

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – UFSCar**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF**

**BRUNA FELISBERTO DE SOUZA**

**RELAÇÃO PESSOA-A-PESSOA NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO:  
ESTUDO DE CASO**

**SÃO CARLOS**

**2022**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – UFSCar**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF**

**BRUNA FELISBERTO DE SOUZA**

**RELAÇÃO PESSOA-A-PESSOA NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO:  
ESTUDO DE CASO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Doutora em Ciências da Saúde.

Linha de pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem

Eixo temático: Saúde da mulher e da criança: múltiplos olhares

Orientação: Prof. Dra. Monika Wernet

**SÃO CARLOS**

**2022**



**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 Felisberto de Souza, realizada em 15/07/2022.

**Comissão Julgadora:**

Profa. Dra. Monika Wernet (UFSCar)

Profa. Dra. Marcia Regina Cangiani Fabbro (UFSCar)

Profa. Dra. Alana de Paiva Nogueira Fomereto Gozzi (UFSCar)

Profa. Dra. Aline Oliveira Silveira (UnB)

Profa. Dra. Vania Regina Bressan (UNIFAL - MG)

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

*Dedico este trabalho às gestantes de alto risco que participaram e contribuíram para a possibilidade de novas produções de cuidado. A elas minha eterna gratidão pela permissão de adentrar nesse universo.*

## **Agradecimentos**

*A Deus, em primeiro lugar, por ser meu guia espiritual e pelo seu incomparável amor e suporte em todos os momentos da minha trajetória acadêmica, principalmente naqueles em que me faltou vigor.*

*Aos meus pais Antonio e Mariza por todo o amor e cuidado em que me envolveram durante todos esses anos. Sem vocês nada disso faria sentido e nem ao menos seria possível. Este trabalho tem um pouco de cada um, meus grandes amores!*

*Aos meus irmãos Danilo e Danielle, por serem meus maiores exemplos de resistência. Palavras se tornam insuficientes para expressar tamanho orgulho em compartilhar uma vida com vocês. Gratidão por auxiliarem a minha construção enquanto pessoa. Amo vocês!*

*Ao meu companheiro Carlos, por surgir na minha vida em um dos momentos que mais precisei e por ter aceitado fazer parte dos meus sonhos. Você foi e continua sendo fundamental na minha caminhada. Amo você!*

*À querida Monika Wernet, por acreditar em mim na construção desse sonho. O meu apreço que já era grande pelo ser que é se tornou ainda maior no viver desse processo. Você é exemplo de mulher, mãe, orientadora e amiga. Orgulho-me em dizer que, influenciada por você e pelos seus ensinamentos, acredito na possibilidade de reconstrução de práticas de cuidado e, como estímulo, buscarei contribuir na formação de profissionais com capacidades reconstrutivas.*

*Às minhas queridas professoras Jamile Bussadori e Márcia Fabbro. Com vocês construí as melhores e mais exitosas parcerias dentro do programa de doutoramento. Gratidão por acreditarem em mim, principalmente nos momentos em que mais estive insegura. Fica aqui o meu desejo de que essa parceria não termine aqui.*

*À minha família mais amada desse mundo, Tia Marlete, Tia Márcia, Tia Mary, Tia Dirce, Monique, Marcela, Mariana, Marinho, Gustavo, Lucas, Lillian e Jeferson. Vocês vibraram comigo a cada vitória, este trabalho também não aconteceria sem o auxílio de vocês!*

*Aos amigos da vida, Mônica, Carol, Gabi, Nih, Natalia, Mariana, Carlinha, Milton, Chico, que tornaram a minha caminhada mais leve. Mesmo com as distâncias físicas que nos foram impostas pela pandemia, sinto que nossa amizade só cresceu e se fortaleceu. Sou muito grata!*

*Às amigas da enfermagem, Ana Izaura, Beth, Bia, Maria Emília, Melina, Monize e Leticia, por todo auxílio nesse caminhar.*

*À amiga de doutorado Bruna Marski. Obrigada pela imensurável ajuda e pelo suporte de todos esses anos. Minha amiga, confidente e parceira de projeto, a você minha eterna gratidão.*

*Às enfermeiras do ambulatório de alto risco, pela paciência e por se disponibilizarem durante todos esses anos auxiliando para a execução deste trabalho.*

*Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e aos docentes que auxiliaram minha caminhada.*

## *AMANHÃ*

(Guilherme Arantes)

Amanhã será um lindo dia  
Da mais louca alegria  
Que se possa imaginar

Amanhã, redobrada a força  
Pra cima que não cessa  
Há de vingar

Amanhã, mais nenhum mistério  
Acima do ilusório  
O astro rei vai brilhar

Amanhã a luminosidade  
Alheia a qualquer vontade  
Há de imperar, há de imperar

Amanhã está toda a esperança  
Por menor que pareça  
O que existe é pra vicejar

Amanhã, apesar de hoje  
Ser a estrada que surge  
Pra se trilhar

Amanhã, mesmo que uns não queiram  
Será de outros que esperam  
Ver o dia raiar  
Amanhã ódios aplacados  
Temores abrandados  
Será pleno, será pleno

## RESUMO

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá sem intercorrências em grande parcela das gestantes. Contudo, há um grupo de mulheres que, a partir de condições tais como algumas características individuais, condições sociodemográficas, história reprodutiva anterior, condições clínicas prévias à gestação, podem indicar maior risco de desenvolvimento de patologias com potencial de desfechos desfavoráveis. Esse grupo de mulheres é denominado de gestantes de alto risco. Quando diagnosticadas, são indicadas para acompanhamento concomitante em serviços de pré-natal de alto risco. Estar na situação de gestante de alto risco tende a convergir a mulher e sua família para o assistencialismo biomédico, fragmentado, que pouco valoriza os aspectos subjetivos, emocionais e relacionais. Esse tipo de abordagem exclusivamente técnica e biomédica deixa escapar as chances de tecer o cuidado no seu sentido mais amplo, excluindo as singularidades e coibindo o estabelecimento da relação pessoa-a-pessoa. O objetivo geral deste estudo foi analisar o cuidado pré-natal a gestantes de alto risco desenvolvido por enfermeiras em visita domiciliar ancoradas na teoria de enfermagem de Joyce Travelbee. Os objetivos específicos foram discutir aspectos da relação da enfermeira visitadora com as gestantes de alto risco na direção da autonomia e discutir a incorporação da visita domiciliar por enfermeiras no cuidado pré-natal de alto risco. Foi proposto um estudo qualitativo, de campo, de caráter intervencionista, sob a estratégia metodológica do estudo de caso. O caso foi a relação enfermeira e gestante de alto risco na visita domiciliar e o cuidado. O desenvolvimento das visitas domiciliares ocorreu ao longo do período de março de 2018 a março de 2020, em um município do interior paulista, quando 17 mulheres e gestantes de alto risco foram visitadas por enfermeiras com periodicidade quinzenal. Para estudar e relatar os casos, foi realizada a transcrição integral das áudio gravações das visitas domiciliares desenvolvidas e das notas de campo das enfermeiras visitadoras e pesquisadoras. Os dezessete casos estão apresentados de forma individual, com visibilidade das fases propostas por Joyce Travelbee e das necessidades exploradas na relação pessoa a pessoa. A análise dos casos permitiu identificar que a relação pessoa a pessoa foi central e essencial para a tessitura do cuidado, quando o atitudinal solícito, sensível e atento, e a valorização da relação deram suporte e viabilizaram as particularidades de gestantes de alto risco serem manifestas e acolhidas. O encontro do significado e do sentido da situação de ser gestante de alto risco e do materno circunscrito foi sempre, de algum modo, lançado na relação e efetivou um contraponto às insuficiências experienciadas na atenção pré-natal de alto risco, ancorada no modelo biomédico até então recebida. Conclui-se que produzir um cuidado pautado e balizado pela teoria pessoa-a-pessoa tem potencial para a transformação



do alcance do pré-natal, com potencial de transformar desfechos gestacionais e de parto. Ainda, a relação pessoa a pessoa naturalmente promove encontros terapêuticos e responsabilização do fazer em enfermagem e saúde. Ademais, indica-se o referencial de Joyce Travelbee como ancoragem para as visitas domiciliares, assim como se sinaliza a relevância das teorias de enfermagem serem garantidas na formação profissional, com oportunidades desse profissional ser exposto a formas de compreender os metaparadigmas da enfermagem. De todo modo, o cuidado de enfermeiras visitadoras balizadas na relação pessoa-a-pessoa deste estudo despende-se enquanto uma prática de cuidado que tem potencialidade de reconstruir o cenário organizacional das interações no campo de saúde, sobretudo na experiência de mulheres que vivenciam o pré-natal de alto risco. Isto porque a teoria pessoa-a-pessoa possui o potencial de servir como modelo conceitual e prático, subsidiando novas produções de cuidado, valorizadoras do cuidado centrado na pessoa e na família, com o potencial de acolher as necessidades reveladas nos encontros.

**Palavras-chaves:** Cuidado Pré-natal; Gravidez de Alto Risco; Visita domiciliar; Enfermeiras; Relações Interpessoais; Estudo de caso.

## **ABSTRACT**

Pregnancy is a physiological phenomenon and, therefore, its evolution occurs without complications in most pregnant women. However, there is a group of women who, based on conditions such as some individual characteristics, sociodemographic conditions, previous reproductive history, clinical conditions prior to pregnancy, may indicate a higher risk of developing pathologies with a potential for unfavorable outcomes. This group of women is called high-risk pregnant women. When diagnosed, they are indicated for concomitant follow-up in high-risk prenatal services. Being in the situation of a high-risk pregnant woman tends to converge the woman and her family towards a fragmented biomedical assistance approach, which gives little value to subjective, emotional, and relational aspects. This exclusively technical and biomedical approach misses the chances of weaving care in its broadest sense, excluding singularities and preventing the establishment of a person-to-person relationship. The general objective of this study was to analyze prenatal care for high-risk pregnant women developed by nurses on home visits based on Joyce Travelbee's nursing theory. The specific objectives were to discuss aspects of the visiting nurse's relationship with the high-risk pregnant women towards autonomy and discuss the incorporation of home visitation by nurses in high-risk prenatal care. A qualitative, field study was proposed, with an interventionist character, under the methodological strategy of the case study. The case was the relationship between nurse and high-risk pregnant woman in the home visit and care. The development of the home visits took place from March 2018 to March 2020, in a city in the interior of São Paulo, when 17 women and high-risk pregnant women were visited by nurses every two weeks. To study and report the cases, the full transcription of the audio recordings of the home visits developed and of the field notes of the visiting and researcher nurses was carried out. The seventeen cases are presented individually, with visibility of the phases proposed by Joyce Travelbee and the needs explored in the person-to-person relationship. The analysis of the cases allowed us to identify that the person-to-person relationship was central and essential for the fabric of care, when the attentive, sensitive, and attentive attitude and the appreciation of the relationship supported and enabled the particularities of these high-risk pregnant women to manifest themselves and be welcomed. The meeting of the sense and significance of the situation of being a high-risk pregnant woman and the circumscribed mothering was always, in some way, launched in the relationship and effected a counterpoint to the insufficiencies experienced in high-risk prenatal care, anchored in the biomedical model they had received until then. It is concluded that producing care guided and driven by the person-to-person theory has the potential to transform the scope of prenatal care, with the potential to transform gestational and

delivery outcomes. Still, the person-to-person relationship naturally promotes therapeutic encounters and responsibility in nursing and health care. Furthermore, Joyce Travelbee's reference is indicated as an anchor for home visits, as is the signalization of the importance of nursing theories being guaranteed in professional training, with opportunities for these professionals to be exposed to ways of understanding the metaparadigms of nursing. In any case, the care of the visiting nurses based on the person-to-person relationship in this study is seen as a care practice that has the potential to reconstruct the organizational scenario of interactions in the health field, especially in the experience of women who experience high-risk prenatal care. This is because the person-to-person theory has the potential to serve as a conceptual and practical model, subsidizing new care productions, valuing care centered on the person and the family, with the potential to accommodate the needs revealed in the meetings.

**Descriptors:** Prenatal Care; High-Risk Pregnancy; House Calls; Nurses; Interpersonal Relation; Case study.



## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>AD</b>	Atenção Domiciliar
<b>ARES</b>	Administrações Regionais de Saúde
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CISMU</b>	Grupo de estudos e pesquisa no cuidado interdisciplinar à Saúde da Mulher
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>DATASUS</b>	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
<b>DIU</b>	Dispositivo Intrauterino
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>FAPESP</b>	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
<b>FNP</b>	<i>Family Nurse Partnership</i>
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IC</b>	Iniciação Científica
<b>MECSH</b>	<i>The Miller Early Childhood Sustained Home visiting</i>
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>NFP</b>	<i>Nurse-family Partnership</i>
<b>ODS</b>	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde

<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PHPN</b>	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
<b>PMJC</b>	Programa de Visitação Jovens Mães Cuidadoras
<b>PNAR</b>	Pré-natal de Alto Risco
<b>PNPS</b>	Política Nacional de Promoção da Saúde
<b>PPGEnf</b>	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
<b>PVD</b>	Programa de Visitação Domiciliar
<b>RAMI</b>	Rede de Atenção Materna e Infantil
<b>RAS</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>RC</b>	Rede Cegonha
<b>SAE</b>	Sistematização da Assistência em Enfermagem
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UCP</b>	Universidade Católica Portuguesa
<b>UFSCar</b>	Universidade Federal de São Carlos
<b>UPA</b>	Unidade de Pronto Atendimento
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família
<b>USP</b>	Universidade de São Paulo
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva

**UTIN**                      Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

**VD**                         Visita Domiciliar

**V0**                         Visita Zero

## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

**Figura 1** - Fluxograma das participantes da pesquisa, São Carlos, São Paulo, 2022 ... 67

**Tabela 1:** Quadro síntese do perfil das enfermeiras visitadoras. São Carlos, SP, 2022.. 72

**Tabela 2** - Caracterização das gestantes participantes do estudo e representação das visitas domiciliares, São Carlos, São Paulo, 2022..... 78



## SUMÁRIO

<b>1. A CAMINHADA ATÉ AQUI.....</b>	<b>21</b>
<b>CAPÍTULO 1 .....</b>	<b>27</b>
<b>2. CUIDADO E VISITAS DOMICILIARES NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO GESTACIONAL.....</b>	<b>27</b>
2.1 Introdução.....	27
2.2 Cuidado, intersubjetividade e enfermagem .....	28
2.3 Autonomia .....	35
2.4 A visita domiciliar no contexto da saúde.....	38
2.5 Programas de visitação domiciliar materno-infantil.....	42
2.6 Gestação de alto risco: cuidado em saúde e visitação domiciliar .....	46
2.7 Teoria da relação Interpessoal (pessoa-a-pessoa) de Joyce Travelbee.....	55
<b>3. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS.....</b>	<b>59</b>
<b>CAPÍTULO 2 .....</b>	<b>64</b>
<b>4. ASPECTOS METODOLÓGICOS E ÉTICOS .....</b>	<b>64</b>
4.1 Tipo de estudo .....	64
4.2 Local de estudo e participantes.....	66
4.3 Visitas domiciliares .....	69
Etapa 1 – Estruturando a visita domiciliar.....	69
Etapa 2 – Executando a visita domiciliar .....	71
4.4 Instrumentos de pesquisa.....	72
4.4.1 Notas de campo dos encontros na prática de visita domiciliar.....	73
4.5 As enfermeiras visitadoras.....	73
4.6 Cuidados éticos.....	78
4.7 Apresentação e análise dos casos .....	79
<b>CAPÍTULO 3 .....</b>	<b>81</b>
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>81</b>

