hematita)

É isso mesmo. No meu caso, por mais que eu quisesse a gestação e estava tudo ok, quando surgiu os problemas da minha saúde, eu ia em um médico falava uma coisa, ia no outro falava outra coisa. Então esse acolhimento de ter alguém, de ter mesmo. Eu não me sentia de ninguém. Até mesmo o Alto Risco, ela era bem “secona”. E o estado emocional da grávida já é diferente. Então sabe aquela coisa, já ouviu falar daquelas coisas do grupo do AA, quando a pessoa chega no grupo buscando ajuda eles fazem a maior festa para receber. Acolhem. E no meu caso eu já queria, imagina uma mãe que não queria. Engravidou, o marido não queria. Então o acolhimento, esse primeiro acolhimento seria essencial. (Rubi)

Sobre a organização da rede de assistência à gestante, nota-se pela fala acima que de fato há necessidade de manejar, articular e integrar profissionais e tecnologias. Sua ausência trouxe à Rubi sentimento de não estar vinculada a nenhum serviço de saúde.

Em relação a recomendação de considerar as percepções da família sobre a gestação de alto risco, as entrevistadas corroboram com a recomendação do infográfico. Para Hematita a inclusão do parceiro ecoa de forma positiva na parentalidade e atende uma necessidade de marido e pai em compreender o diagnóstico de risco e até de apoiá-la.

Uma das entrevistadas inclusive coloca a inclusão do parceiro no pré-natal como estratégia necessária para compreensão da coexistência do casal e filhos, seu funcionamento e desdobramentos na evolução da gestação, com indicativas de intervenção quando preciso.

Eu queria que meu marido tivesse sido incluído no pré-natal, porque eles ajudam a gente com o filho, com a gente mesmo. Eles sempre estão ali e querem saber o porquê isso está acontecendo. (Hematita)

O meu marido não vai comigo porque o médico não conversa com ele. Se for para ele ir para ficar que nem uma estátua. Entendeu? Não agrega. Tem maridos e maridos, tem maridos que agriem, tem marido que não entende a dor. Então os médicos deveriam integrar os maridos, filhos. Às vezes a chegada do irmão gera alguma coisa. Nem todo marido é preparado para ser pai, para ser marido. Às vezes vive em bar, então precisa entender. (Pirita)

Sobre a realização de exames e acesso a outras tecnologias de cuidado para elaborar a condição de risco, as três gestantes concebem que estes são meios e possibilidades que viabilizam o esclarecimento de diagnósticos e tratamentos. Ter estes esclarecimentos em relação ao diagnóstico e afirmações sobre sua condição é uma necessidade que pode ser atendida com estas práticas de cuidado.

Tem exames específicos que ajudam a gente a descobrir coisas e só pelas máquinas para gente poder ver. Como no meu caso que tenho problema no fígado. Então como tem eu fico mais tranquila, para ter certeza do diagnóstico, como tratar, como prevenir. Eu fico mais tranquila. Porque tem exames, um raio x pode não mostrar o que uma ressonância mostra. (Hematita)

Eu acho que quando há alguma dúvida, quanto mais der para fazer, para ter certeza, melhor. Porque tem tantos exames que já vê antes, eu acho bem-vindo. (Rubi)

Contudo, as falas apresentam uma dissonância em relação a representatividade da tecnologia. Para duas delas o uso da tecnologia tem significado positivo. Para Pirita há sentimentos com conotação negativa e a possibilidade de não precisar de tecnologias mais complexas representou alívio.

Pirita é profissional de saúde e, portanto, detém conhecimento e experiências prévias atreladas a tecnologias e ao uso delas. Esse apontamento indica exploração para apreensão do fenômeno com vistas a compreender o quanto a necessidade de tecnologias de cuidado assusta aqueles que detém conhecimento na área ou até experiências anteriores negativas.

Me ajudou quando ele (médico) disse que tinha que fazer uma ressonância da placenta, porque talvez a placenta tivesse grudado no útero e a cirurgia seria outra. Aí eu precisaria de um vascular. Seria uma retirada de útero, não só uma cesárea. Então nesse momento eu fiquei com medo. Mas aí ele viu no ultrassom que não precisaria de nada disso. Eu odeio hospital, gosto de hospital só para trabalhar, eu

odeio agulha, odeio vacina. Eu precisei ficar internada, nem água me trouxeram. Foi uma médica muito grossa que me atendeu lá. Mas eu pensei em entrar na máquina de ressonância, entrar naquela máquina, eu disse que não ia. Graças a Deus não precisou. (Pirita)

Sobre as reflexões e encaminhamentos acerca da saúde reprodutiva, Hematita reforça este item enquanto necessidade e afirma ser situação que permanece como necessidade para ela, pois não vivenciou o encaminhamento de forma resolutiva. Além disso, essa situação demonstra mais uma vez falta de integração de rede de assistência, e induz a peregrinação da mulher para tentar efetivar seu direito a saúde sexual e reprodutiva.

Eu não consegui a laqueadura até hoje. Ela (enfermeira da AB) cancelou meu processo. Então até hoje eu não consegui fazer. Eu não consegui, o DIU eu só posso de cobre e pela prefeitura está um caos. O posto te dá um encaminhamento, aí fui no médico, o médico disse que era no posto, o posto manda para outro lugar. Resumindo, estou sem nada. Então, vou fazer o que? A gente precisa se prevenir e precisa ter cabeça. Porque eu não posso tomar remédio e não estamos operados. E eu já tenho quatro gestações. (Hematita)

Para a recomendação de acolhimento informacional, direcionam a necessidade de atenção ao modo como as relações profissional/serviços – gestante estão sendo concebidas. Pelas falas, reforçam a necessidade de relações mais próximas, dialógicas, da escuta sensível e trazem estratégias como grupos de gestantes para atendimento de algumas destas.