5.1	Conhecendo as gestantes de alto risco.....	81
5.1.1	Caso 1 – Enlutar e maternar .....	86
5.1.2	Caso 2 – Construção subjetiva da gestação atual .....	90
5.1.3	Caso 3 – Sofrimento e medo na gravidez de alto risco não planejada .....	93
5.1.4	Caso 4 – Tornar-se mãe de um segundo filho .....	98
5.1.5	Caso 5 – Construção da parentalidade compartilhada .....	103
5.1.6	Caso 6 – Uma nova experiência menos solitária.....	107
5.1.7	Caso 7 – Resignificar o cuidado de si .....	111
5.1.8	Caso 8 – Articulado esforços para acionar a rede de atenção à saúde do município na gravidez de alto risco.....	115
5.1.9	Caso 9 – Caso complexo .....	119
5.1.10	Caso 10 – Conversas informativas .....	123
5.1.11	Caso 11 – Informar para empoderar .....	127
5.1.12	Caso 12 – Em busca da experiência positiva .....	131
5.1.13	Caso 13 – O pré-natal no Brasil .....	136
5.1.14	Caso 14 – Gestante informada.....	139
5.1.15	Caso 15 – Afastando-se do pré-natal de alto risco: problematizando relações no serviço especializado.....	143
5.1.16	Caso 16 – Rede de apoio.....	146
5.1.17	Caso 17 – Carência informacional .....	148
6.	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>152</b>
7.	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>167</b>
8.	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>170</b>
	<b>ANEXOS E APÊNDICES.....</b>	<b>183</b>

## ***PREFÁCIO***

*“A teoria sem a prática vira “verbalismo”, assim como a prática sem a teoria, vira ativismo. No entanto, quando se une a prática com a teoria tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade”.*

Paulo Freire

Esta tese está organizada em três capítulos. No Capítulo 1, apresento-lhes, a partir do título “Cuidado e visitas domiciliares no pré-natal de alto risco gestacional”, conceitos e reflexões acerca do cuidado, dos encontros e das interações. Uma relação entre Cuidado, intersubjetividade e a enfermagem foi apresentada, bem como a autonomia, conceito multidimensional de elemento fundamental enquanto horizonte do cuidado. Após, uma breve retrospectiva sobre a prática de visita domiciliar, os programas de visita domiciliar, que estão sendo disseminados de forma internacional, também foram tratados nesse capítulo. Neste estudo, a teoria da Relação Interpessoal de Joyce Travelbee dá subsídios para o fazer da enfermeira em visitas domiciliares, bem como é utilizada enquanto quadro teórico para analisar o cuidado prestado às gestantes de alto risco. Por fim, e não menos importante, vou tecendo uma apresentação sobre o universo da gestação de alto risco, contexto, esse, no qual estive imersa durante todo o período deste doutoramento.

No Capítulo 2, os aspectos éticos, bem como o detalhamento de toda a execução da pesquisa é apresentado. Os aspectos necessários para atender aos objetivos do estudo e responder à pergunta norteadora e uma apresentação mais detalhada das enfermeiras visitadoras encontra-se nesse capítulo.

Por fim, no capítulo 3, apresento-lhes o resultado em forma de casos individuais, com uma pequena síntese de cada caso, seguida do relato. Posteriormente, uma discussão é apresentada à luz do quadro teórico apresentado e, por último, as considerações finais deste estudo.



## 1. A CAMINHADA ATÉ AQUI...

“A elas meu mais sincero agradecimento e a certeza de que este trabalho não se encerra aqui!”. E foi assim que finalizei a dedicatória às gestantes de alto risco que havia observado durante minha pesquisa de mestrado<sup>1</sup>. O desejo em dar continuidade e seguir contribuindo com essas gestantes ficou explícito em minhas falas. A imersão nesse mundo despertou a inquietação e o prazer em desfrutar esse universo, na intenção de qualificar o cuidado em saúde ofertado e ponderar a inserção diferenciada e relevante do enfermeiro. Assim, o meu desejo como pesquisadora foi de assumir um outro posicionamento junto ao objeto de estudo (cuidado em saúde às gestantes de alto risco), com intenções de contribuir com os avanços práticos. O desejo era de estar mais inserida e integrada ao cuidado em saúde a estas mulheres e suas famílias, para poder trazer apontamentos deste lugar, de partícipe do cuidado. Delineava-se a intenção em assumir um posicionamento de pesquisadora participativa, de pesquisa intervenção.

Nos encontros iniciais de orientação, fui apresentada ao projeto da Universidade de São Paulo (USP) denominado “Programa de Visitação Jovens Mães Cuidadoras” (PJMC), cujo enfoque era a oferta de visitas domiciliares conduzidas por enfermeiras a mães adolescentes e primigestas, sob o direcionamento de um protocolo e cuja meta era a promoção da parentalidade positiva na primeira infância e da saúde materno-infantil.

A sugestão de delinear um estudo com visita domiciliar (VD) conduzida por enfermeiras agradou-me demais, pois de imediato veio a ideia do encontro, da possibilidade de conhecer a mulher, sua família seu contexto de vida. Considero esse conhecimento essencial para pensar as necessidades de saúde e vida, para pensar o cuidado em saúde. O conceito de cuidado em saúde tem esta ancoragem para mim; um aspecto que determinou considerar fortemente algo nesta linha. Ainda, em meu entendimento, a VD é subutilizada na atenção em saúde com a potência de revelações que ela tem.

A insuficiência do cuidado pré-natal junto às gestantes de alto risco foi testemunhada por mim via relatos das mulheres que integraram meu estudo de Mestrado, assim como em toda leitura da literatura brasileira na área. Assim, ponderei tomar algo

---

<sup>1</sup> SOUZA, B. F. **Enfermagem e gestantes de alto risco hospitalizadas: desafios para integralidade do cuidado**. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos – São Paulo.

similar à estrutura do PJMC para a minha população de estudo. Assim surgiu o desafio de pensar qual seria então o ‘*script*’ do protocolo de visitação de meu estudo.

Partimos com a propositura de um projeto que visava um ‘programa de visitação’ e tinha um delineamento de ensaio clínico randomizado. Com isso concorri ao processo seletivo e ingressei no Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). O desejo e a intenção de qualificar o cuidado em saúde e as interações nele vivenciadas na direção de revelações de necessidades eram motivação e propulsor da caminhada. Iniciamos, mas nosso horizonte era de abertura, de ancoragem no diálogo, de desejo de apontamentos de uma ordem diferente das relações mediadas por análises estatísticas. Assim, abortamos o delineamento quantitativo e caminhamos para o delineamento qualitativo. Nosso pressuposto era de a insuficiência do cuidado pré-natal estar relacionada com a insuficiência do encontro com a pessoa da mulher, sua família, história e vida. Como desdobramento disso, a revelação e a visibilidade das necessidades estavam limitadas e fragilizadas, talvez até enviesadas para questões da ordem do adoecimento.

A motivação era de adentrar no mundo da experiência e explorá-lo com maior profundidade para promover apontamentos de uma perspectiva que tomasse a vivência da mulher na gestação e no cuidado em saúde na centralidade. Entendo que a consideração aos sujeitos e às subjetividades é de premência para o estabelecimento do cuidado em saúde.

O desejo era de aprofundar-me no pensar o cuidado e as relações de cuidado. Isso ocorreu muito pelas escolhas das disciplinas, com destaque para ‘Educação Interprofissional e Prática Colaborativa’ e ‘Hermenêutica Filosófica Gadameriana, Cuidado e Pesquisa em Saúde’. Em síntese, o ponto mútuo entre as duas disciplinas está na possibilidade de refletir a experiência do cuidado, ora enquanto enfermeira, ora enquanto pesquisadora. Na fusão dos horizontes entre teoria e prática, muitos são os estranhamentos advindos, especialmente no que tange ao distanciamento entre ambos, evidenciado pelos discursos profissionais de valorização do cuidado individualizado e integral que pouco se efetivam na prática, que se distanciam, inúmeras vezes, do “sucesso prático” tratado por José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres.

O cuidado é uma criação, um contexto dependente, entendendo contexto como espaço de vida, não só concreto, mas aquele derivado da complexidade de implicações que todos os determinantes provocam na vida e no viver; estou a referir-me aos determinantes sociais e de como pessoas e famílias interagem com o cuidado e criam seus

contextos para a vida e o viver. Assim, como entender as necessidades de saúde? Como ter no horizonte o cuidado integral e colaborativo? Como estabelecer um cuidado genuíno? Um cuidado justo? Como aproximar teoria e prática? É possível superar as fragilidades que se revelam continuamente neste caminhar? O enfermeiro tem espaço e condições de colaborar nessa direção?

Minha premissa é de que – ao se pôr diante da pessoa e família que demandam por cuidado – o profissional deveria estar aberto ao encontro e estar intencionado a se engajar no diálogo, a estabelecer uma conversa genuína com real interesse no outro. Todavia, as práticas de saúde estão com horizonte e alcance limitados, presos em um movimento de querer cumprir, do certo e errado e da pouca porosidade, permissividade e aposta na colaboração entre os envolvidos.

A prática colaborativa permite integrar ações de cuidados entre os diferentes profissionais e entre as redes de cuidado disponíveis (D'AMOUR et al., 2008), portanto requerem profissionais mais preparados e mais comprometidos, com um olhar humano e integral (SILVA, et al., 2015). Na mesma linha de raciocínio, a abordagem hermenêutica tem potencialidade nesse cenário, sobretudo pela busca de se entender os indivíduos, processo esse que é totalmente dependente de um movimento dialógico, de abertura genuína ao outro, de reconhecimento, de tentativa de compreensão de vida e do fundir horizontes (GADAMER, 2014).

Portanto, a minha contribuição debruça-se sobre a reconstrução de um atitudinal em que a valorização da mulher gestante de alto risco e sua vida estão no centro das ações. Para isso, valorizar a subjetividade e, conseqüentemente, buscar a colaboração entre os envolvidos, tornam-se essenciais nesse processo.

Ademais, outro marco que experienciei nesse meu processo e que afeta esse jeito de ser, pensar e estar, foi a oportunidade de dar suporte a um projeto de Iniciação Científica (IC), com a pesquisa intitulada “Visita regular no pré-natal: expectativas de gestantes de alto risco”, desenvolvida pela estudante de graduação de Enfermagem da UFSCar, Leticia de Oliveira Castro, sob financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Sem dúvida, esse foi um grande desafio na minha formação. Durante toda a minha trajetória enquanto pesquisadora, sempre fui em defesa da pesquisa em conjunto com a prática e ter participado no auxílio de todo o processo e desenvolvimento, pesquisando e orientando o caminhar de uma outra pesquisa vinculada à minha e às gestantes, foi muito gratificante e de causa de crescimento. Deixo aqui, como sugestão de leitura, o artigo fruto dessa parceria, que foi publicado em 2020:

CASTRO, L. O.; **SOUZA, B. F.**; MARSKI, B. S. L.; LOPES, M. E. P.; SANTOS, P. R. M.; WERNET, M. Visita domiciliar no pré-natal: expectativas de gestantes risco. **UFPE On line**. v. 14, e244258, 2020.

Outra inserção que compõe essa trajetória de sensibilização, criticidade e formação como pesquisadora foi a contribuição a algumas das publicações derivadas do projeto de pesquisa “Avaliação da atenção à Saúde no pré-natal segundo estudo epidemiológico e revisão crítico-reflexiva”, liderado pela Profa. Dra. Márcia Regina Cangiani Fabbro e vinculada ao grupo de estudos e pesquisa no cuidado interdisciplinar à Saúde da Mulher (CISMu), do qual faço parte. Não compus a equipe do projeto, mas acabei sendo acionada para contribuir com publicações a ele relacionadas, cito BARBIERI, M.R.B.; BARALDI, N.G.; FUMINCELLI, L.; **SOUZA, B.F.**; WERNET, M.; FABBRO, M.R.C.. Cuidado pré-natal e integralidade: revisão de escopo. **Research, Society and Development**. v. 10, e429101220639-13, 2021 que está publicado; o manuscrito “Percepções de gestantes sobre atenção pré-natal em município do interior paulista”, do qual sou uma das coautoras. Esse artigo foi submetido na revista Cadernos Saúde Coletiva, foi apreciado e aprovado para publicação em junho/2022, aguardando número e volume da revista.

Por último, cito um estudo envolvendo o pré-natal de alto risco com o pré-natal habitual do município, resultando na apresentação oral no Congresso Internacional de Estudos Qualitativos: “Pré-natal de risco habitual e alto risco: estudo qualitativo sobre percepções de mulheres” e na divulgação enquanto capítulo de livro nas autorias de FABBRO, M. R.C; BUSSADORI, J. C. C; WERNET, M.; **SOUZA, B. F.**; FERMIANO, A. R.; SOUSA, M. A. G. em **New Trends In Qualitative Research**. v. 8, p. 538-546, 2021.

Por último, não posso deixar de comentar o atravessamento da pandemia da COVID-19 no desenvolvimento de minha pesquisa por aproximadamente dois anos. Ela implicou mudanças nas relações com as gestantes, com a orientadora, com as pessoas e, de certo modo desfocou, desacelerou o movimento do estudo. Promove o questionamento sobre o lugar da proximidade, da frequência de relações para os vínculos e a edificação de processos colaborativos. Quando distanciados, como romper o ciclo do distanciamento e resgatar a proximidade?

Sem me prolongar muito, a minha caminhada até aqui também envolve ser enfermeira assistencial ainda em exercício. Toda vez que me reporto à experiência de ser enfermeira nessa pandemia, não consigo reproduzir em palavras o simbolismo do que foi



enfrentar essa guerra. E, quando penso na experiência de ser pesquisadora, muitas vezes me deparei com fases improdutivas, inúmeras fases de insegurança. Além disso, alguns dos meus sonhos foram interrompidos por conta da pandemia, a exemplo do estágio doutoral no exterior.

Mas, essa caminhada até aqui faz parte da minha história, da minha vida e da minha essência. “Aos trancos e barrancos”, como se tende a dizer, terminei (ou talvez seja o começo, por que não?) de mais uma etapa da minha vida, da qual me orgulho muito e sentirei falta.

Encerro minha apresentação convidando você, leitor, que de alguma forma compartilhou dos *flashes* que elenquei sobre meu caminhar e sobre minhas ancoragens a ler este relatório de pesquisa, compartilhar dos resultados aqui obtidos a partir da minha lente analítica. A mim resta ficar na torcida de que esse relatório possa gerar o esperar e endossar a luta para um cuidado respeitoso, genuíno e justo, no qual a relação pessoa-a-pessoa no cuidar esteja reconhecida como central, visando a transformação das práticas de saúde, sobretudo de enfermeiros.

Sou uma pessoa extremamente sensível e me tornei admiradora desse universo da gestação de alto risco, espero que você seja tocado por isso, sensibilizado e transformado de algum modo por este processo que vivenciará comigo via a leitura do meu trabalho. A gestação de alto risco conduz o profissional a ampliar lentes que focam doença e desvios, desfocando lentes relativas à vida, ao sentido dela. Afasta o profissional da relação com a pessoa, estreita a relação com a doença. Nesse contexto, a relação pessoa-a-pessoa fica fragilizada e o risco de desvalorizar o sentido da vida da pessoa também. Encontrei, nas colocações teóricas de Joyce Travelbee, enfermeira e teórica de enfermagem no contexto da psiquiatria, muitas das críticas e dos apontamentos que quero defender e experimentar neste estudo. Assim, as escolho como referência do estudo e das visitas. Decido pelo delineamento metodológico do estudo de caso. Convido você, leitor, a adentrar-se em cada caso e comigo percorrer as evidências produzidas. Desejo-lhe uma leitura prazerosa, significativa, transformadora e mobilizadora, assim como foi desenvolver o estudo para mim. Faço votos de contribuir com a qualificação do cuidado a mulheres que gestam sob a classificação de ‘gestantes de alto risco’.

Vamos lá? Boa jornada.

Bruna.



## **CAPÍTULO 1**

### **2. CUIDADO E VISITAS DOMICILIARES NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO GESTACIONAL**

#### **2.1 Introdução**

Na análise dos processos históricos de produção de cuidado, observa-se que há uma crescente precarização nas interações das pessoas envolvidas. Cada vez mais afinada com o paradigma biomédico, a medicina moderna coloca o corpo da pessoa cuidada enquanto mercadoria, surgindo assim a necessidade de intervenção e controle. No meio desse ideal, a possibilidade de interação intersubjetiva se esvaece em detrimento à generalização dos corpos doentes e à necessidade de intervenção imediata (TERRA; CAMPOS, 2019; AZEREDO; SCHRAIBER, 2021).

Com o avanço da ciência, os aparatos tecnológicos passaram a ganhar maior importância, ao ponto que os profissionais de saúde se tornaram meros aplicadores e replicadores de protocolos e do uso das tecnologias duras, especializam-se em conhecimentos técnicos e científicos e, com isso, a fragmentação do cuidado ocorre (AZEREDO; SCHARAIBER, 2021). Como consequência, a supervalorização do conhecimento técnico-instrumental, seu uso indiscriminado e, por vezes desnecessário, se naturalizou nas práticas de saúde.

As consequências dessa naturalização se estendem ao cuidado na enfermagem, uma vez que, apesar de as discussões e do cuidado em saúde serem uma possibilidade de rompimento com o paradigma biomédico, ainda se mantém a crença de que o cuidado está diretamente e exclusivamente ligado à técnica; em outras palavras, o cuidado só é visto e vislumbrado a partir do ato técnico, da execução de procedimentos. Aqui, cabe resgatar as palavras de José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, que nos lembra que a interação terapêutica e o cuidado apoiam-se na tecnologia, mas não se limitam a ela (AYRES, p. 63, 2009a).

Contudo, como o mesmo autor relata, conceber o cuidado a partir do existir, recorrer à subjetividade e às interações nem sempre é tarefa fácil, porque, embora seja um lamentável equívoco, frequentemente o reconhecimento e a valorização dos saberes

não técnicos são tomados pelos profissionais de saúde como um atraso, um obscurantismo nas práticas de saúde (AYRES, p. 64, 2009a).

A formulação teórica de Ayres aponta para duas dimensões articuladas ao constructo cuidado, a saber: êxito técnico e sucesso prático. O êxito técnico condiz com o como fazer, através da utilização de instrumentos e procedimentos com finalidade de prevenção, tratamento e recuperação de agravos à saúde (AYRES, 2001). Por outro lado, o sucesso prático requer esforços e efetivação da compreensão dos sentidos e significados frente aos valores assumidos diante da experiência vivida por aquele que é cuidado (AYRES, 2009b). Fica claro que êxito técnico e sucesso prático não se configuram como sinônimos, contudo, estão interligados e somente se efetivam através do diálogo e a permeabilidade entre o técnico e o não técnico (AYRES, 2004).

É preciso que se considerem elementos como a integralidade do cuidado, o acesso, as tecnologias duras, a articulação com os demais serviços de saúde, além da construção de novas relações intersubjetivas (SILVA et al., 2010) para que os polos de êxito técnico e sucesso prático sejam efetivados na prática e construam relações de cuidado genuínas, superando as insuficiências na atenção à saúde.

## **2.2 Cuidado, intersubjetividade e enfermagem**

Primeiro, justifico a escrita deste item na minha tese. Em meu exame de qualificação de doutorado<sup>2</sup>, a Profa. Dra. Margarida Vieira da Universidade Católica Portuguesa (UCP), Portugal, teceu uma crítica construtiva, aconselhando-me a fazer uma retomada histórica do conceito de cuidado, pois, ainda que não se considere a adoção de um único pensamento teórico como uma delimitação do estudo, torna-se relevante, sobretudo a nível de doutoramento, compreender as principais dimensões filosóficas e epistemológicas do conceito que é tema central da prática da enfermagem. Foi então que, a partir do conselho da professora, revisei as concepções e os elementos constitutivos, assumindo explicitamente o cuidado como uma diretriz da produção em saúde.

Com uma pluralidade de concepções teóricas que convergem em valores humanitários, éticos, políticos e sociais, intenciona-se provocar reflexões que subsidiem

---

<sup>2</sup> Exame de qualificação do doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, realizado no dia 19 de dezembro de 2019. Participaram da comissão examinadora Profa. Dra. Monika Wernet; Profa. Dra. Margarida Maria da Silva Vieira e Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello, com parecer favorável à continuação do projeto.

o desenvolvimento de uma prática mais humana e solidária, tal qual a origem do conceito tende a valorizar (GONÇALVES; SENA, 1998). Para dar início as reflexões, compartilho aqui a escrita de duas enfermeiras estudiosas do cuidado no ano de 1990:

O cuidar é diferente do curar: o cuidar é mais amplo, faz parte do curar, mas é realizado, também, independentemente de atos curativos e não se limita apenas a atos de cuidados mecânicos. O cuidar abrange um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, fundamentados numa base científica e humanística. Este cuidado não tem sentido altruístico, de doação sem gratificação, mas tem sentido de compreender o homem, de interagir com ele e de cuidar de forma holística, personalizada, que além de colaborar para a cura também promove a saúde e auxilia o indivíduo a se desenvolver com satisfação. Assim, é possível um viver sem a cura, mas não é possível um viver sem o cuidado (BOEHS; PATRICIO, 1990, p. 115).

Influenciada por tal definição, pressupõe-se que discutir o cuidar diz respeito à vida e ao ser. As manifestações do cuidar e do cuidado são observadas no reino animal e na natureza em geral, provocando atitudes éticas e o exercício da compaixão, da solidariedade, valores e elementos que são imprescindíveis ao cuidado (WALDOW, 1995; BOEHS; PATRICIO, 1990; FEUERWERKER, 2016). Com diferentes arranjos e manifestações, o cuidado está presente na família, na escola, na natureza e, por tratar-se de vida, é diretamente influenciado pelas relações que estabelecemos, valorizando a cultura, a história e a fraternidade, em busca de aprimorar os conhecimentos e a criatividade (WALDOW, 1992; WALDOW, 1998; WALDOW, 2008).

Na mesma direção, o cuidar em saúde é temática de vida, não somente dos profissionais de saúde, ou ainda restrito à enfermagem, profissão, essa, conhecida e difundida pelas ideias do cuidar. Levar em consideração tal concepção existencial subsidia um produzir que inclui os usuários de saúde, seus familiares e todos os personagens que carregam consigo suas próprias pautas, suas possibilidades, seres que cuidam e que são cuidados. Portanto, o cuidar em saúde é *tema da produção do humano, da construção da teia de relações e encontros que conformam a vida* (FEUERWERKER, 2016, p. 35, grifo nosso).

Assim, o cuidado é anterior à enfermagem, mas foi nesse ofício que ele se profissionalizou (WALDOW, 2008). Não se pretende aqui resgatar a origem da profissão

enfermagem, mas o processo histórico evidencia a evolução da conceitualização do cuidado enquanto competência profissional.

No século XIX, após a queda do sistema feudal, a Revolução Industrial impulsionou a implantação do sistema capitalista e promoveu a expansão econômica e científica. Com isso, sustentado pelo modelo capitalista, o contexto da época reclamava corpos saudáveis, a fim de ajusta-los às necessidades de produção cada vez maiores. No bojo dessas transformações, a enfermagem moderna ou profissional surge e, sob os auspícios de sua fundadora, Florence Nightingale, cria sua identidade buscando adequar-se ao modelo econômico vigente (GONÇALVES; SENA, 1998). O sistema nightingaleano, como é denominado por estudiosos, foi determinado pela organização da enfermagem dentro de instituições hospitalares e se difundiu rapidamente para outros países, inclusive para o Brasil (GONÇALVES; SENA, 1998).

Com Florence Nightingale (1820-1920), o cuidado assumiu uma caminhada científica. Nightingale iniciou o movimento da sistematização do cuidado em enfermagem (SAE)<sup>3</sup> (STAMM, 2002) e o consolidou como foco do saber e do fazer da profissão (ESPIRITO SANTO; PORTO, 2006). Vários estudos concluíram que o cuidado aqui despendido já evidenciava o equilíbrio entre as medidas sanitárias e a prática moral em termos atitudinal dos profissionais. O cuidado de Florence Nightingale reclamava uma nova contribuição em termos de individualidade do paciente, apontando elementos subjetivos enquanto elementos a serem valorizados, com atenção ao zelo, à comunicação não verbal, à escuta ativa e à vinculação. E, com o cuidado enquanto um modo de fazer e saber, emergia o conhecimento, a sensibilidade e a criatividade nas relações intersubjetivas (STAMM, 2002; ESPIRITO SANTO; PORTO, 2006), mostrando os efeitos desse fazer na promoção da saúde das pessoas (NEVES, 2002).

Contudo, Waldow (2008) retratou que com o advento da revolução industrial, da expansão capitalista e da era científica, as profissões como medicina adquiriram um *status* social e técnico, e as ações básicas de cuidar foram menosprezadas e delegadas para um

---

<sup>3</sup> A SAE é uma ferramenta assistencial que, por meio de uma metodologia científica, organiza o trabalho profissional da enfermagem, com intuito de qualificar o cuidado e outorgar mais autonomia aos profissionais. Essa metodologia organiza o trabalho profissional por meio do Processo de Enfermagem que é desenvolvido em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, a saber: coleta de dados ou histórico de enfermagem, diagnóstico, planejamento de cuidados, prescrição e evolução de enfermagem (COFEN, 2009; SILVA, 2017).

segundo plano. Na busca pelo reconhecimento enquanto ciência, a enfermagem mirou o cuidado aos moldes biomédicos e curativistas, com comportamentos que imprimiam uma dualidade *obediência, servilismo, docilidade, mas também autoritarismo* (p. 9).

Na busca pelo aprimoramento das discussões, na década de 70, pesquisadoras norte-americanas desenvolveram teorias de cuidado. Há um destaque para a obra de Madeleine Leininger (1978; 1981), que desenvolveu a teoria transcultural de enfermagem a partir de sua própria experiência em uma unidade de cuidados psiquiátricos. Leininger percebeu que fatores culturais poderiam influenciar o comportamento de crianças que estavam ao seu cuidado. Mais tarde, sua teoria se validou quando passou a trabalhar com a população indígena e observou não somente questões específicas de cultura na população, mas também uma marcante diferença cultural no que se refere aos cuidados e às práticas de saúde das populações (ORIÁ; XIMENES; ALVES, 2005).

Com sua teoria, Leininger propagou a ideia de que a enfermagem deveria ser interpretada como sinônimo de cuidado (BOEHS; PATRICIO, 1990) e fonte base para o conhecimento de enfermagem (WALDOW, 1992). A partir de um enfoque filosófico e teórico sobre o cuidado, este passa a ser um imperativo prático e científico, humanístico e cognitivamente aprendido:

Científico referindo-se a julgamentos e atos de auxiliar a outros com base em conhecimentos verificados e testados. Humanístico referindo-se ao processo de auxílio, criativo, intuitivo e cognitivo, baseado em sentimentos e experiências objetivas, subjetivas e filosóficas (LEININGER, 1984 apud BOEHS; PATRICIO, 1990, p. 112).

A teórica de enfermagem Jean Watson (1979; 1985) também iniciou sua trajetória na direção de uma teoria de cuidado, resultando na Teoria Transpessoal do Cuidado Humano. Com um trabalho fortemente articulado ao cuidar como Ideal Moral de valores humanos, a teoria foi baseada na filosofia e ciência do cuidado de enfermagem (WALDOW, 1992).

O cuidar interpessoal é entendido como uma premissa da enfermagem, na qual o papel do enfermeiro é afetar e ser afetado pelo ser que é cuidado (CLARK, 2016), não focalizando o cuidado como um fim para a cura (STAMM, 2002). Reclama uma teoria que é ciência e arte e só se efetiva através de encontro terapêutico. Também para Watson, a conceitualização de cuidado ganha um sentido ampliado, com um olhar para além dos aspectos físicos, o ser ganha centralidade e a prática engloba a atenção às dimensões

existenciais da vida e da morte e aos aspectos espirituais (WALDOW, 1992). Essa foi uma mudança de paradigma essencial para o fazer em enfermagem que trouxe em sua teoria o envolvimento dos valores, da vontade e do compromisso com o cuidado, o conhecimento, as ações e consequências (NEVES, 2002).

Morse et al. (1991), em sua revisão teórica, encontraram cinco constructos para conceituar o cuidado. Com base nos pesquisadores da época, os constructos foram identificados como “*Caring as a Human Trait*”, “*Caring as a Moral Imperative*”, “*Caring as an Affect*”, “*Caring as an Interpersonal Interaction*” e “*Caring as a Therapeutic Intervention*”.

A base ontológica de *Caring as a Human Trait* defende que o cuidado é inerente ao ser humano e essencial ao seu modo de ser. Aqui, o cuidar da enfermagem é considerado constructo motivador das ações, com atitudes e o agir diferentes a depender de contextos organizacionais e culturais. Ademais, o cuidado enquanto critério de humanidade mais comum e autêntico é realizado pela enfermagem e pode ser denominado como tal pelos seus modos de fazer (MORSE et al.,1991).

No segundo constructo, *Caring as a Moral Imperative*, o cuidado é uma virtude moral do ser humano na medida em que a manutenção da dignidade e a individualidade orienta a tomada de decisão. O cuidar é virtude central da enfermagem, profissão, essa, em que os profissionais são considerados como agentes morais do cuidado (MORSE et al.,1991).

*Caring as an Affect* reclama emoções. Sentimentos como compaixão e empatia impulsionam a enfermagem a prover o cuidado. A arte de cuidar é dominada pela enfermagem que se esforça em colocar o paciente no centro do cuidado (MORSE et al.,1991).

No constructo *Caring as an Interpersonal Interaction*, os teóricos do cuidado defendem que há troca de sentimentos e ações nas interações entre o profissional de saúde e o paciente, produzindo o encontro de cuidado; diferentemente ao que ocorre com encontros “não cuidativos”, onde não há interação, quiçá cuidado (MORSE et al.,1991).

Por último, o constructo *Caring as a Therapeutic Intervention* reclama um cuidado centrado no paciente. O reconhecimento das reais necessidades dos pacientes é necessário e a enfermagem utiliza essas informações para produzir o cuidado. O cuidar muda de acordo com as características e necessidades dos pacientes (MORSE et al.,1991).

O que Morse et al. (1991) defenderam nessa revisão é que o cuidado não é uma prática imutável e inflexível. A ontologia do cuidado provoca a reflexão de que a atitude



do cuidar varia a depender do paciente, do encontro produzido e dos objetivos inerentes ao processo.

De forma muito explícita, a revisão ainda categoriza os desfechos do cuidado após a apresentação do cuidado em si. Os resultados provocam experiências subjetivas de paciente e enfermagem e produzem uma resposta física do paciente ao cuidado, alcances que devem ser levados em conta.