E um grupo de gestantes para trocar ideias. Para falar sobre o parto, para tudo, sabe? Sobre amamentação, os grupos são muito importantes, né? A troca de informação é muito importante. (Rubi)

Eles não escutam a gente. Principalmente eu que gosto de brigar pelas coisas certas. Eu fiquei em 20 horas de trabalho de parto, eu tive um trauma e eu estava com medo de acontecer de novo. Eu senti um pouco de descaso. Porque todas as vezes que eles pediram exame, era exame toda hora, claro, a gente está no alto risco. Mas eu tinha uma dor embaixo. Para ela tudo era normal. Tudo era normal. Eu chegava com uma dor diferente e tudo era normal. Só senti nessa gestação e era estranho. Perguntei e não tive resposta. (Hematita)

Como as relações estão sendo distantes e insuficientemente dialógicas, a carência de acolhimento informacional ecoa nas falas e reforçam veementemente este eixo como necessidade de saúde, inclusive necessárias como fator de proteção e alcance de direitos da mulher gestante.

Eu não gosto de procurar nada em Google. Eu não acho nada seguro, então para eu tirar uma conclusão eu preciso ler dez artigos. Isso o meu médico tem de bom. Ele me explica tudo, o que é normal, os valores, explica o exame do início ao fim. Então ele explica muito bem. Sobre isso eu concordo, as pessoas que não têm acesso, quando o profissional não tem paciência, volta para casa sem essa informação que precisava. Volta para casa com dúvida. [...] Por pior que seja a notícia, sempre trouxe tranquilidade, por saber a real, a realidade. (Pirita)

Quando você discute, você entra preparada para aquilo. Como um plano de parto, se discutirem com você, você sabe o que podem ou não fazer. Você vai mais segura para aquilo. Você ir sabendo, ir entendida é muito importante. (Pirita)

Falta muita informação, eles mesmos, as consultas de postinho não falam nada, olham o exame e tchau. Até mesmo as coisas que mudam no nosso corpo. O que é normal, o que não é. Visitando a Maternidade eu via quantas pessoas que chegavam achando que já era a hora de nascer. Por quê? Porque faltava informação. Na hora do parto, a maioria das meninas não sabia nada. Não sabia respiração, não sabia nada. (Rubi)

Sobre a consideração do contexto de vida, também reforçam este eixo como necessidade e trazem alguns exemplos que expressam uma tratativa de distanciamento e até de pouco conhecimento dos antecedentes obstétricos da mulher.

Eles precisam conhecer a gente. A parte familiar, a parte estrutural, de condições. Até o transporte, como você vai chegar para fazer o exame. Como você volta, o que seu marido acha disso, como o casal está se relacionando. A rotina de casa muda, a mulher muda. (Pirita)

Nenhum momento ele perguntou se eu precisava de atestado. Em nenhum momento ele perguntou se eu trabalhava. Eu estou sem trabalhar há um mês e quinze dias. (Pirita)

Me faz falta a proximidade. Ele explica muito bem, ele não fica impaciente. Mas se você não questionar ele não te fala. Tanto que, faz duas consultas ele veio me perguntar se era meu primeiro filho. Então

ele como meu médico, fazendo meu pré-natal, independente do meu diagnóstico tinha que saber se é meu primeiro filho ou não. (Pirita)

O uso da taxonomia de Necessidades de Saúde proposta por Cecílio e Matsumoto iluminou a apreensão das necessidades de saúde das gestantes que participaram deste estudo. Mas para além disso, possibilitou a percepção de algumas necessidades menos evidentes e que estavam em opacidade comparadas a outras; permitiu o entendimento de necessidades de saúde que emergiram a partir de uma incipiência de cuidado profissional, principalmente relacionadas a tecnologia leve de cuidado e ao vínculo.

A taxonomia permite um despertar para acolher a partir de uma compreensão que diz que é no interesse em relacionar-se com o outro e de vincular-se a ele que as necessidades de saúde serão expressas pela pessoa. Para tanto, este vínculo precisa ser cuidado e conquistado a partir de relações próximas, confiáveis e horizontais. Considerando que, as necessidades são individuais, subjetividades, cambiantes e dinâmicas, influenciadas pela história e experiência de cada um.

As recomendações do infográfico buscaram a partir dos dados do estudo e a luz da taxonomia, sintetizar recomendações de cuidado para acolher as necessidades de saúde de gestantes de alto risco, considerando principalmente que, as relações entre gestante e sua família com o profissional de saúde e equipe devem favorecer vínculo, ser dialógicas, com espaços oportunos para informação e educação em saúde, com vistas a atender as necessidades de boas condições de vida e ao favorecimento de autonomia e autocuidado, bem como a compreensão e conhecimento da mulher em toda a sua dimensão com apreensão de situações vulnerabilizantes. Além disso, no infográfico recomenda-se a garantia de acesso e manejo com congruência das diferentes tecnologias de cuidado em especial, a tecnologia leve.

Considerações Finais

6. Considerações finais

A discussão dos resultados permitiu a tradução das necessidades de saúde da gestante de alto risco a partir da voz inerente à condição. Os achados mostram que as necessidades de saúde estão para além do cuidado biológico e demandam acolhimento de outras dimensões, como psicoemocional e social. Contudo, há denúncias de um cuidado de saúde deslocado para o biológico, com poucas ou nenhuma consideração às necessidades que extrapolam esta dimensão.

A demanda inicial da gestante de alto risco emerge da sua necessidade em obter elementos que contribuam para a elaboração da sua condição sobre a descoberta da gestação de alto risco. Confirmações diagnósticas e acolhimento emocional foram as necessidades para este período, assinaladas por ela e sua família. Além disso, neste momento tem-se a necessidade de resgatar as experiências de saúde sexual e reprodutiva com o credo de serem encaminhadas e acolhidas. Essas necessidades estão relacionadas ao desejo de alcançar melhores condições de vida e com intuito de obter autonomia, o que converge com a taxonomia de NS trazida neste estudo.

Em relação às demandas informacionais, estas percorrem por toda a evolução da gestação e vão ser moduladas a partir do contexto sócio-histórico e familiar de cada mulher. A negativa profissional do atendimento desta necessidade pode contribuir para agravos de saúde, violências, cerceamento de autonomia e comprometer direitos. Desconsiderar ou não reconhecer outras vulnerabilidades inerentes à vida da gestante e sua família, também contribui para agravos inclusive aqueles que influenciam diretamente na gestação.

Descreveram relações de insuficiência dialógica, distantes e fragmentadoras, com poucas inserções de outros profissionais não médicos e enfermeiros nas consultas pré-natais. Além disso, vínculos frágeis com os serviços de saúde independentemente do nível de atenção foram descritos.

Não reconhecer e intervir sobre as necessidades de saúde é perder oportunidades de contribuir com cuidado em saúde. Portanto, como contribuição, o estudo faz recomendação para um cuidado em saúde que promova práticas ampliadas e deslocadas do cuidado biológico, a fim de acolher na sua totalidade as necessidades de saúde da gestante de alto risco.

Humanização, integralidade e vulnerabilidade, relações dialógicas, acolhimento, direitos, entre outros são atributos que favorecem a autonomia e condição de saúde da população. Nada do que está refletido neste estudo é novidade quando se tomam por base as políticas, os documentos e os programas orientadores para essa população e/ou para o Sistema Único de Saúde. O artigo 196 da Constituição Federal traz que a saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurado por meio de políticas sociais e econômicas que tem por intuito a redução de riscos de doenças ou outros agravos a ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde dos cidadãos. Contudo, as denúncias assinalam questionamentos na linha do compromisso e da implicação dos profissionais nas distintas esferas com estes documentos e políticas e, portanto, com essas mulheres, seus companheiros, famílias e saúde. Há que transpor práticas limitadoras e restritas à dimensão biológica, com esforços e dinamismo profissional para considerar e agir nas demais dimensões que abarcam o ser humano. Sendo assim fica o questionamento “Como está o compromisso, comprometimento e implicação dos profissionais, dos serviços e dos gestores com os documentos norteadores da assistência a gestante de alto risco?”.

O uso da taxonomia de NS proposto por Cecílio e Matsumoto foi potente para compreensão ampliada das necessidades aqui apresentadas e sua utilização, favoreceu um atitudinal para acolhimento e cuidado em saúde. A necessidades de boas condições de vida esteve presente, assim como a de autonomia e autocuidado no modo de andar a vida, a partir da busca informacional. Assim como também foi presente a necessidade de acesso a todas as tecnologias de cuidado. Todas estas necessidades foram interpeladas pela fragilidade de vínculo entre profissional de saúde e gestante e da ineficiência da tecnologia leve de cuidado, que, por sua vez, se expressam também enquanto necessidades de saúde.

O estudo se diferencia pelo caráter longitudinal dos documentos que analisou, com alcances das necessidades de saúde enquanto elas ainda eram necessidades para a gestante e sua família. Ou seja, ao debruçar-se sobre os registros de PVD, olhou-se para as vivências ao longo da gestação. Além disso, a visita domiciliar trouxe elementos de contribuição como relações de proximidade e confiança com a gestante,

somado a possibilidade da contextualização advinda do domicílio e do reconhecimento dos familiares e comunidade ao qual a mulher estava inserida. Isto é, o contexto era propício para a revelação da gestante como pessoa e, portanto, de suas necessidades de saúde.

Em termos de limite, este estudo retrata a experiência de pré-natal de mulheres vinculadas a um único serviço especializado em gestação de alto risco de um município do interior paulista. Embora, haja na literatura outras pesquisas que apresentam achados que corroboram com vários elementos deste estudo, fica a sugestão de realizar estudo similar com uma abrangência mais diversificada em termos de regiões, como analisar este mesmo fenômeno em outras localidades.

Referências

7. Referências

ALVES, F. L. C.; CASTRO, E. M.; SOUZA, F. K. R.; LIRA, M. C. P. S.; RODRIGUES, F. L. S.; PEREIRA, L. P. Grupo de gestantes de alto-risco como estratégia de educação em saúde. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 40, 2019;40:e20180023. DOI 10.1590/1983-1447.2019.20180023. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100401&lng=pt. Acesso em: 16 abr. 2020.

ANDRADE, FM; CASTRO, JFL; SILVA, AV. Percepção das gestantes sobre as consultas médicas e de enfermagem no pré-natal de baixo risco. **Enferm. Cent. O. Min**, v. 6, n. 3, p. 2377-2388, 2016.

ANTONIAZZI, M. P.; SIQUEIRA, A. C.; FARIAS, C. P. Aspectos psicológicos de uma gestação de alto risco em primigestas antes e depois do parto. **Pensando fam.**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 191-207, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2019000200015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 abr. 2021.

ARAUJO FILHO, A. C. A.; SALES, I. M. M.; ARAUJO, A. K. L.; ALMEIDA, P. D.; ROCHA, S. S. Aspectos epidemiológicos da mortalidade neonatal em capital do nordeste do Brasil. **Revista Cuidarte**, v. 8, n. 3, p. 1767-76, 2017. DOI 10.15649/cuidarte.v8i3.417. Disponível em: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/417>. Acesso em: 13 mar.2021.

AUGUSTO, I.; FRANCO, L. H. R. O. Aspectos históricos da assistência de enfermagem domiciliária. **Rev. LAES/HAES**, v. 1, n. 5, p. 50-52, 1980.

AYRES, J. R. C. M, et al. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 67-82, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 mar. 2020.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: **Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva**, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Abrasco. p. 282, 2009.

AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; FRANCA, I. et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. **Am J Public Health**, v. 96, n. 6, 2006. DOI 10.2105/AJPH.2004.060905. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1470608/>. Acesso em: 15 abr. 2021

AYRES, J. R. C. M. et al. **Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde**. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 375-417.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001. DOI 10.1590/S1413-81232001000100005. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 mar. 2020.

AZEVEDO, K. F.; VIVIAN, A. G. Representações maternas acerca do bebê imaginário no contexto da gestação de alto risco. **Diaphora**. Porto Alegre, v. 9, n. 1, 2020.

BALICA, L. O.; AGUIAR, R. S. Percepções paternas no acompanhamento do pré-natal. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 17, n. 1, p. 114-126, 2019. DOI 10.13037/ras.vol17n61.5934. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/5934. Acesso em: 05 jun. 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa, Edições 70, 2010.