Em virtude do que foi exposto até agora, observa-se que o cuidado é um construto identitário da enfermagem, essencial à vida, e que ocorre na interação dos seres, desenvolvendo-se como um saber-fazer para a profissão. A conceitualização desse saber-fazer é fruto de uma organização teórica que não se esgota, diria até que é um constructo atemporal. Para Boff (1999), o cuidar é muito mais que um simples ato, é uma atitude que fundamentalmente reclama estima, apreço, entrega e solicitude ao outro (1999).

Por último, antes de dar seguimento e expor o conceito de cuidado aqui adotado enquanto inspiração para pensar nas relações construídas, vamos tratar a fenomenologia do cuidado de Martin Heidegger (1889-1976), filósofo que voltou seu olhar para a compreensão do ser, no sentido existencialista (SANTOS et al., 2017) e cuja teoria é utilizada para fundamentar conceituações mais contemporâneas sobre o cuidado.

Com Heidegger, o cuidado é pensado enquanto uma atitude inerente à dimensão humana: é a totalidade estrutural da existência e se torna imprescindível para a interpretação do ser. Sua manifestação se dá nas relações que o movem, consigo mesmo e com o outro em seu sentido existencial. Como uma atitude do ser, o cuidado envolve preocupação, responsabilização, envolvimento afetivo e a compreensão do ser na sua existência (HEIDEGGER, 1988).

É inegável que o cuidado vem sendo construído ao longo dos anos sob um olhar ampliado, com entendimento de que é uma atitude e como tal pode ser moldado e adaptado às diversas situações. No entanto, há um paradoxo nas práticas de cuidado, visto que distanciam o paciente, objetificando-o e não permitindo a participação em sua própria produção de cuidado.

O cuidado é objeto de trabalho do/a enfermeiro/a e vem sendo debatido enquanto “recusa à ‘coisificação’ das pessoas e das relações, [...] a busca de superação de uma visão individualista e individualizante das ações humanas” (AYRES, 2017, p.1). Esta questão incita reflexões acerca da intersubjetividade, a qual requer o ato de colocar-se frente ao outro e dar abertura e vazão para as possibilidades derivadas desse encontro, garantindo

e promovendo a autonomia dos sujeitos envolvidos (o profissional e o demandante de seu cuidado) (AYRES, 2006).

O Cuidado no contexto da atenção em saúde, na propositura de Ayres (2004), envolve uma compreensão filosófica e uma atitude prática diante do sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que as clama (AYRES, 2006). “O momento assistencial pode (e deve) fugir de uma objetivação ‘dessubjetivadora’, quer dizer, de uma interação tão obcecada pelo ‘objeto de intervenção’ que deixe de perceber e aproveitar as trocas mais amplas que ali se realizam” (AYRES, 2004, p. 85). Com isso, precisa conter atitudes e espaços genuínos de encontro intersubjetivo, onde a responsabilidade mutuamente assumida favorece e permite o diálogo a acontecer, para que na relação, e por meio dela, se possam desenvolver ações em relação aos projetos daqueles que ali estão. A alteridade<sup>4</sup> desponta-se enquanto mobilizadora de transformações, de novas significações e ações (AYRES, 2006).

Portanto, o Cuidado, nessa perspectiva, é uma possibilidade reconstrutiva e favorece voz e emancipação (AYRES, 2017). Ele é um processo aberto ao devir que se mantém e se revela a partir do interesse e reconhecimento da intersubjetividade enquanto espaço no qual se tece a mobilização e responsabilização dos sujeitos para o próprio cuidado.

No plano da técnica, do fazer em saúde, Ayres (2009b, p. 18) sinaliza o “frágil compromisso com o bem-estar dos usuários [...] certo descolamento entre o momento do ato assistencial e o envolvimento com suas consequências e com os desdobramentos da situação dos pacientes e comunidades”. Para ele, o Cuidado é um conceito reconstrutivo, sobretudo por estar orientado para a “atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência” (AYRES, 2004, p. 22),

O diálogo no contexto das práticas de saúde é a ação na qual se encontram os sujeitos no e para o cuidado, quando, apenas por meio da fusão de horizontes, efetivam apropriação mútua, revelam alteridades e essas se constituem nas oportunidades de ampliação do entendimento mútuo, revelando racionalidades, ancorando o devir de cada qual que ali está (AYRES, 2007).

---

<sup>4</sup> Alteridade é aqui entendida a partir do conceito de Emmanuel Lévinas que reconhece o conceito como a relação entre os homens na diferença. A relação com o outro é constitutiva do ser, há um desejo de conhecer e, reconhecer, esse Outro a quem o homem está ligado em relação, por estar no mundo em sua companhia. A relação com o outro pressupõe querer compreendê-lo (LÉVINAS, 1967 apud SCHNEIDER; FILHO, 2018). Ao longo da vida, os encontros vão transformando referências identitárias, reconstruindo continuamente a percepção do si mesmo e do Outro (AYRES, 2004b).

Ayres (2007, p. 53) enfatiza que: “quanto mais o cuidado se configura como uma experiência de encontro, de trocas dialógicas verdadeiras, [...] mais a intersubjetividade ali experimentada retroalimenta seus participantes de novos saberes tecnocientíficos e práticos”.

As interações intersubjetivas ricas e dinâmicas são necessárias ao cuidado integral, bem como o acolhimento, a responsabilização e a expansão de horizontes, capazes de transformar os envolvidos em sujeitos autônomos e criativos no processamento dos padrões normativos de saúde, compatíveis com os valores e as necessidades pessoais e socialmente satisfatórios (AYRES, 2011; AYRES, 2008).

Indo ao encontro ao exposto nesse item, identifica-se residir na centralidade do cuidado a relação.

### **2.3 Autonomia**

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da saúde (PNPS) implantada em 2006 aproxima-se das nossas discussões em valorizar os sujeitos envolvidos na produção de cuidado materno-infantil (mulheres, família, profissionais de saúde). Essa política foi implantada com o compromisso de ampliar a qualificação das ações de promoção de saúde nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os seus níveis (BRASIL, 2015; GONÇALVES et al., 2020), o que significa que é uma política que não se restringe às ações de cura e prevenção de saúde, mas sim que desloca o olhar para a produção de outros coeficientes, produzindo sujeitos, mundo, cuidado (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004). Um dos valores norteadores dessa política é a autonomia (FLEURY-TEIXEIRA, 2008).

Há muito, a medicalização do corpo feminino vem sendo debate de programas e políticas. Mulheres estão sendo submetidas desnecessariamente às rotinas e procedimentos iatrogênicos, cheios de intervenções que comprometem a fisiologia do feminino (LEAL et al., 2014; REIS et al., 2017). Como consequência, a autonomia da mulher fica submergida em um processo de invisibilidade e se perde ante a inversão do protagonismo na produção de cuidado, se é que se pode denominar dessa forma.

No que concerne o estímulo da autonomia na saúde materno-infantil, passamos então a uma aproximação imediata do termo. Como nos lembra Carneiro e Ayres (2021), talvez o correto seja falar em autonomias, uma vez que as origens e definições não estão no campo do consenso.

Há muitas implicações sociais, éticas e políticas imbricadas na conceitualização. A composição da palavra – ‘auto’ como próprio e ‘nomia’ como norma, regra, lei – conduz a um ideal de liberdade de escolha: o próprio indivíduo decide diante suas possibilidades e capacidades de escolha. Como um “sê senhor de si”, ele cria suas próprias regras (FLEURY-TEIXEIRA, 2008, p. 2118) em um agir que o livra de coações externas e se coloca apenas para situações do cotidiano de sua vida individual (MUÑOZ; FORTES, 1998). Para o educador Paulo Freire, a autonomia é um processo que não se dá de forma absoluta, mas ocorre durante toda a vida. Assim, nas relações, o indivíduo tem a capacidade de decidir e assumir as suas responsabilidades, enquanto o outro (no caso de Paulo Freire, os educadores) deve respeitar essa autonomia enquanto imperativo ético (FREIRE, 2020). Na teoria da complexidade, Edgar Morin coloca que (...) Toda a vida autônoma é uma trama de incríveis dependências. (...) o conceito de autonomia não é substancial, mas relativo e relacional (MORIN, 1996, p. 282).

Em uma leitura atualizada e mais contemporânea da autonomia, Campos e Campos (2006) tomam a autonomia enquanto constructo que potencializa e amplia a capacidade do usuário em lidar e agir com sua própria rede de dependências. Em outras palavras, a autonomia não é vista como liberdade absoluta de decisão individual, uma vez que depende das relações internas e externas nas quais inevitavelmente o usuário estará envolvido, a saber o contexto social, cultural, a relação de afetos e a própria subjetividade (CAMPOS; AMARAL, 2007), sendo o usuário corresponsável pelas suas decisões (CAMPOS; CAMPOS, 2006).

Portanto, a autonomia é um processo relativo, dinâmico, que vai mudando a cada relação, a cada situação, e envolve juízo de valor, aproximando-se, assim, de um exercício ético (CAMPOS; CAMPOS, 2006):

O primeiro princípio constitutivo de uma concepção complexa da autonomia passa a ser sua característica relativa e relacional, inseparável da dependência. Seria preciso, portanto, superar uma ideia ou um objetivo de se chegar a uma autonomia absoluta. Pensando isto no processo saúde/doença, significa defender não a autodeterminação do paciente pura e simples, mas, ao contrário, o fortalecimento das relações entre pacientes e profissionais da saúde, entre pacientes e seus familiares, porque essas redes de autonomia/dependência passam a ser vistas como fundamentais para o cuidado e para a saúde. O que é preciso superar é a dimensão autoritária ou paternalista dessas relações e caminhar no sentido de possibilitar a expansão da autonomia à medida que (e na medida em que) avança o processo terapêutico (SOARES; CAMARGO JR, 2007, p. 72).

Diante disso, evidentemente, a busca pela autonomia se constrói por dentro em ato, em processo. Tal processo não deve ver no adoecimento, ou em outras dependências, articulações de autonomia reduzidas. Para isso, a autonomia deve ser edificada muito mais em práticas que favoreçam a lógica dialógica e relacional, as interrelações, a coprodução da autonomia e não somente em base a conhecimentos técnicos, instrumentais, de ordem biomédico, cuja prática da autonomia se anula ou se torna insuficiente (CAMPOS; CAMPOS, 2006). É necessário reformular as práticas para que os sujeitos do cuidado se tornem conscientes, responsáveis, informados, questionadores, que não aceitem sua submissão, sobretudo em detrimento às tecnologias duras (SOARES; CAMARGO JR, 2007)

Assim, a autonomia não deve ser pensada como um processo de autorrealização, efetivada na solidão de uma vida, mas como um processo que se desenvolve a partir de e nas relações (OLIVEIRA, 1995). Dessa forma, também cabe aos profissionais de saúde ampliar os horizontes para as relações. É necessário respeitar a autonomia e, antes de tudo, apostar na democratização das relações para que a autonomia possa ser construída. O produto dessa relação é a autonomia deliberada, a autonomia exercida nas decisões individuais, seguindo os próprios planos subjetivos, escolhendo a terapêutica a ser seguida. Nessa democratização das relações, os profissionais são coprodutores de autonomia (KOERICH; RAMOS; COSTA, 2005; SOARES; CAMARGO JR, 2007).

A co-constituição de autonomia depende, portanto, de um conjunto de fatores. Depende sempre do próprio sujeito, do indivíduo ou coletividade. Por este motivo nos referimos sempre a co-produção de autonomia, co-constituição de capacidades ou co-produção do processo de saúde/doença. O sujeito é sempre co-responsável por sua própria constituição e pela constituição do mundo que o cerca. No entanto, a autonomia depende de condições externas ao sujeito, ainda que ele tenha participado da criação destas circunstâncias (CAMPOS; CAMPOS, 2006, p. 2).

Portanto, destaca-se aqui que a autonomia vai se constituindo na tomada de decisão centrada em experiências estimuladoras da autonomia. Como estímulo, cabe aos profissionais de saúde a oferta de informações técnicas, o respeito à dignidade, à vida, à privacidade, à liberdade e aos direitos, bem como a responsabilidade social do cuidar (KOERICH; RAMOS; COSTA, 2005). Aqui, queremos focar o acesso à informação e

aos direitos sexuais e reprodutivos, ao considerar que são bases fundamentais para que a mulher desenvolva autonomia e seja capaz de agir na tomada de decisões (MS, 2012).

A autonomia no processo materno, conduz a mulher a um processo de encontro consigo, a um encontro em que é capaz de construir a sua própria trajetória, desde a gravidez até o puerpério e posterior a ele. Nesse sentido, criar mecanismos para valorar e incentivar esse encontro é reconhecer que a mulher carrega consigo as suas necessidades, a sua subjetividade, seus desejos e medos, que precisam ser considerados ao longo da gestação (MS, 2012).

Dessa forma, trabalhamos pela autonomia dos sujeitos e coletividades e para estabelecer possibilidades crescentes de que eles (e nós!) criem normas para suas vidas, formas de lidar com as dificuldades, limites e sofrimentos, que sejam mais criativas, solidárias e produtoras de movimento. Ao mesmo tempo, trabalhamos para a criação de possibilidades de satisfação de suas necessidades e desejos, possibilidades de prazer. Porém, sabemos que tanto os problemas quanto as respostas que provocam, tanto os desejos quanto os modos de satisfazê-los, expressam e se constituem em produções sócio-históricas. CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004, p.747).

Em conclusão, o quadro conceitual da autonomia nos remete não só a um processo de escolhas unilaterais tomadas pelas mulheres gestantes de alto risco deste trabalho, mas considera que a todo tempo essas mulheres estão imersas em redes de cuidado e estão imersas em saberes e poderes que constroem e destroem opções, que abrem e fecham caminhos, que libertam e constroem escolhas (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004) e clamam essas dependências como fundamentais para o desenvolvimento da autonomia.

#### **2.4 A visita domiciliar no contexto da saúde**

A VD é uma estratégia cuidativa na qual o domicílio é tomado como espaço onde se busca estabelecer uma relação profissional-demandante do cuidado, com apostas reconstrutivas de cuidado. Tem a potencialidade de promover um cuidado mais criativo, solidário e inovador, com alcances individuais em âmbito familiar. Com essa prática, o profissional de saúde aproxima-se dos problemas de saúde e do contexto de vida das pessoas sob seus cuidados, sob uma compreensão ampliada (ROCHA, 2017).

A maior aproximação do contexto de vida dos usuários possibilita a valorização da dimensão subjetiva das práticas em saúde, das vivências dos usuários e dos trabalhadores da saúde, abrindo

espaços de comunicação e diálogo entre saberes e práticas, além de novas perspectivas para a reflexão e ação (Paim & Almeida Filho, 1998).

Para que a produção do cuidado e a interação se efetive, os profissionais de saúde devem conhecer a dinâmica familiar, os processos sociais e culturais presentes no processo de saúde e vida das pessoas e, para isso, o domicílio – território onde as relações sanitárias e os cuidados com a saúde são observados de forma sensível e real – passa a ser o espaço de intervenção para a prática da visita (GARCIA; TEIXEIRA, 2009), desenvolvida por determinados grupos de profissionais, sobretudo profissionais da saúde (GARCIA; TEIXEIRA, 2009; ROCHA et al., 2017).