BARRETO, C. N.; WILHELM, L. A.; SILVIA, S. C.; ALVES, C. N.; CREMONESE, L.; RESSEL, L. B. “O Sistema Único de Saúde que dá certo”: ações de humanização no pré-natal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, p. 168-76, 2015. DOI 10.1590/1983-1447.2015.esp.56769. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500168&tlng=pt. Acesso em: 10 abr. 2021.

BENINCASA, M. et al. O pré-natal psicológico como um modelo de assistência durante a gestação. **Rev. SBPH**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 238-257, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 mar. 2020.

BERLINGUER, G. **A doença**. São Paulo: Hucitec, 1988.

BORGES, M. M.; PETEAN, E. B. L. Malformação fetal e enfrentamento materno, apego e indicadores de ansiedade e depressão. **Revista da SPAGESP**. Universidade de São Paulo. v. 19, n. 2, p. 137-148, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 03 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 05 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 510, de 7 de abril de 2016**. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 17 jun. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. **Gestão de Alto Risco: Manual Técnico**. Brasília, DF: MS, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 05 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf. Acesso em: 02 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf. Acesso em: 02 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que caracteriza uma gestação de alto risco?** Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/quais-os-criterios-utilizados-para-estratificar-uma-gravidez-como-sendo-de-risco/>. Acesso em: 24 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html. Acesso em: 09 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete_-_do_-_ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017. Acesso em: 09 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos HumanizaSUS. Atenção Básica**, 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_atencao_basica_v2_1ed.pdf. Acesso em: 12 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestão de alto risco: manual técnico** [internet]. 5ed. Brasília, 2012, 302p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 10 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica - Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf. Acesso em: 20 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_hiv.pdf. Acesso em: 28 mar. 2020.

BRITO, C. A.; SILVA, S.; SILVANETE, A. SÁ, B. L. C. R. LIMA, S. P. Percepções de puérperas sobre a preparação para o parto no pré-natal **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, Brasil. v. 16, n. 4, p. 470 -478, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324041519003>. Acesso em: 10 fev. 2021.

CABRAL, S. A. O; CARMO, L. A; BARBOSA, S. E. S; FONTES, N. A. S; GABRIEL, I. S; BARROSO, M. L. Conhecimento das Gestantes acerca do Parto na Admissão Intrapartal. **Id on Line Revista multidisciplinar e de Psicologia**. v.12, n.39, p.851-864, 2018.

CALDAS, D. B. et al. Atendimento psicológico no pré-natal de alto-risco: a construção de um serviço. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 66-87, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 abr. 2020.

CAMPOS, G. W. S. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas**. In: CECILIO, L. C. O. (Org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1994a, p. 29-87.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, 2018. DOI 10.1590/0102-311X00101417. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00101417>. Acesso em 10 abr. 2021

CASTELLANOS, MEP. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1065-1076, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401065&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 abr. 2020.

CECILIO, L. C. O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela Integralidade e Equidade na atenção em saúde**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p.117-130.

CECILIO, L. C. O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. In: Pinheiro R, Mattos RA,

organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2001. p. 113-26.

CECILIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. **Uma taxonomia para as necessidades de saúde**. Campinas, 2001. Mimeo.

CECILIO, LCO. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2001.

DATASUS. MS/SVS/DASIS - **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvsp.def>. Acesso em: 16 abr. 2020.

DELLE FAVE, A., WISSING, M. P., BRDAR, I., VELLA-BRODRICK, D., and FREIRE, T. **Perceived meaning and goals in adulthood: their roots and relation with happiness**. In: A. Waterman (Ed.), The best within us: positive Psychology perspectives on eudaimonia. Washington, DC: American Psychological Association, 2013, p. 227-248.

DEMITTO, M. O.; GRAVENA, A. A. F.; DELL'AGNOLO, C. M.; ANTUNES, M. B.; PELLOSO, S. M. **Gestação de alto risco e fatores associados ao óbito neonatal**. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, n. 2017. DOI 10.1590/s1980-220x2016127103208. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342017000100409&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em: 06 jun. 2020.

DIAS, M. A. B. et al. Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n.1, p. 169-181, 2014. DOI10.1590/0102-311X00154213. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2014001300022&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 07 abr. 2020.

EDWARDS, R. C.; THULLEN, M. J.; KORFMACHER, J.; LANTOS, J. D.; HENSON, L. G.; HANS, S. L. Doula Home Visiting Breastfeeding and Complementary Food: Randomized Trial of Community. **Pediatrics**, v. 132, n. 2, p. 160-S166, 2013. DOI 10.1542/peds.2013-1021P. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24187119/>. Acesso em: 13 jul. 2020.

FALLANTE, B. S. C, BARREIRA I. A. Significados da visita domiciliar realizada pelas enfermeiras de saúde pública nas décadas de 20 e 30. **Escola Anna Nery. Rev Enferm**. v. 2, n. 3, p. 72-86, 1998.

FAVORETO, C. A. O. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da atenção primária. **Rev. APS**. v. 11, n. 1, p. 100-108. 2008. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/100-108.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

FELIX, H. C. R. et al. Sinais de alerta e de trabalho de parto: conhecimento entre gestantes. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 19, n. 2, p. 335-341, June 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292019000200335&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jan. 2021.

FERREIRA S. N, LEMOS M. P, SANTOS W. J. Representações Sociais de que frequentam serviço especializado em gestações de alto Risco. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. 2020. DOI 10.19175/recom.v10i0.3625. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3625>. Acesso em: 15 jun. 2020.

FIOCRUZ. **Guia de serviços: Realizar consulta de pré-natal de alto risco**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/servico/realizar-consulta-de-pre-natal-de-alto-risco-fiocruz-iff-rj>. 2019 Acesso em 05 mai. 2020.

FLOR, C. R. et al. Avaliação da atenção primária à saúde por profissionais de saúde: comparação entre modelo tradicional versus Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. Epidemiol**, v. 20, n. 4, p.714-726, 2017. DOI 10.1590/1980-5497201700040013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2017000400714&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 mar. 2020.

FOCAULT, M. **O nascimento da medicina social**. In: Foucault M. *Microfísica do poder*. 25. ed. Rio de Janeiro: Graal; 2012. p. 143-70.

FURTADO, M.; SZAPIRO, A. Health Promotion and its Biopolitical extend: the sanitary discourse of contemporary Society. **Saúde Soc**. São Paulo, v.21, n.4, p.811-821, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a02.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

GARCIA, E. M. et al. Risco gestacional e desigualdades sociais: uma relação possível? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n.12, 2019. DOI 10.1590/1413-812320182412.31422017. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204633. Acesso em 23 fev. 2021.

GARCIA, L. G. *Meio Ambiente e gênero*. Editora Senac, São Paulo. 2012.

GIACOMOZZI, C. M; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto contexto - enferm**. Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-653, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 jun. 2020.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

HARRIS, J. M. et al. The psychological impact of improving women with risk information for pre-eclampsia: a qualitative study. **Midwifery**. v. 12, n. 30, p. 1187-1195, 2014.

HENZ, G. S.; MEDEIROS, C. R. G.; SALVADORI, M. A inclusão paterna durante o pré-natal. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 6, n. 1, 2017. DOI 10.18554/reas.v6i1.2053. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2053>. Acesso em: 10 jun. 2020.

HERRMANN, A.; SILVA, M.L.; CHAKORA, E.S.; LIMA, D.C. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde** - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016.

IBGE. **População estimada**. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-carlos/panorama>. Acesso em: 12 jul. 2020.

JORGE, M. G.; FONSECA S. C.; SILVA K. S.; COSTA S. F. Recorrência da gravidez em adolescentes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Revista Adolescência e Saúde**. V.11, n.3, p. 22-31, 2014.

KALICHMAN, A. O; AYRES J. R. C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, ago, 2016.

KRIPKA, R.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. L. Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. **IV CIAIQ 2015**, v. 2, 2015.

KROPIWIEC, M. V.; FRANCO, S. C.; AMARAL, A. R. Fatores associados à mortalidade infantil em município com índice de desenvolvimento humano elevado. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 35, n. 4, 2017. DOI 10.1590/1984-0462/2017;35;4;00006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822017000400391&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 mar. 2021.

LACERDA, A; VALLA, V. V. **Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dívida e das práticas de saúde**. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Cepesc; Uerj; Abrasco, 2005. p. 279-292.

LANSKY, S.; FRICHE, A. A. L.; SILVA, A. A. M. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, 2014. DOI 10.1590/0102-311X00133213. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300024&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 20 abr. 2021.

LEAL G. C. G, WOLFF L. D. G, GONÇALVES L. S, PERES A. M, OLIVEIRA F. A. M. Perinatal care practices in normal risk maternity hospitals: an evaluation in the women's perspective. **Cogitare Enferm**. 2016;21(2):1-8. DOI 10.5380/ ce.v10i3.5375. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/07/647/44426-179471-1-pb.pdf>. Acesso em 07 ago. 2020.

LEITE et al. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 1, p. 115-124, 2014.

LUDKE, M; ANDRÉ, M. E. D. “**A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**”, São Paulo: EPU, 1986.

LUTENBACHER, M.; GABBE, P. T.; KARP, S. M.; DIETRICH, M. S.; NARRIGAN, D.; CARPENTER, L.; WALSH, W. Does Additional Prenatal Care in the Home Improve Birth Outcomes for Women with a Prior Preterm Delivery? A Randomized Clinical Trial. **Matern Child Health J**, v. 18, n. 5, p. 1142-1154, 2014. DOI 10.1007/s10995-013-1344-4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23922160/>. Acesso em: 30 mai. 2020.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. “**Fundamentos da Metodologia Científica**”, 6. ed., São Paulo: Atlas, 2007.

MARQUES, S. S.; RIQUELMO, D. L.; SANTOS, M. C.; VIEIRA, L. B. Estratégias para identificação e enfrentamento de situação de violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 3, 2018. DOI 10.1590/1983-1447.2017.03.67593. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472017000300405&script=sci_arttext. Acesso em: 20 abr. 2021.

MAROSINI, M. V; CORBO, A. D; GUIMARAES, C. C. O Agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Trabalho, educação e saúde**. V. 5, n. 2, p. 261-80, 2007.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 set. 2020.

MEDEIROS, F. F. et al. Acompanhamento pré-natal da gestação de alto risco no serviço público. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, supl. 3, p. 204-211, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000900204&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 mar. 2020.

MEDEIROS, L. S.; COSTA, A. C. M.; Período puerperal: a importância da visita domiciliar para enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Revista Rene**, v. 17, n. 1, 2016. DOI 10.15253/2175-6783.2016000100015. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2622/2009>. Acesso em: 05 mai. 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIYAZAKI, C. M. A. et al. Vivência da gestação e parto de alto risco: uma reflexão a partir do referencial psicanalítico. **Rev. SBPH**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 04-24, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000300002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2021.

MOIRA, S et al. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. Tradução: Anelise Burmeister, Sandra Maria Mallmann da Rosa; revisão técnica: José Mauro Ceratti Lopes. – 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2017.

MOURA, B. L. A.; ALENCAR, G. P.; SILVA, Z. P.; ALMEIDA, M. F. Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, 2018. DOI 10.1590/0102-311x00188016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000105012&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 24 mar. 2021.

NAKAMURA, E; EGRY, E. Y; CAMPOS, C. M. S. et al. O potencial de um instrumento para o reconhecimento de vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde: saberes e práticas em saúde coletiva. **Rev Latino-am. Enferm**, v. 17, n. 2, p. 253-58, 2009.

NICHIATA, L. Y. I. et al. A utilização do conceito "vulnerabilidade" pela enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, 2008. DOI 10.1590/S0104-11692008000500020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000500020&script=sci_arttext&tling=pt. Acesso em: 07 mar. 2021.

NUNES, J. T.; GOMES, K. R. O.; Malvina Thaís Pacheco RODRIGUES, M. T. P.; MASCARENHAS, M. D. M.; Qualidade da assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Colet**. Rio de Janeiro, vol. 24, n. 2, p. 252-261, 2016.