Por sua vez, a VD na enfermagem se entrelaça com o nascimento da saúde pública a nível mundial, desenvolvendo-se de forma semelhante em diferentes países (GARCIA; TEIXEIRA, 2009). O conhecimento acerca dos fatos e fenômenos que influenciaram o desenvolvimento da VD contribuiu para o conhecimento e para o desenvolvimento de uma consciência mais crítica, fato que influencia diretamente a prática da VD em tempos contemporâneos. Para tanto, conhecer os primórdios da VD se faz necessário.

A VD remonta a uma longa tradição Europeia, com surgimento anterior à expansão de grandes hospitais e ambulatórios (SILVA et al., 2005). Inicialmente introduzida na Inglaterra, no final do século XVIII, o continente Europeu já vinha empregando amplamente a VD enquanto modalidade de cuidado, sobretudo na oferta desse cuidado às comunidades mais pobres (WASIK, 1993; SILVA et al., 2005). Com a ampliação dessa estratégia, no início de 1909, o Conselho Municipal de Londres disciplinou e regulamentou a capacitação de potenciais visitadoras (AUGUSTO; FRANCO, 1980), que passaram a receber treinamento e foram remuneradas pelo Estado (REINALDO; ROCHA, 2002).

No continente americano, o conceito de VD foi introduzido nos Estados Unidos em um movimento de cuidado que se iniciou no final da década de XVIII (WEISS, 1993), sendo criada a Instituição “*Visiting Nurses Association*” (AUGUSTO; FRANCO, 1980). Contudo, o interesse no cuidado domiciliar emergiu somente na segunda metade do século XX, quando houve o desenvolvimento de modelos de cuidado voltados à educação infantil, bem-estar infantil e serviços de saúde em geral. Assim, a VD passou a ser disseminada enquanto modalidade de cuidado em meados da década de 80, somando-se aos pesquisadores que começaram a construir uma literatura sobre a eficácia e implementação das visitas (WEISS, 1993; MINKOVITZ; O’NEILL; DUGGAN, 2016).

Na Inglaterra e nos Estados Unidos, as principais ações da VD estavam relacionadas a uma forma de educar e assistir à população, sobretudo com intuito de controlar epidemiologicamente doenças que assolavam esses países naquela época. Com isso, as visitadoras iam de casa em casa exercendo suas práticas educativas e o controle sanitário (REINALDO; ROCHA, 2002).

No tocante ao Brasil, o surgimento da VD seguiu o mesmo processo que a Europa. A VD tem seu marco inicial no país datado em 15 de outubro de 1919, por meio de um artigo publicado em “O jornal”, cujo autor, o Dr. J. P. Fontelle, abordou a educação sanitária, defendendo a criação de um espaço de formação de enfermeiras visitadoras, cujo objetivo era a prevenção à saúde (AUGUSTO; FRANCO, 1980).

Com a já existente formação e capacitação de enfermeiras visitadoras nos Estados Unidos, em 1921, por intermédio de Carlos Chagas, desembarcou no Brasil um grupo de enfermeiras norte-americanas com a finalidade de capacitar visitadoras para a assistência ao domicílio no contexto brasileiro. Com a assistência domiciliar prioritariamente sanitária, a capacitação era voltada às orientações dos aspectos higiênicos na prevenção do adoecimento por tuberculose, bem como às orientações sanitárias sobre saúde infantil (AUGUSTO; FRANCO, 1980).

Mais tarde, esse curso de capacitação se transformou na Escola de Enfermagem Ana Nery, instituída no estado do Rio de Janeiro. Simultaneamente, foi criado em São Paulo um curso de Educadoras Sanitárias (AUGUSTO; FRANCO, 1980). Esse marco histórico envolvendo o desenvolvimento da VD compreende um período em que estratégias preventivas predominavam e pode ser entendida como a ideologia precursora das escolas de enfermagem no Brasil (MAZZA, 1994).

Nesse período, o Brasil estava enfrentando uma epidemia e uma endemia de doenças. Com os serviços públicos ineficazes no combate a doenças e os médicos sanitaristas resistentes à visita domiciliar por considerá-la pouco científica, a enfermeira de saúde pública tornou-se figura central na execução da assistência domiciliar (FALLANTE; BARREIRA, 1998 apud SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008).

A assistência domiciliar de enfermagem foi caracterizada por um processo de sistematização: preparo anterior à realização da visita; uso de técnicas adequadas desenvolvidas no domicílio; roteiro para realização da visita; estabelecimento de prioridade para os doentes portadores de doenças transmissíveis que deveriam ser visitados separadamente ou em último lugar para evitar infecções cruzadas; preocupação com o tempo dispensado em cada visita (AUGUSTO; FRANCO, 1980).



Contudo, a assistência à saúde da época, no Brasil, não era direito de todos e nem dever do Estado (CORBO; MOROSONI, 2005). Sendo assim, ainda que a VD tenha sido reconhecida como uma estratégia de assistência à saúde naquele contexto histórico, não eram todas as pessoas que tinham o privilégio de recebê-la e a VD não apareceu enquanto destaque na assistência (SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008).

Nesse contexto, criou-se então o Ministério da Saúde (MS) em 1953. Não sendo suficiente para garantir o acesso à saúde, fato que se acentuou no período de Ditadura Militar, o movimento da Reforma Sanitária ganhou destaque, sendo a reorganização da saúde pública no Brasil a principal demanda da sociedade. Após esse movimento, nasceu o SUS (PAIM, et al., 2011), o qual persiste e resiste até o momento atual.

Após a criação do SUS, nasceu no início da década de 90 uma proposta para melhor organizar e assistir os usuários: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado no ano de 1991, tendo se firmado principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Esses profissionais tinham como função prestar assistência aos usuários por meio de VDs (ROSA; LABETE, 2005; SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008).

Contudo, a VD só ganhou merecido destaque no país a partir da sua incorporação ao programa de Estratégia da Saúde da família (ESF), no ano de 1994, reflexo da necessidade de reorganização do modelo assistencial em saúde (SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008), o qual se estende até hoje enquanto atividade desenvolvida por profissionais das equipes de AB (QUIRINO et al., 2020)

Determinados profissionais da AB – enfermeiros, psicólogos, médicos, assistentes sociais e agentes comunitários de saúde (ACSs) – realizam VDs dentro de suas práticas de trabalho. Por meio dessas visitas, os profissionais da saúde podem identificar a condição social e sanitária, realizar o diagnóstico situacional dos sujeitos, promover a saúde, identificar áreas de risco e intervir no processo saúde-doença com consequente produção de cuidado. Igualmente, a VD também é prática de vigília epidemiológica. No entanto, com um olhar mais ampliado e não se restringindo às ações sanitárias de mudanças de comportamento, como no início da prática (GARCIA; TEIXEIRA, 2009).

Para os autores Feuerwerker e Mehry (2008), o cuidado domiciliar é uma prática que remonta à própria existência do ser humano e de suas famílias. Outros autores defendem a residência enquanto uma organização social em que os próprios membros são os principais provedores de cuidados entre si (BRANT; MINAYO, 2004).

Na literatura nacional, a VD é considerada uma dentre as quatro modalidades pertencentes à Atenção Domiciliar (AD), a saber: atenção domiciliar, atendimento

domiciliar e internação domiciliar (LACERDA et al., 2006). Para a autora, o conceito de VD é o mais difundido no sistema de saúde brasileiro e nas práticas de saúde das famílias e das comunidades, com o objetivo de avaliar os envolvidos e seus domicílios.

A VD proporciona o conhecimento do território social, a partir do contato direto com o cotidiano familiar e o das comunidades, legitimando a prática enquanto uma assistência de cuidado, e a “singulariza no rol de abordagens profissionais em saúde” (RAJÃO, 2018, p. 21). Além disso, o espaço domiciliar é propício para a identificação das reais necessidades do sujeito e de seus coletivos, permitindo aos profissionais de saúde verificar, descrever, identificar vulnerabilidades, bem como elaborar em conjunto ações de cuidado efetivas à vida do usuário, caso haja necessidade (AMARO, 2016).

Nessa perspectiva, a VD constitui-se como um recurso de extrema importância à saúde, é uma prática que garante o acesso igualitário e embora não seja exclusiva da enfermagem, essa utiliza a prática desde os primórdios do surgimento da profissão, (SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008) e a segue utilizando de forma ampla e internacional, como veremos a seguir.

## **2.5 Programas de visitação domiciliar materno-infantil**

Internacionalmente, há inúmeros investimentos em programas de visitação domiciliar (PVD) com a finalidade de promover o cuidado e o desenvolvimento materno-infantil. Esses programas priorizam sobretudo famílias e comunidades de baixa renda e em situações de vulnerabilidade social e econômica enquanto alternativa para minimizar essas vulnerabilidades, mecanismo importante para a equidade (OLDS, 2002; OLDS et al. 2004; ASTUTO; ALLEN, 2009; KEMP et al., 2011; RADCLIFFL et al.; 2019).

Vários são os PVD existentes, muitos dos quais inspirados no programa norte-americano *Nurse-Family Partnership* (NFP). Há mais de quatro décadas, o programa vem sendo desenvolvido nos Estados Unidos e seus resultados têm demonstrado grande contribuição na qualificação da interação mãe-criança; no desenvolvimento infantil saudável; e no fortalecimento do uso da rede de proteção social da família (ABOUT US, s. d.).

O Professor David Olds, grande criador do programa mencionado no parágrafo anterior, teve como principal influência seu desejo de ajudar pessoas, sobretudo auxiliar adolescentes que passaram uma vida inteira sendo abusados por seus pais e passaram a sofrer as consequências dessa criação abusiva. No entanto, Olds compreendeu que a melhor maneira de diminuir as imensuráveis consequências na vida desses adolescentes,

era mediante uma intervenção precoce nas famílias de risco para relações abusivas, com início logo na infância ou antes mesmo do nascimento dessas crianças (THE DAVID OLDS STORY, s. d.). Assim, nasceu o programa que, com mais de décadas de estudo, já provou que não somente promove crescimento e desenvolvimento infantil, mas também auxilia os pais de maneira que vivam uma gravidez mais saudável e uma vida sujeita a menos vulnerabilidades (ABOUT US, s. d.).

Atualmente, o NFP é ofertado a famílias de baixa renda e mães adolescentes em sua primeira gravidez em 42 estados dos Estados Unidos, seis comunidades tribais e as Ilhas Virgens. As VDs são desenvolvidas por enfermeiras capacitadas para a visitação, em frequências semanais, iniciando-se de forma precoce na gestação até o segundo ano de vida da criança. As visitas contemplam os seguintes aspectos:

1. *Improve pregnancy outcomes by helping women engage in good preventive health practices, including thorough prenatal care from their healthcare providers, improving their diets and reducing their use of cigarettes, alcohol and illegal substances;*

2. *Improve child health and development by helping parents provide responsible and competent care;*

3. *Improve the economic self-sufficiency of the family by helping parents develop a vision for their own future, plan future pregnancies, continue their education and find work* (OVERVIEW, 2018).

Esse programa vem sendo replicado mundialmente, com maiores ou menores adaptações. Uma outra contribuição do PVD, também dirigida a mães adolescentes e mães na primeira gestação, toma enquanto focos a diminuição das vulnerabilidades sociais e econômicas e o desenvolvimento saudável da gestação e infância. Trata-se de um programa desenvolvido por pesquisadores na Inglaterra em 2007, o *Family Nurse Partnership* (FNP) (THE PROGRAMME, s. d.)

O FNP conta com resultados benéficos desde sua implantação no Reino Unido, promovendo mudanças positivas no desenvolvimento infantil, com início precoce da linguagem e diminuição de mortes preveníveis na adolescência, além de contribuir para a manutenção da amamentação, bem como para o incentivo da imunização das crianças (THE PROGRAMME, s. d.; BARNES et al., 2008).

Baseado nas evidências bem-sucedidas dos programas já implantados internacionalmente, o governo da Austrália também tem investido em visitas longitudoais, a exemplo do NFP e do FNP (KEMP et al., 2011). O programa “*The Miller Early Childhood Sustained Home visiting*” (MECSH) tem como principal objetivo um

melhor desenvolvimento da saúde da família, materna e infantil, prevendo efetividade dos resultados por meio do desenvolvimento naquelas famílias que recebem as VDs, comparadas àquelas que recebem o cuidado usual. A oferta das visitas também está sob a responsabilidade de enfermeiras e tem como público-alvo mulheres nascidas dentro e no exterior da Austrália, gestantes na primeira gravidez ou multíparas; mulheres com fatores de risco ou múltiplos fatores de risco de vulnerabilidades sociais e econômicas; e mulheres com ou sem distúrbios psicossociais (KEMP et al., 2011).

Na literatura internacional, os PVDs são reconhecidos enquanto estratégia potente na promoção da saúde de mulheres e crianças, sobretudo por empoderar a mulher para as vivências implicadas no gestar, parir e cuidar. Há descrições da ampliação da autonomia e do protagonismo da mulher quando seu acolhimento está sinalizado enquanto diferencial (LAKIN; SUTTER; MAGEE, 2015; LI et al., 2015).

A literatura dá destaque à como esses programas favorecem a parentalidade, sobretudo nos contextos da primeira gestação, da gestação na adolescência ou em cenários de vulnerabilidade social (LI et al., 2015). Aponta ainda a redução de maus tratos e violências contra a criança; a promoção do aleitamento materno e do desenvolvimento infantil, sobretudo em função da ampliação da confiança para o cuidado da criança (LAKIN; SUTTER; MAGEE, 2015; LI et al., 2015). Além disso, e como consequência, descreve-se um menor uso de serviços de saúde por adoecimento ou intercorrências agudas com a criança (LAKIN; SUTTER; MAGEE, 2015; CHRISTIE; BUNTING, 2011).

No entanto, ainda que a VD seja reconhecida enquanto prática de cuidado, por si só não traz benefícios na saúde. Em outras palavras, é necessário, por meio das visitas, ampliar a capacidade das pessoas, de suas famílias e comunidades de responder positivamente às necessidades de saúde: reconhecer ambientes domésticos seguros e ideais ao desenvolvimento infantil; adotar uma nutrição apropriada; contribuir para o desenvolvimento e a otimização da saúde durante a vida. Portanto, se a atuação das visitadoras ocorrer de forma precoce, os prejuízos decorrentes das vulnerabilidades sociais e econômicas serão minimizados, sob o reconhecimento de que as experiências da vida moldam as trajetórias ao longo dela (MINKOVITZ; O'NEILL; DUGGAN, 2016).

Os efeitos do PVD também residem na qualificação das relações entre profissionais visitantes e mulheres (LAKIN; SUTTER; MAGEE, 2015; LI et al., 2015), assim como entre os profissionais visitantes e outros profissionais da rede de saúde e social (LI et al., 2015). Articular conversas/contatos entre os serviços e o visitador é

concebido como uma importante forma de qualificar o seguimento gestacional e de parentalidade (LI et al., 2015).

Sinaliza-se uma relação direta entre a qualidade da relação com o profissional visitador e a segurança da mulher nas relações sociais mais amplas (McFARLANE et al., 2013), emergindo reflexões sobre tais programas e seus desdobramentos para o capital social. Este recorte foi pautado em um estudo desenvolvido no Japão, sob o entendimento de ser o capital social os efeitos produzidos pelas interações sociais sobre a busca e o uso de recursos sociais, com identificação de que os PVDs incrementam o capital social e diminuem o estresse parental (FUJIWARA et al., 2012).

A qualidade relacional, seus efeitos em confiança, segurança e desdobramentos subsequentes na parentalidade, têm sido ressaltados na literatura (McFARLANE et al., 2013; LI et al., 2015; FUJIWARA et al., 2012).