OLIVEIRA, D. C; MANDÚ, E. N. T. Experiences/perceptions of women in high-risk pregnancy. **Esc Anna Nery**. v. 19, n. 1, p. 93-101, 2015.

OLIVEIRA, M. A. C. (Re)significando os projetos cuidativos da Enfermagem à luz das necessidades em saúde da população. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 401-405, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000300002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 set. 2020.

OLIVEIRA, M. M. **“Como fazer Pesquisa Qualitativa”**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

OLIVEIRA, S. T; KRUSE, M. H. L; CIOLELLA, D. A; VELLEDA, K. L. Visita domiciliar en el Sistema Único de Salud: estratégia de biopolítica. **Rev Uruguaya Enferm**. V. 13, P.9-21. 2018.

OMS. **Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação. A abordagem do near miss da OMS para a saúde materna**. 2011

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Folha Informativa – Mortalidade Materna. Brasília, DF, Brasil, 2018. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820. Acesso em: 22 jan. 2021.

PEDRINI, L.; PREFUMO, F.; FRUSCA, T.; GHILARDI, A. Counselling about the Risk of Preterm Delivery: A Systematic Review. **Biomed Res Int**, 2017. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2017/7320583/>. Acesso em: 20 nov. 2020.

PETERSEN, C.B.; LIMA, R. A.G; BOEMER, M. R; ROCHA, S. M. M. Necessidades de saúde e o cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm**. v. 69, n. 6, p. 1236-1239, 2016.

POLGLIANE, R. B. S. LEAL, M. C; AMORIM, M. H. C; ZANDONADE, E, SANTOS, E. T. N. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciênc Saúde Colet**. v. 19, n. 7, p. 1999-2010. 2014.

PRATES, L. A.; SCHMAFUSS, J. M.; LIPINKSI, J. M. Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 2, p. 310-315, 2015. DOI 10.5935/1414-8145.20150042. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000200310&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 03 mai. 2020.

RAKHSHANI, A.; NAGARATHNA, R.; MHASKAR, R.; MHASKAR, A.; THOMAS A.; GUNASHEELA, S. Effects of yoga on utero-fetal-placental circulation in high-risk pregnancy: a randomized controlled trial. **Adv Prev Med**, 2015. DOI 10.1155/2015/373041. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/apm/2015/373041/>. Acesso em: 14 dez. 2020.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K. A experiência de pais participantes de um grupo de educação para saúde no pré-natal. **Ciencia y Enfermería**, v. 15, n. 1, p. 105-14, 2010.

RIBEIRO, C. R.; GOMES, R.; MOREIRA, M. C. N. Encontros e desencontros entre a saúde do homem, a promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, 2017. DOI 10.1590/s0103-73312017000100003. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000100041&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 12 mar. 2021.

ROCHA, K. B. et al. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 18, n. 1, p. 170-185, 2017. DOI 10.15309/17psd180115.

RONDINELLI, R. C. **O conceito de documento arquivístico frente à realidade digital: uma revisitação necessária**. Tese (Doutorado em Ciência da Informação) Universidade Federal Fluminense, Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Instituto de Arte e Comunicação Social, Instituto Brasileiro em Ciência e Tecnologia, Niterói, 2011.

ROSA, B. G. Perda Gestacional: Aspectos Emocionais da Mulher e o Suporte da Família na Elaboração do Luto. **Pluralidades em Saúde Mental**, v. 09, n. 2, 2020. DOI 10.17648/2447-1798-revistapsicofae-v9n2-9. Acesso em 12 dez. 2020.

ROSA, W.; LABATE, R. Programa de Saúde da Família: a construção de um modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, p.1027-1034, nov./dez., 2005.

SAIAS, T.; LEMER, E.; GREACEN, T.; SIMON-VERNIER, E.; EMER, A.; PINTAUX, E. et al. Evaluating fidelity in home-visiting programs a qualitative analysis of 1058 home visit case notes from 105 families. **PLoS ONE**, v. 7, n. 5, 2012. DOI 10.1371/journal.pone.0036915. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0036915>. Acesso em: 12 fev. 2020.

SANINE, P. R.; CASTANHEIRA, E. R. L.. Explorando nexos entre a construção social da criança e as práticas de saúde. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.25, n.1, 2018, p.199-215.

SANINE, P. R.; VENANCIO, S. I.; SILVA, F. L. G.; MOITA, M. L. G.; TANAKA, O. Y.; ARATANI, N. Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 10, 2019. DOI 10.1590/0102-311X00103118. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001205008&tlng=pt. Acesso em: 17 out. 2020.

SANTOS, D. P. B. D. **A elaboração do luto materno na perda gestacional** [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. 2015. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/20463>. Acesso em 15 jun. 2020.

SÃO CARLOS. Prefeitura de São Carlos. Cidadão – Saúde Serviços e Orientações. São Carlos, SP, Brasil, 2019. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/cidadao/saude.html>. Acesso em: 21 dez. 2019.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.), **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 48-65.

SGOBERO, J. K. G. S, MONTESCHIO, L. V. C, ZURITA, R. C. M, OLIVEIRA, R. R, MATHIAS, T. A. F. Violência física por parceiro íntimo na gestação: prevalência e alguns fatores associados. **Aquichan**, [S. l.], v. 15, n. 3, 2015. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.3.3. Disponível em: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4650>. Acesso em: 22 abr. 2020.

SHU-ANG et al. Health care and social service professionals' perceptions of a home-visit program for young, first-time mothers. **Health Promot Chronic Dis Prev Can.**, v. 35, n. 8-9, p. 160-7, 2015. DOI 10.24095/hpcdp.35.8/9.08. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26605565/>. Acesso em: 12 fev. 2020.

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. 356-62, 2013.

SILVA et al. Por que elas não usam? Um estudo sobre a não adesão das adolescentes ao preservativo e suas repercussões. **Saúde em Redes**. v. 1, n. 4, 2015. p. 75-83.

SILVA, J. P. V.; TAVARES, C. M. M. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 271-286, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462004000200004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 out. 2020.

SILVA, J. R.; OLIVEIRA, M. B. T.; SANTOS, F. R. P.; NETO, M. S.; ADRIANA FERREIRA, A. G. N.; SANTOS, F. S. Indicadores da Qualidade da Assistência Pré-Natal de Alto Risco em uma Maternidade Pública. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 2, p. 109-116, 2018. DOI 10.4034/RBCS.2018.22.02.03. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/324421881_Indicadores_da_Qualidade_da_Assistencia_Pre-Natal_de_Alto_Risco_em_uma_Maternidade_Publica. Acesso em: 22 mar. 2020.

SILVA, M. G.; MARCELINO, M. C.; RODRIGUES, L. S. P.; TORO, R. C.; SHIMO, A. K. K. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Revista Rene**, v. 15, n. 4, p. 720-8, 2014. DOI 10.15253/2175-6783.2014000400020. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4920>. Acesso em 04 abr. 2021.

SILVA, M. Z. N.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, 2014. DOI 10.5935/0103-1104.20140073. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400805. Acesso em 23 fev. 2021.

STOTZ, E. N. **Necessidade de saúde: mediações de um conceito**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1991.

TELO, S. V.; WITT, R. R. Saúde sexual e reprodutiva: competências da equipe na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3481-3490, 2018. DOI 10.1590/1413-812320182311.20962016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103481&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 abr. 2021.

TOMAZETTI, B. M.; HERMESB, L.; MARTELLOC, N. V. et al. A qualidade da assistência pré-natal sob olhar multiprofissional. **Ciência&Saúde**, v. 11, n. 1, p. 41-50, 2018. DOI 10.15448/1983-652X.2018.1.27078. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/27078>. Acesso em: 04 abr. 2021.

VANDERKUIK R. C; TUNÇALP O; CHOU D; SAY L. **Framing maternal morbidity: WHO scoping exercise**. BMC Pregnancy Childbirth. 2013. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-213>. Acesso em: 15 out. 2020.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2015**. Geneva: World Health Organization, 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194254/9789241565141_eng.pdf;jsessionid=FEC6E5B15D9A789E233F05D038A5C324?sequence=1. Acesso em: 12 nov. 2020.

ZAMPIERI, M. F. M.; Guesser, J. C.; Buendgens, B. B.; Junckes, J. M.; Rodrigues, I. G. O significado de ser pai na ótica de casais grávidos: limitações e facilidades. **Revista Eletrônica De Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 483-93, 2012. DOI 10.5216/ree.v14i3.12244. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/12244>. Acesso em: 23 mai. 2020.

ZANATTA, E., PEREIRA, C. R. R. “Ela Enxerga em Ti o Mundo”: A Experiência da Maternidade pela Primeira Vez. **Trends in Psychology / Temas em Psicologia**, v. 23, n. 4, p. 959-972, 2015. DOI 10.9788/TP2015.4-12. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-389X2015000400013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 abr. 2020.

Apêndices

Apêndice A

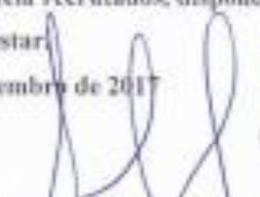
CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar),

Prezado Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, na função de representante legal da Secretaria Municipal de Saúde, informo que o projeto de pesquisa intitulado " **Alcances de Programa de Visitação no Pré-Natal de Alto Risco**" apresentado pela pesquisadora, Monika Wernet e outros e que tem como objetivo principal avaliar os desfechos alcançados com um PVD dirigido por enfermeira a gestante diagnosticada com síndrome hipertensiva e seu companheiro, foi analisado e considerando que o mesmo siga os preceitos éticos descritos pela resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, fica autorizada a realização do referido projeto apenas após a apresentação do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.

"Declaro ler e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar."

São Carlos, 25 de Setembro de 2017


Carlos Eduardo Colenci

Secretário Municipal de Saúde de São Carlos

RECEBI EM

05/10/2017

Jamile Busadori



Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar / Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos,
Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil.
Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Apêndice B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar do estudo “*Alcances de programa de visitação no pré-natal de alto risco*”. Esse convite deveu-se ao fato de você estar gestante, ser maior de 18 anos ou emancipada e estar tendo sua gestação acompanhada em serviço ambulatorial para gestação de risco. O estudo quer avaliar se receber como parte do cuidado do pré-natal um programa de visitação domiciliar desenvolvido por enfermeira buscando dar informações sobre saúde e direitos e o tornar-se mãe e cuidar de crianças contribui com resultados de saúde, direitos e exercício de ser mãe. Para tanto, será ofertado um programa de visitação domiciliar a ser desenvolvido por enfermeira em conjunto com o atendimento de pré-natal usual ofertado. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento pode desistir de participar e retirar seu aceite e concordância de integrar o estudo. Caso isto ocorra, todos os seus dados serão inutilizados. Destacamos que a sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com os serviços que fazem seu acompanhamento de pré-natal.

Caso você aceite receber o programa de visitação, irá receber visitas quinzenais de uma mesma enfermeira em sua casa em dia e horário acordado com você, desde que esteja entre o horário das 07h00 às 18h00 e entre 2ª a 6ª feira. A enfermeira permanece na sua casa por cerca de 45 minutos. As visitas se iniciam após o seu aceite de integrar o estudo e vão até seu filho ter um mês de vida. Na não possibilidade de receber a enfermeira em alguma semana, basta vocês se comunicarem pelo contato que for de sua maior facilidade.