Na mesma direção, o Brasil vem estimulando e implantando programas com foco no desenvolvimento infantil, sobretudo reconhecendo a primeira infância como etapa fundamental de intervenção e de ações que qualificam o desenvolvimento infantil. Em um documento de síntese de evidências para políticas públicas (BRASIL, 2016), cujo objetivo foi reunir evidências científicas para subsidiar a implantação de programas e políticas de saúde, o MS discorreu sobre o período crítico da primeira infância – nos aspectos cognitivos, socioemocionais e físicos – e, embasado em uma revisão sistemática de literatura, fez a recomendação de cinco opções para a superação do problema e subsequente qualificação do desenvolvimento infantil logo na primeira infância. Dentre as opções, a realização de visitas domiciliares foi destaque (BRASIL, 2016).

Em uma tese recentemente defendida pelo programa de pós-graduação em Enfermagem da USP, D'agostini (2019), buscando compreender as vivências interacionais entre mulheres gestantes com enfermeiras visitadoras através do PMJC – objeto de poucas investigações –, mostrou que as mulheres ressignificam o gestar e o cuidar através das interações vivenciadas no domicílio com as enfermeiras. Ademais, sentem que suas necessidades individuais são acolhidas e que as enfermeiras se esforçam em articular redes de saúde.

Outro exemplo nacional que envolve o PVD é o Programa Criança Feliz, desenvolvido pelo Ministério de Desenvolvimento Social. Esse programa prevê o cuidado com crianças no período da primeira infância por meio de VDs. Valoriza as interações familiares, identifica e recomenda brincadeiras que estimulem o desenvolvimento

infantil. Embora o enfoque seja o cuidado com a criança, os profissionais de saúde devem apoiar gestantes e família no exercício da parentalidade (BRASIL, 2017).

Como mencionado anteriormente, a construção do presente projeto utilizando a VD como uma prática de cuidado se deu sob a influência do estudo PJMC liderado pela Profa. Dra. Lislaine Fracoli da USP de São Paulo, cuja metodologia baseava-se em visitas domiciliares conduzidas com o auxílio de um protocolo realizado pelas enfermeiras visitadoras. *A priori*, para o nosso estudo, havia a possibilidade de condução das visitas também sob o auxílio do instrumento e até cheguei a realizar duas VDs com o suporte do protocolo. No entanto, ao desenvolver esse projeto, buscávamos uma prática de cuidado que estivesse em sintonia com os pressupostos e valores portados, acreditando na potencialidade do olhar ampliado à mulher, baseando-se em suas necessidades de saúde, projetadas pelas próprias mulheres, e na centralidade da relação pessoa-a-pessoa.

Não estamos aqui querendo negar os programas. No entanto, acreditamos que, inclusive nesses, a relação é necessária para que se construa o cuidado e o próprio programa, com atenção ao lugar que os protocolos tomam neles. Portanto, justifica-se a não utilização de protocolos pré-estabelecidos na presente pesquisa

A defesa de programas que utilizam a VD enquanto prática de cuidado se baseia no fato de que os resultados são positivos para aquelas famílias que a recebem. Quando bem direcionadas e executadas, os efeitos benéficos das visitas sugerem estar articulados com a criação de vínculo, acolhimento e longitudinalidade da atenção em saúde, aspectos almejados e estruturantes da atenção em saúde no Brasil (BRASIL, 2006; BRASIL, 2014) e essenciais para o seguimento pré-natal e puerperal de gestantes de alto risco.

Assim, entende-se que o cenário do domicílio é um espaço de prática cuidativa, como bem discutido em todos os trabalhos supracitados, que permite ao profissional a expansão dos horizontes, desde que aberto ao devir, se relacionando e se posicionando para o cuidado de uma forma genuína. É necessário refletir que a VD como uma prática posta nas políticas de AB do Brasil não precisa ser assimilada e limitada apenas a um espaço onde se faz busca ativa, aconselhamentos, procedimentos, mas, sim, como um espaço de cuidado, um espaço relacional que favorece as práticas reconstrutivas e longitudinais, como pode ser o caso da visita domiciliar no pré-natal.

## **2.6 Gestação de alto risco: cuidado em saúde e visita domiciliar**

Agravos relacionados à gestação, ao parto e ao pós-parto, são responsáveis por mais de meio milhão de mortes de mulheres por ano no mundo (CHAVES et al., 2015;

WHO, 2014), além de contribuir com a mortalidade e morbidade neonatal e infantil, sobretudo em termos de prematuridade, baixo peso ao nascer e internação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (LEAL et al., 2017).

Para exemplificar, no ano de 2000, 342 mulheres morriam a cada 100.000 nascidos vivos, número, esse, que passou para 211 mortes a cada 100.000 nascidos vivos no ano de 2017. Essa redução se traduz em uma porcentagem de redução de 2.9% por ano (WHO, 2019). Reduzir a ocorrência de mortes maternas há muito tem sido uma prioridade mundial e está incluída nas metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), Agenda 2030, da Organização das Nações Unidas (ONU). Articulado ao objetivo três (3) da ODS, a saber, articular uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades, objetiva-se reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos (ONU, 2019).

O ainda alto índice de mortalidade materna, sobretudo em países em desenvolvimento e subdesenvolvidos, reflete as inequidades do acesso à saúde e a baixa qualificação da assistência, com piores recortes nas populações mais pobres (WHO, 2019).

Considerando que a qualidade do cuidado está diretamente associada às mortes maternas e infantis, a qualificação da atenção em saúde é um investimento da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2021). Para a Instituição, mais importante do que a garantia do acesso, é o serviço oferecer atendimento de qualidade às mulheres e às crianças, ser efetivo na resolução, ser seguro, ter a mulher e a família como foco do cuidado e promover equidade, integralidade e eficiência.

Na mesma direção, em resposta às elevadas taxas nacionais de mortalidade materna e perinatal (SILVA et al., 2019), a cobertura do pré-natal no Brasil foi reforçada. Em 2000, o MS lançou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) cujo objetivo era garantir o acesso a todas as mulheres, melhorar a cobertura e a qualidade do atendimento de pré-natal, parto e puerpério, e promover a qualidade da saúde do recém-nascido, por meio de recomendações baseadas em evidências científicas à saúde do binômio (BRASIL, 2002; BRASIL, 2014).

Para que o bem-estar materno e do recém-nascido estivessem ainda mais assegurados, e diante das taxas de morte materna que ainda permaneciam elevadas, mais uma estratégia governamental foi lançada pelo MS em 2011. A Rede Cegonha (RC), estratégia que sofreu um desmonte no país por uma nova rede de atenção, visava

estruturar e organizar as Redes de Atenção à saúde Materno-Infantil institucionalizando um modelo que garante às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, assegurando seus direitos em saúde (BRASIL, 2011).

A RC ainda trouxe enquanto tônica um olhar de que as mulheres e as crianças precisam ser atendidas de forma a garantir a integralidade em saúde, mediante a utilização de conhecimentos técnicos-científicos, com meios e recursos adequados e disponíveis a toda a população. Dessa forma, possui enquanto componentes: 1) atenção pré-natal; 2) parto e nascimento; 3) sistema logístico, transporte sanitário e regulação; e, 4) puerpério e atenção integral à saúde da criança (BRASIL, 2011).

A RC vinha garantindo um atendimento mais qualificado e humano, mas acontece que, no ano de 2022, a RC foi substituída pela Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), instituída pelo MS de forma unilateral e reforçando ainda mais o modelo biomédico, no qual há ênfase apenas no profissional médico como atuante no cenário, excluindo-se as enfermeiras obstétricas.

Cabe ressaltar que as políticas e programas mencionados foram lançadas antes da pandemia de SARS-COV-2 que o mundo está enfrentando, o que pressupõe que políticas e programas para o contexto pandêmico e, por que não, o contexto pós-pandemia, devam ser ainda mais intensificadas. Considerando esse aspecto, é necessário mencionar as já reconhecidas consequências desastrosas que a disseminação do coronavírus e o seu avanço vem provocando no mundo em termos de qualidade da assistência (WHO, 2021).

O medo da contaminação, a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, o fechamento de serviços essenciais e primários são exemplos de consequências que contribuem negativamente para a qualidade da assistência, sendo os programas de planejamento familiar e o pré-natal os serviços mais afetados nesse mundo pandêmico (WHO, 2020; WHO, 2021). Tais aspectos colocam mulheres e crianças em maior situação de vulnerabilidade, inclusive com prospecção para o aumento de gravidez indesejada (ROBERTON et al.; 2020) e a mortalidade materna (ROBERTON et al.; 2020; SOUZA; AMORIM, 2021; AMORIM; TAKEMOTO; FONSECA, 2020; TAKEMOTO et al.; 2020a; TAKEMOTO et al.; 2020b; SANTOS et al. 2020), que vem se efetivando na prática.

Um estudo nacional encontrou uma taxa de letalidade de gestantes e puérperas de 12,7%. De 978 gestantes e puérperas que foram diagnosticadas com a COVID-19, 124 foram a óbito. Contudo, ainda que houvesse articulação entre as mortes e as comorbidades pré-existentes nessas mulheres, o estudo encontrou que, associado aos óbitos, houve falha



na qualidade da assistência, quando uma parcela das mulheres não teve acesso às tecnologias duras necessárias para a sobrevivência (TAKEMOTO et al.; 2020b).

Tão grave quanto os dados acima expostos são as desigualdades raciais a que mulheres com diagnóstico positivo para COVID-19 estão expostas. Em outros estudos, um nacional (SANTOS et al; 2020) e outro internacional (TAI et al.; 2020), os resultados revelaram que o risco de morte em mulheres negras é duas vezes maior comparado às mulheres brancas, pois não possuem acesso adequado e em tempo para a sua sobrevivência. Além disso, e principalmente em relação ao acesso aos sistemas de saúde, as mulheres negras também são mais negligenciadas.

Assim, confirma-se que a qualidade da assistência materno-infantil e as inequidades de acesso há muito vem sendo discutidas (LEAL et al. 2017; LEAL et al.; 2020; SOARES; HIGARASHI, 2019), contudo, essas mazelas foram intensificadas no contexto pandêmico. Outro ponto relacionado com esses aspectos sobre o qual quero chamar a atenção é que antes mesmo da publicação de todos esses dados e, com o intuito de diminuir as graves consequências da COVID-19, a OMS e o MS passaram a considerar as gestantes como população de risco para a doença, condição que as coloca no rol das gestantes de alto risco.

A definição de risco gestacional não é tarefa fácil, e listas e critérios de definição de risco gestacional apresentam muita divergência na literatura especializada. Contudo, embora o pré-natal envolva uma avaliação continuada de risco, é possível que elenquemos condições que classificam a gestante como sendo de alto risco já na primeira consulta de pré-natal. Algumas características individuais, condições sociodemográficas, história reprodutiva anterior, condições clínicas prévias à gestação, podem trazer um risco aumentado de patologias incidentes ou agravadas pela gestação. Todavia, essas características não compõem uma lista estática e imutável e devem ser avaliadas segundo o perfil epidemiológico das gestantes em determinado contexto (BRASIL, 2022).

A atenção ao pré-natal de alto risco (PNAR) se desenvolve de forma integral na Atenção Básica (AB), quando houver uma equipe especializada para isso, ou com apoio de ambulatórios especializados. Porém, independentemente do local de seguimento, cabe à AB a coordenação e a continuidade do cuidado, permitindo que a gestante se mantenha vinculada ao território. Em outras palavras, ainda que a gestante de alto risco seja encaminhada ao serviço secundário, o pré-natal deve ser continuado na unidade de origem, realizando consultas médicas, de enfermagem e visitas domiciliares, garantindo

um atendimento de acordo com as singularidades de cada usuária (BRASIL, 2013; MIRANDA; SILVA; MANDU, 2018; BRASIL, 2022).

Poucos são os estudos que avaliam e/ou descrevem o PNAR. Ainda que sejam estabelecidos os indicadores de qualidade pré-natal<sup>5</sup>, avaliamos que nem sempre se encaixam na avaliação exclusiva<sup>6</sup> do risco grávidico. Por exemplo, em todas as consultas de pré-natal avaliam-se situações de risco, podendo a gestante apresentar alterações e ser encaminhada ao PNAR quando detectado o indicador de risco. Portanto, como avaliar a qualidade do PNAR no indicador “início do pré-natal”? Ou ainda, como avaliar o PNAR no indicador “número de consultas”? Isso porque é prática comum iniciar o pré-natal no risco habitual e ser encaminhada ao alto risco no decorrer da gestação.

Um recente estudo (SILVA et al., 2018) aplicou os indicadores de qualidade estabelecidos pelo MS ao PNAR. Como resultado, encontraram início do pré-natal em tempo oportuno; número de consultas oportuno; inadequação de anotação em caderneta da gestante e inequidades no acesso às orientações em saúde. Pressupõe-se que todas as gestantes avaliadas, um total de 140, apresentavam alguma condição de risco que obrigatoriamente já as colocavam precocemente no serviço especializado, ainda que não tenha ficado explícito no estudo.

Um estudo de recorte qualitativo analisou o trabalho do enfermeiro no PNAR sob a ótica das necessidades humanas básicas e identificou que as necessidades psicobiológicas – sono, repouso, alimentação – prevaleciam diante das necessidades psicossociais. Contudo, analisou e problematizou o encaminhamento das gestantes à unidade de saúde em análise, pois, embora de extrema importância o acompanhamento especializado, as gestantes se desvincularam da AB, representando uma ruptura de suporte à saúde, processo que pode gerar solidão e ansiedade, fatores psicoemocionais que podem se tornar necessidades e diretrizes de cuidado (ERRICO et al., 2018).

Na mesma direção, um estudo que avaliou o itinerário da gestante de alto risco encontrou enquanto resultado dificuldades de acesso aos serviços especializados, justificadas por situações de vulnerabilidade. Muitas mulheres não fizeram o acompanhamento ou o fizeram de forma irregular devido às dificuldades e à inadequação

---

<sup>5</sup> O Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) pactuaram, em 2013, indicadores da atenção à saúde com vistas ao fortalecimento do Planejamento Integrado do SUS e à implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (Coap)5 - Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013-2015. Brasília, DF; 2013. (Série Articulação Interfederativa; v.1).

<sup>6</sup> Grifo das autoras.

do manejo, ora pela falta de encaminhamento ao serviço especializado, ora pela descontinuidade de cuidado assim que encaminhadas ao serviço especializado. Resultados que revelam as inequidades do cuidado e a visão reducionista no PNAR (XAVIER et al., 2015).

Outro estudo com enfoque no PNAR mostrou que os aspectos mais valorizados pela equipe multiprofissional nesse cuidado foram os aspectos relacionados à patologia da gestante, com atenção às ações curativo-preventivas. Além disso, observou-se a falta de perspicácia e sensibilidade dos profissionais em lidar com a saúde da mulher e com a necessidade de reorganização de vida desta; a eminência do risco de vida enquanto prioridade; e, informações escassas e incompreensíveis sobre o encaminhamento ao alto risco (OLIVEIRA; MADEIRA, 2011).

Com um método de pesquisa convergente, um estudo cujo desenho foi a gestão de casos problematizou a complexidade multifacetada de estar na situação de risco gestacional. Por meio de VDs às gestantes de alto risco e em conjunto com o pré-natal, a gestora de caso realizava consultas de enfermagem no ambiente domiciliar e estabelecia um plano de cuidados conforme a necessidade individual de cada gestante. Para tal, era necessária a interação com a rede de atenção à saúde (RAS) da gestante, com intuito de melhorar o fluxo das gestantes de alto risco nas redes (SOARES; HIGARASHI, 2019).