Queremos destacar que todas as informações que recebermos de você serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os achados deste estudo pretendem ser divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

A participação no estudo não oferece risco imediato a você, porém a participação exige organizar-se para receber a enfermeira uma vez a cada 15 dias em sua casa, aspecto que pode trazer necessidade de organizar seu dia a dia de forma diferente do que costuma, achando um espaço para isto. Nesta direção, o esforço é de nos ajustar a disponibilidade que você possui e, será sempre feito contato um dia antes para certificar que a enfermeira pode ir até a sua casa fazer a visitação e conversa. Além disto, você pode vir a negar receber a mesma uma ou outra vez, ou até desistir de integrar o programa a qualquer momento. Acreditamos que a oportunidade de receber o programa de visitação traz benefícios para a mulher em termos de saúde e segurança para o parto e cuidado ao filho, assim como ajuda a interagir com sua criança e a pensar soluções para situações que possa vir a enfrentar e, assim mostrar a importância de se incluir este tipo de ação no cuidado pré-natal de mulheres que são gestantes de alto risco. Ainda, em termos de riscos, pode vir a sentir-se desconfortada em comentar sobre algum assunto que seja perguntado, ou mesmo cansada para preencher instrumentos que a pesquisa use. Porém, caso isto ocorra, pode recusar-se a responder, pedindo para terminar a conversa imediatamente. Seu desejo será atendido.

Você não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo, porém terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

Este trabalho poderá oferecer subsídios para melhoria no cuidado em saúde oferecido no pré-natal e no acompanhamento após o parto e nascimento da criança.

Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador que conversou com você para apresentar o estudo e convidar para participar dele, onde consta

o telefone e o endereço do pesquisador principal, a Professora Monika Wernet, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento, por telefone, no (16) 3351-9436 ou no e-mail monika.wernet@gmail.com, assim como junto ao Comitê de ética que olhou e aprovou este estudo, cujas informações estão a seguir.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Endereço para contato:

Pesquisador Responsável: Monika Wernet

Endereço: Rodovia Washington Luiz, km 235, Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Enfermagem, sala 28.

Contato telefônico: (16) 3351-9439

e-mail: monika.werent@gmail.com

Local e data:

Pesquisador responsável
Monika Wernet

Assinatura do Pesquisador

Nome do Participante

Assinatura do Participante

Anexos

Anexo



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ALCANCES DE PROGRAMA DE VISITAÇÃO NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

Pesquisador: Mônica Wemat

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 81715317.7.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.457.733

Apresentação do Projeto:

Estudo longitudinal, prospectivo, observacional, com análise quantitativa. Cento e vinte mulheres maiores de 18 anos ou menores emancipadas, gestantes de alto risco serão divididas em dois grupos, randomicamente. A um dos grupos será oferecido o programa de visitas domiciliares (PVD) quinzenais, além do seguimento de pré-natal, e que se estenderá até 6 meses após o nascimento do RN, enquanto o outro grupo terá apenas o acompanhamento pré-natal estabelecido.

Objetivo da Pesquisa:

O principal objetivo desta pesquisa é avaliar se receber programa de visitação domiciliar pautado em apoio informacional e suporte ao processo da parentalidade, desenvolvido por enfermeiras como parte integrante do pré-natal, incrementa desfechos na parentalidade, nos direitos e na saúde de gestantes diagnosticadas como de alto risco em comparação a mulheres em condição de gestantes de alto risco que receberam o atendimento pré-natal

usual, em um município do interior paulista. Outros objetivos: desenvolver um programa de visitação domiciliar às gestantes de alto risco a partir do protocolo de visitação do "Programa Jovens Mães Cuidadoras", desenvolvido na Universidade de São Paulo e apoiado pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal e Grand Challenges Canada; caracterizar desfechos de: parentalidade, parto, nascimento, de saúde materno infantil e de direitos de mulheres que gestaram sob o risco gestacional, que receberam e que não receberam o programa de visitação domiciliar; analisar os

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.505-605

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-6663

E-mail: cep@ufscar.br



Contribuição do Paveser: 2.467.733

alcances do PVD às gestantes de alto risco na percepção dos sujeitos sociais que dele viveram, e estimar custos envolvidos com a incorporação do programa de visitação proposto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora informa que a participação no estudo não oferece risco imediato à voluntária, porém a participação exige que ela se organize para receber a enfermeira uma vez a cada 15 dias em sua casa, aspecto que pode trazer necessidade de alterar os hábitos diários, achando um espaço para isto. Afirma que o esforço é de que a equipe irá se ajustar à disponibilidade da gestante e será sempre feito contato um dia antes para confirmar que a enfermeira poderá ir até a casa fazer a visitação e conversa. Também informa que poderá haver desconforto em comentar sobre algum assunto que seja perguntado, ou mesmo cansaço para preencher instrumentos que a pesquisa usa. Quanto aos benefícios, a pesquisadora alega que a oportunidade de receber o programa de visitação traz benefícios para a mulher em termos de saúde e segurança para o parto e cuidado ao filho, assim como ajuda a interagir com sua criança e a pensar soluções para situações que possa vir a enfrentar e que, desta forma, mesmo as gestantes que não irão receber o programa de visitação, ao aceitarem estar no estudo, ajudarão a descobrir se um programa de visitação traz mesmo estes benefícios e, assim mostrar a importância de se incluir este tipo de ação no cuidado pré-natal de mulheres que são gestantes de alto risco.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa é pertinente. O cronograma está adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto foi preenchida e assinada corretamente. A equipe de pesquisa foi informada na Plataforma Brasil, incluindo orientadores e auxiliares. A pesquisadora apresentou o TCLE, de acordo com o exigido pela Resolução 466/12. Também apresentou documento de autorização assinado pelo Secretário Municipal de Saúde do município onde será realizada a pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.505-005
 UF: SP Município: SÃO CARLOS
 Telefone: (16)3331-0683 E-mail: cep@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Formar: 2.687.233

Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES_BASICAS_DO_P ROJETO_1057522.pdf	22/12/2017 11:57:53		Aceito
Outros	carta.pdf	22/12/2017 11:58:44	Monika Wernat	Aceito
Folha de Rosto	folhadepvd.pdf	22/12/2017 11:55:51	Monika Wernat	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pvd.docx	22/12/2017 11:55:22	Monika Wernat	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Autônoia	telepvd.pdf	22/12/2017 11:55:11	Monika Wernat	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SÃO CARLOS, 16 de Janeiro de 2018

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ RM 233
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.585-900
UF: SP Município: SÃO CARLOS
Telefone: (16)3331-9603 E-mail: caphumanos@ufscar.br

Página 23 de 23