Por último, com o intuito de ilustrar os desafios da assistência pré-natal, sobretudo da assistência prestada pelos enfermeiros, trazemos o estudo de Miranda, Silva e Mandú (2018), que objetivou distinguir quais eram as necessidades de saúde das gestantes priorizadas pelos enfermeiros na consulta pré-natal. Enquanto resultados, a pesquisa encontrou que os enfermeiros privilegiam os fatores físico-obstétricos, reconhecem as outras necessidades sociais e psicológicas, mas não se mobilizam para elas.

A crítica sobre a qual nos debruçamos aqui é de quanto esse cenário do PNAR converge para o assistencialismo biomédico, fragmentado, que pouco valoriza os aspectos subjetivos, emocionais e interacionais das gestantes de alto risco:

A abordagem dessas necessidades, ainda que insuficiente, é considerada imprescindível à antecipação e ao controle da morbidade e do óbito, tanto da mulher quanto do feto e recém-nascido. Entretanto, de um conceito amplo de saúde reprodutiva, as ações de pré-natal não deveriam se restringir a elas. Aspectos sociais, familiares, intersubjetivos e comportamentais encontram-se imbricados na constituição da saúde da grávida e de seu filho,

compondo inclusive direitos históricos em saúde reprodutiva e sexual (MIRANDA; SILVA, MANDÚ, 2018, p. 530)

Assim, não desmerecemos a avaliação da qualidade do pré-natal por meio dos indicadores atualmente preconizados, tampouco uma assistência pautada nos preceitos da evidência científica, com profissionais qualificados, instrumentalizados e atualizados aos indicadores do risco gravídico. Contudo, acreditamos no potencial transformador de uma prática dialogada, no equilíbrio entre o subjetivo e o técnico e na construção de projetos terapêuticos que resgatem a autonomia e o empoderamento da mulher (CAMPAGNOLI; SILVA; RESENDE, 2019), na crença de que a mulher e a família são os autores de seus cuidados, cabendo ao enfermeiro dar o suporte para que os autores tenham conhecimento e reivindiquem o cuidado que lhes façam sentido.

Um lindo trabalho de Seixas *et al.* (2021) vem somar com as considerações feitas até aqui sobre a qualidade da assistência. Ainda que o estudo tenha sido desenvolvido no contexto, e para a pandemia, de COVID-19, conseguimos perfeitamente reproduzi-lo aqui, pois se faz tão atual quanto necessário.

Com a disseminação viral e um número considerável de mortes, temos assistido a uma reorganização dos serviços de saúde atuando, e resistindo, no combate da morbimortalidade. Contudo, o alicerce das respostas ao enfrentamento da crise encontra-se imbricado exclusivamente no modelo biomédico de saúde, cuja fundamentação está baseada no mal funcionamento do corpo, o que requer o uso de tecnologias duras para “consertá-lo”.

É certo que nas situações como a que o mundo viveu, e ainda vive, na pandemia, há necessidade de acesso a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), respiradores mecânicos, medicações, e outras tecnologias duras. No entanto, trabalhar pautado no êxito técnico já tem se provado insuficiente para a produção de cuidado e suas limitações ficam mais evidentes a cada dia:

Essa situação coloca, então, uma grande discussão: sem um sistema universal de saúde que articule as tecnologias de cuidado – leves, leve-duras e duras – em um arranjo tecnológico que torne mais efetivas as ações de enfrentamento da Covid-19, menores serão as possibilidades de ultrapassar a pandemia com menor perda de vidas (SEIXAS *et al.*, 2021, p. 8).

Dessa forma, e agora aplicado àquilo que venho expondo nesta seção, esse tipo de abordagem exclusivamente técnica e biomédica deixa escapar o cuidado no seu sentido mais amplo da saúde, excluindo as singularidades, os valores individuais, coletivos e culturais, que certamente envolvem a vida daqueles que são cuidados (SEIXAS et al., 2021), e impactam na qualidade da assistência ofertada à saúde materno-infantil, longe de alcances como a integralidade do cuidado.

A assistência reducionista e protocolar não amplia o olhar para a mulher como um todo. Mesmo diante de um recorte populacional – a exemplo das gestantes de alto risco – há de se compreender que nem sempre todas as mulheres estão sujeitas às mesmas recomendações assistenciais, assim “normas podem ser resolutivas para um segmento, geralmente maior, mas não para outro” (SOARES; HIGARASHI, 2019, p. 731).

Na mesma direção, defende-se a consulta de enfermagem e o enfermeiro enquanto profissional que ganha destaque na preferência das gestantes. Em suma, as relações de cuidado pautadas na criação de vínculo, diálogo e escuta qualificada, competências do enfermeiro, são valorizadas pelas mulheres que, inclusive, alegam satisfação no atendimento pré-natal quando consultas são conduzidas dessa maneira (LIVRAMENTO et al., 2019). Além disso, cabe ao enfermeiro desnaturalizar os modos institucionalmente reducionistas, dando primazia às necessidades de saúde da mulher (MIRANDA; SILVA, MANDÚ, 2018).

O processo de cuidar no período gravídico-puerperal, portanto, requer o acompanhamento, não só de profissionais qualificados, mas também de profissionais que se disponibilizem para a corresponsabilização da produção da saúde, para além de um simples atendimento. Tal assistência pressupõe uma dimensão político-relacional que implica o reconhecimento da autonomia da mulher, a valorização da produção de vínculo, a capacidade de escuta atenta às reais necessidades de saúde, o acompanhamento, a disponibilidade e uma atenção à saúde mais receptiva e mais resolutiva (BRASIL, 2002).

A consulta pré-natal de enfermagem, principalmente o PNAR, configura-se como um meio de efetivar tais reconstruções de cuidados e mobilizar a autonomia e o protagonismo, por ser um momento em que as mulheres traduzem suas necessidades em saúde, cabendo ao enfermeiro acolher e agir (OLIVEIRA; MANDU, 2015). Além disso, quando o serviço de saúde se articula de forma verdadeira à gestante e sua família, a abordagem aos riscos somente reprodutivos se anula (VIEIRA et al., 2019).

Nesse sentido, destacamos a VD enquanto uma alternativa de articulação assistencial possível entre profissionais, gestantes e suas famílias. Primeiro, por

positivamente promover a aproximação dos profissionais aos contextos reais de vida nos quais os sujeitos estão imersos, com impacto na produção de cuidado que poucas práticas em saúde têm (SEIXAS et al., 2021). Segundo, porque essa aproximação possibilita a valorização da dimensão subjetiva dos envolvidos nessa relação, construindo espaços de comunicação e diálogo, favorecendo o compartilhamento de práticas e saberes (PAIM; FILHO, 1998), vivendo e refletindo sobre a inteireza de todo o processo de gestação.

Assim, trazemos a seguinte reflexão:

Para evitar a morbidade e o óbito materno e perinatal, não basta a abordagem apenas de fatores biológicos da gestação. Afinal, estes são atravessados por aspectos sócio-culturais, familiares, psicoemocionais, de acesso a serviços de saúde e comunitários, de informação, dentre outros. A abordagem de necessidades de ordem social, institucional, intersubjetiva, educacional e comportamental, relacionadas ao processo reprodutivo, deveria também constituir os protocolos de pré-natal, e influir na ampliação das práticas dos profissionais, médicos e enfermeiros (MIRANDA; SILVA, MANDÚ, 2018, p. 530).

Diante das colocações, o empoderamento das mulheres e suas famílias na direção do protagonismo e da autonomia traz reflexões sobre a importância de ações para além daquelas praticadas na atenção habitual do PNAR, como por exemplo a incorporação de VDs. O desenvolvimento de VDs está articulado com melhorias na saúde da criança por dar suporte às mães no cuidado (DMYTRYSHYN et al., 2015), em especial ao alicerçar-se sob o efetivo vínculo entre profissionais e mães (MELLO; SILVA; PANCIERI, 2017), e suas famílias.

A proposta do presente estudo concebe o espaço do domicílio como o local de estabelecer uma prática de cuidado com potência em obter os alcances acima descritos – essenciais ao cuidado de gestantes de alto risco. Parte-se do entendimento de ser a relação enfermeiro-paciente um elemento central reclamado pela prática cuidativa para a obtenção dos alcances, assim como ser o encontro intersubjetivo favorecedor da autonomia de gestantes de alto risco. Assim, a proposta foi de efetivar esses elementos em VD conduzida por enfermeiro sob o questionamento de ‘Como a relação enfermeira e gestante de alto risco na visita domiciliar conduz ao acolhimento de necessidades e autonomia?’.

Especificamente, essa prática de cuidado intenciona a **produção de cuidado materno-infantil** a partir da construção de um contexto relacional pautado no Cuidado e

na valoração do encontro intersubjetivo, como contraoferta ao pré-natal de alto risco comumente realizado nos moldes do paradigma biomédico. Adota-se ainda, **enquanto pressupostos da pesquisa:**

- O espaço da visita domiciliar e conseqüentemente a VD são ferramentas para a articulação assistencial possível entre profissionais, gestantes de alto risco e a família;
- Vínculo e contexto relacional entre profissionais de saúde e demandante do cuidado são os elementos que conduzem o acolhimento com vistas à autonomia;
- A necessidade das gestantes se expressa nas relações e podem ser acolhidas nessa interação.
- O enfermeiro precisa portar um atitudinal solícito, sensível, ativo em termos de buscas teóricas e relacionais, com disponibilidade para a flexibilidade, na direção de se efetivar como apoio nas buscas da mulher e sua família.

### **2.7 Teoria da relação Interpessoal (pessoa-a-pessoa) de Joyce Travelbee**

Ao ponderar um referencial de enfermagem que considerasse os aspectos valorados, foi identificada a teoria da relação interpessoal (relação pessoa-a-pessoa) de Joyce Travelbee.

Joyce Travelbee se inspirou em Hildegard Peplau e também deu acento para a centralidade das relações interpessoais, do relacionamento humano, como ancoragem do cuidado de enfermagem. Entende ser relevante que o enfermeiro utilize de si para promover em si e na pessoa cuidada o bem-estar de ambos. Assim, os cuidados oferecidos são influenciados pela percepção e pelas iniciativas do enfermeiro e daquele por ele cuidado – o fazer é com o outro e não pelo outro. Portanto, há um interesse genuíno em cuidar e produzir esse cuidado. O interesse tende a ser desenvolvido e sustentado por meio da relação, surge um envolvimento que reclama e promove abertura, conhecimento, interesse, responsabilização e autodeterminação, para que o enfermeiro se exponha como um ser humano diante a outro ser humano (PAROLA et al.; 2020).

O cuidado em enfermagem na situação do alto risco gestacional expõe o enfermeiro a experiências permeadas por preocupações e sofrimentos de caráter particular, em circunstâncias de vida únicas. Assim, a Teoria da Relação Interpessoal de Joyce Travelbee, apresentada em seu livro intitulado “*Interpersonal Aspects of Nursing*” (1966, 1971), foi selecionada para este estudo, pois reconhece a **relação interpessoal** na centralidade da prática da enfermagem (TRAVELBEE, 1964; TRAVELBEE, 1971).

Joyce Travelbee é teórica de enfermagem (PAROLA et al.; 2020) que entende ser compromisso e responsabilidade de enfermeiros ajudar pessoas, família ou comunidade<sup>7</sup> a evitar e/ou aliviar sofrimentos, a partir de um suporte para que a pessoa encontre propósito e sentido para a vida. Para isso, concebe a relação pessoa-a-pessoa como **contexto e caminho**, significa cada humano como um ser único, insubstituível, em um contínuo processo de crescimento, evolução e mudança (TRAVELBEE, 1971).

Joyce Travelbee (1926-1973) atuava na enfermagem psiquiátrica e desenvolveu sua teoria a partir dessa perspectiva, ou seja, tomando as experiências e os enfrentamentos no contexto do adoecimento psíquico. Defendia poder o enfermeiro educar, orientar, ajudar e fornecer estratégias que dessem suporte para que a pessoa em sofrimento psíquico encontrasse caminhos, realizasse descobertas de sentido na experiência do adoecer (SHELTON, 2016). Assinalava que, uma vez identificada a condição existencial de uma pessoa em sofrimento, o enfermeiro precisa obrigatoriamente assumir-se como copartícipe (TRAVELBEE, 1969), assumindo-se como um humano assistindo outro humano (demandante do cuidado)<sup>8</sup> e dando suporte para este enfrentamento:

As relações estabelecidas pelo enfermeiro com a pessoa doente são intervenções terapêuticas essenciais. As relações e as interações profissionais são propositadas, sendo um recurso para os doentes que vivenciam crises ou transições, com a intenção de obter resultados benéficos para estes, tais como melhores estratégias de *coping* (PAROLA et al., 2020, p. 4).

A manifestação do humano é clamada por Travelbee nos modos de ser e estar do enfermeiro com o demandante de cuidado, ajudando-o a encontrar um significado para a experiência (CARVALHO, 2005) e ultrapassando o “ser paciente” e o “ser enfermeiro” enquanto papéis, revelando humanos em relação. Concebe que sofrimentos e doenças ajudem as pessoas a compreenderem sua condição humana e suas limitações, de modo a favorecer que a pessoa cresça e se fortaleça, encontre forças interiores e modos de adaptação a situações compreendendo, e lidando com sua realidade concreta.

---

<sup>7</sup> A comunidade está concebida por Travelbee como um grupo de pessoas convivendo em certa área geográfica e, portanto, se relacionando. Ao enfermeiro, cabe considerar esse contexto relacional e estender ações levando-o em conta.

<sup>8</sup> Adota-se aqui o termo “demandante do cuidado”. Travelbee não adotou tal termo para a teoria de enfermagem na época e sim “paciente”. Contudo, no reconhecimento da concepção existencial do ser, adotou o termo paciente sob uma crítica da necessidade de conhecê-lo como pessoa.



A percepção de saúde está dependente de concepções existentes na sociedade onde a pessoa está, envolve o contexto sociocultural de sua inserção, e é influenciada por ele, como um aspecto diretamente articulado a como a pessoa dá sentido à vida. Travelbee (1971) afirma que “todo o ser humano sofre porque é um ser humano e o sofrimento é um aspecto intrínseco da condição humana” (p. 61). Desse modo, compreende ser a comunicação de essencialidade na efetivação da finalidade dos cuidados (CARVALHO, 2005). O enfermeiro detém um corpo de conhecimento especializado e a capacidade de utilizá-lo, com objetivo de favorecer ao máximo a saúde possível daquele que está sob seus cuidados (OLIVEIRA et al.; 2005).

Estas conceituações permitem entender que a comunicação constitui o fundamento básico da relação interpessoal entre enfermeiro e pessoa. Para uma relação pessoa-a-pessoa ser implementada no cuidado, o profissional deve compreender que a interação, a comunicação e o diálogo, favorecem o cuidado e, de modo concomitante, a educação em saúde (integrante ao cuidado). Com isso, minimiza ansiedade, esclarece dúvidas, contempla os significados e promove qualidade de vida, sobretudo para aquele que está enfrentando uma situação de adoecimento e incerteza (OLIVEIRA et al.; 2005).

Ter esse reconhecimento e se colocar em relação com o momento de fragilidade do outro é tão importante quanto a realização dos procedimentos técnicos. Assim, o relacionamento interpessoal proposto por Travelbee envolve matizes do cuidado orientado pelos procedimentos e as técnicas da enfermagem, mas também envolve o cuidado orientado para as questões subjetivas, sentimentais e emocionais, o que Rocha e Faria (2013) denominaram de *cuidados expressivos*, pois essa subjetividade permeia o encontro.

Partindo dessa análise, o enfermeiro poderá mais facilmente compreender e respeitar a pessoa doente na sua singularidade e construir uma relação mais próxima e de confiança (POKORNY, 2014; TRAVELBEE, 1963). Cuidar na relação pessoa-a-pessoa é um processo de interação ativo, mútuo, estabelecido mediante a comunicação, em que as relações se tornam terapêuticas quando existe o compromisso e a intencionalidade em enxergar o outro como único em suas singularidades e necessidades (PAROLA et al.; 2020).

Nesse ponto, é interessante esclarecer a relação pessoa-a-pessoa que se estabelece com uma gestante de alto risco. A relação consiste em atender as necessidades das mulheres que são multifatoriais, ora com atenção para a condição de alto risco (patologia, condições clínicas de risco, intercorrências obstétricas e clínicas), ora com atenção para

os cuidados mais subjetivos (emoção, sentimentos, experiências), pois todas essas dimensões que ultrapassam o saber estritamente técnico, circundam a vida e as experiências da mulher.

Assim, pontua-se que a relação interpessoal que é desenvolvida com a gestante de alto risco é complexa, pois transcende o cuidado técnico e vai ao encontro da reciprocidade entre enfermeira-gestante. É a partir desse encontro com o ser, com o sofrimento da gestante, que o enfermeiro consegue criar o cuidado, acolhendo e revelando o humano que tem em si, na mutualidade do humano que há no outro (demandante do cuidado). No caso do presente estudo, a enfermeira visitadora se deixa guiar pelo que é sofrimento, pela necessidade emocional, mas também acolhe e conduz o olhar à barriga, ao instrumental e os momentos determinantes só são percebidos a partir de e na relação.

Joyce Travelbee defendia que a enfermagem é concretizada através das relações humanas e propôs cinco fases para o processo de relação interpessoal para que essa se efetive como terapêutica (TRAVELBEE, 1971), a saber:

**Primeira fase: Encontro inicial ou original** – estabelece o primeiro encontro entre enfermeiro e paciente. Nesse encontro, que pode ser ocasional, o profissional busca identificar a pessoa e obter impressões e informações necessárias para o relacionamento interpessoal. É fundamental que o enfermeiro considere que tais informações podem interferir no desenvolvimento da relação, quando a ciência disso pode contribuir com esforços de suspensão para a abertura genuína à pessoa.

**Segunda fase: Fase das identidades emergentes** – aqui, as relações interpessoais se iniciam. Enfermeiro e demandante do cuidado estão a se conhecer e a estabelecer o compromisso com o relacionamento terapêutico, quando percebem a singularidade e unicidade de forma mútua. As pessoas envolvidas começam a perceber e a expressar suas identidades, valores e significados. Essa fase termina quando se instaura a percepção de que ambos se percebem e se veem como pessoas únicas, com potencialidades e limites.

**Terceira fase: Empatia** – na fase da empatia, desenvolve-se a capacidade de partilhar a experiência do outro diante de uma receptividade mutuamente sentida. O profissional e a pessoa demandante do cuidado manifestam o desejo de ajudar-se mutuamente por encontrarem abertura ao devir. Para Travelbee, a empatia é descrita como uma compreensão emocional e intelectual do outro, é importante porque ajuda na compreensão do comportamento do outro, percebendo de forma bastante acurada seus pensamentos e sentimentos (TRAVELBEE, 1964).

**Quarta fase: simpatia ou singularidades** – na quarta fase, ocorre o estabelecimento da confiança na enfermeira para ajudar o paciente a alcançar seus objetivos. Nesse momento, o profissional deseja diminuir o sofrimento da pessoa, acolhendo, ajudando no enfrentamento dos problemas (doença ou conflitos inerentes à doença). O profissional se coloca à disposição para ajudar. E aqui cabe uma intervenção sobre o conceito de simpatia utilizado em Travelbee (1964). Segundo a autora, simpatia é calor e bondade, expressão específica de compaixão, uma qualidade de cuidado experimentada em um nível de sentimento e comunicada por um ser humano ao outro. Possui relação com o atitudinal. Na empatia, o profissional pode até sentir e prever o comportamento do outro, mas é na simpatia que ele é tocado e movido pelo seu sofrimento, desejando ativamente ajudá-lo. “Há um calor, uma vontade de ação na simpatia que não está presente na empatia” (TRAVELBEE, 1964, p. 69). Isso possibilita traçar e estabelecer de forma mútua objetivos realísticos e singulares.

**Quinta fase: *rapport*** – a quinta e última fase é denominada *rapport*. Aqui, ambos os envolvidos (enfermeira e demandante do cuidado) avaliam a relação estabelecida e os resultados proveniente do cuidado experienciado. Assim, refere-se ao momento em que os envolvidos no relacionamento pessoa-a-pessoa avaliam a própria relação e os resultados terapêuticos, os alcances do processo. É importante referir que o *rapport* não “acontece simplesmente”; deve ser construído dia após dia nos contatos e interações (POKORNY, 2014; TRAVELBEE, 1963; OLIVEIRA et al.; 2005). Dessa forma, envolve a preparação da pessoa para a continuidade de seu viver de modo desarticulado da relação pessoa-a-pessoa. Há um fortalecimento para o exercício da autonomia nos modos de viver e dar-lhe sentido.

### 3. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

O pré-natal é uma ação programática dentro da AB e os resultados obstétricos e neonatais articulam-se diretamente à produção de cuidado ofertada nessas ações (LEAL et al; 2020). Na forma como foi concebida, a AB implica maior equidade em suas ações e na eficiência no cuidado em saúde, para tal, reorganiza-se em redes de saúde e visa à superação da fragmentação do cuidado (FREITAS; ARAÚJO, 2018). Por conseguinte, o pré-natal como prática deve ocorrer por condutas acolhedoras, com a oferta de orientações e de educação em saúde, formação de vínculo, qualidade da assistência, visando à

participação de toda a equipe na busca pela qualidade, continuidade e integralidade do cuidado (MELO et al., 2020).

Todavia, persistem estudos que denunciam inequidades de acesso na AB, a exemplo de desigualdades regionais, barreiras, inadequação do pré-natal (LEAL et al., 2020) e dedicação aos procedimentos técnicos em detrimento às práticas relacionais (SOUZA et al.; 2020). Tal foco do cuidar articula-se com o modelo biomédico em saúde, que precisa ser transposto, visto que o reconhecimento, a consideração e a valorização de direitos e dos aspectos subjetivos, socioculturais e institucionais são elementares.

Acontece que a rede de atenção à saúde da mulher e, mais especificamente à saúde da gestante, tem caminhado em paralelo com a crescente medicalização do corpo feminino e, com isso, o pré-natal tem sido alvo de saberes especializados e da valorização do uso de tecnologias duras (SILVA; RUSSO; NUCCI, 2021). Nesse sentido, trazemos aqui uma breve passagem do sentido do risco em seu olhar epidemiológico.

Na concepção de que há gestações de risco, estratificação que opera dentro de uma abordagem técnico-científica, o pré-natal e o parto passam a ser gerenciados por especialidades, inclusive com intervenções, por vezes desnecessárias, para identificar e corrigir as complicações. As classificações de risco passaram a ser rotina na prática clínica e visam garantir o nascimento da criança. Todavia, o conceito de risco utilizado dentro da lógica biomédica, com olhar exclusivamente ao corpo, ao biológico, desconsiderando outras necessidades, pode implicar a violação dos direitos das mulheres (SILVA; RUSSO; NUCCI, 2021) e, sobretudo, em baixa qualidade e alcance do cuidado pré-natal.

Estar ou ser uma gestante de alto risco pode gerar impactos na sua subjetividade, com conseqüente perda do protagonismo e fragilidade em comandar o próprio corpo (SILVA; RUSSO; NUCCI, 2021). Somando isso às modificações psicológicas, sociais e culturais, na vida de uma gestante, é possível afirmar que as necessidades dessas gestantes extrapolam as dimensões objetivas e tecnopráticas que se tornam insuficientes na produção do cuidado.

Dessa forma, para dar conta da complexidade do cuidar no contexto gestacional de alto risco, é necessária articular os saberes. Em outras palavras, não é exclusivamente pelo campo da assistência (competências, técnicas, habilidades, medicalização) que a produção em saúde será transformada, mas, sim, a partir da interrelação entre os saberes, com a superação das relações verticais, da organização lateralizada e com a participação dos sujeitos enquanto protagonistas do seu cuidado (FILHO; SOUZA, 2021).

O diálogo e a escuta sensível promovem a voz da mulher, a revelação de si, suas preocupações e medos, assim como é uma oportunidade de revelar necessidades e receber intervenções nessa direção. Assim, pesquisar intervindo sob a ancoragem destes preceitos pode se efetivar como uma oportunidade de suporte e contribuição a mulheres. Em especial quando estamos cientes de estarem os cuidados no pré-natal de alto risco reduzidos ao exame físico (verificação de peso materno, pressão arterial, altura uterina e ausculta de batimentos cardíofetais) com insuficiência de informações (MEDEIROS et al., 2019).

O aprimoramento do cuidado pré-natal é a pauta atual e é relevante na atenção em saúde no Brasil, o enfermeiro é o profissional legalmente previsto e competente para ele. Há estudos que sinalizam e defendem a criação e implementação de protocolos específicos à gestação de alto risco, na direção de efetividade na assistência pré-natal, apesar de recorrentes sinalizações para que o cuidado pré-natal seja desenvolvido a partir das necessidades e prioridades de cada gestante e sua família, assim como do contexto de vida (MEDEIROS et al.; 2019). Destarte, sinalizam-se necessidades de apostas de transformação de deslocamento dos referenciais adotados, com a assunção da essência interativa e humanística da enfermagem (AMORIM et al.; 2018).

A gestação de alto risco é um contexto importante para a reconstrução das práticas de saúde, sobretudo por estar diretamente articulado às questões de morbimortalidade materna. Em contrapartida, quando se olha para estudos que refletem uma grande porcentagem de gestantes de alto risco sem informações sobre suas condições de saúde, seu acompanhamento, diagnóstico e motivo de realização de exames (SANINE et al.; 2019), percebe-se o cenário de vulnerabilidade e poucos avanços. Quanto menos acesso à informação, maior a chance de morbimortalidade na gravidez de alto risco (PEDRINI et al., 2017). Além disso, julgo os profissionais pouco preocupados com essa situação, o que, somado ao desmonte que as políticas públicas desse país vêm passando, a exemplo da RC, cria um panorama pouco propício para as gestantes.

Por último, este estudo justifica-se por acontecer em um município no qual o serviço especializado de alto risco reproduz o *script* do modelo biomédico. Com uma abordagem fortemente tecnicista, a tendência no município é desarticular ainda mais uma parceria entre a AB e o serviço especializado, rede, essa, que já se apresenta desarticulada em sua prática. Por isso, diante de um cenário tão incipiente, me dispus a efetivar e complementar um cuidado pré-natal relacionado à oferta de um espaço dialógico, pautado na integralidade, apostando na mulher e na sua autonomia. Faz-se premente ampliar

conhecimentos e discussões acerca do cuidado de enfermagem, sobretudo de enfermeiros, nesse contexto de atenção em saúde à mulher na situação de risco gestacional, seja em nível ambulatorial, seja na AB.

Assim, o **objetivo geral** do estudo foi de analisar o cuidado pré-natal a gestantes de alto risco desenvolvido por enfermeiras em visitação domiciliar ancoradas na teoria de enfermagem de Joyce Travelbee.

E, enquanto **objetivos específicos**, elencaram-se:

- compreender aspectos da relação da enfermeira visitadora com as gestantes de alto risco na direção da autonomia;
- discutir a incorporação da visitação domiciliar por enfermeiros no cuidado pré-natal de alto risco.

Cabe destacar, que inserido em, e articulado a este estudo, foram discutidas, à luz da Taxonomia de Necessidades de Saúde proposta por Matsumoto e Cecílio, as necessidades de mulheres que gestaram sob alto risco, com uma proposição de recomendações para o acolhimento dessas mulheres e suas necessidades<sup>9</sup>. Os resultados podem ser acessados no repositório de teses da UFSCar (<https://repositorio.ufscar.br>).

---

<sup>9</sup> O primeiro objetivo geral deste estudo foi explorado na tese de doutorado intitulada “Necessidades de Saúde de gestantes de alto risco”. Tese defendida em 2021, pela pesquisadora Bruna de Souza Lima Marski, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (PPGENf) e sob orientação da Prof. Dra. Monika Wernet.



## CAPÍTULO 2

### 4. ASPECTOS METODOLÓGICOS E ÉTICOS

Este capítulo tem o objetivo de apresentar o delineamento metodológico escolhido para o estudo. A presente pesquisa situa-se em uma única perspectiva de análise, porém, não se pretende aqui restringir as possibilidades de avanço de conhecimento, mas, sim, contribuir para a aplicação das conclusões em novas perspectivas e contextos, colaborando com o processo de produção de conhecimento.

#### 4.1 Tipo de estudo

O presente trabalho caracteriza-se por ser de campo, de abordagem qualitativa, com um desenho voltado à produção de cuidado em visita domiciliar alinhado às apostas na autonomia para o contexto da gestação de alto risco.

A abordagem qualitativa, que valoriza o universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes dos sujeitos sociais, é adequada quando se busca conhecer um determinado fenômeno por meio da experiência destes e dos sentidos que eles atribuem aos objetos e às ações sociais que desenvolvem (MINAYO, 2014).

Os autores Ribeiro, Souza e Costa (2016), no intuito de responder o porquê de se fazer pesquisa qualitativa na área da saúde, retratam que:

os estudos qualitativos se focam nas pessoas, naquilo que as faz recorrer aos cuidados e nas vivências pessoais com impacto na sua condição de saúde. A natureza da investigação qualitativa se centra na procura de significados, na medida em que os fenômenos, as manifestações, as ocorrências, os fatos, os eventos, as ideias, os sentimentos e os assuntos moldam as vivências humanas. Os significados que sobrevêm passam também a ser partilhados culturalmente e assumem-se como estruturadores do grupo social que orbita em torno destas representações e destes simbolismos (p. 2324, 2016).

E seguem, afirmando que:

Conhecer as significações dos fenômenos do processo saúde-doença pode contribuir de sobremaneira para melhorar a qualidade da relação entre consumidores e fornecedores de serviços de saúde; fomentar maior adesão em ações de saúde implementadas individual e coletivamente; e, entender mais profundamente emoções e comportamentos dos doentes, famílias e profissionais de saúde.



Indubitavelmente, a saúde é das pessoas, *para* as pessoas e *pelas* pessoas, pelo que, uma auscultação profunda da “subjetividade” permite um maior conhecimento e, conseqüentemente, respostas ajustadas às pessoas, usuários e profissionais de saúde (p. 2324, 2016).

Portanto, estudar o cuidado pré-natal no espaço da visita domiciliar sob um referencial teórico da enfermagem exigiu, enquanto proposta, a imersão da pesquisadora no universo dos significados expressos pelos sujeitos em interação, sem a pretensão de se chegar a conclusões decisivas, mas de propor uma narrativa circunscrita pela realidade aqui estudada.

Dada a natureza do objeto de estudo e o complexo e multifacetado fenômeno do viver e cuidar na situação do alto risco gestacional, optou-se pelo desenvolvimento de um **Estudo de caso**, dentro do amplo leque de estratégias metodológicas em pesquisa qualitativa (CRESWELL, 2014). Assim, adotou-se aqui, um estudo de caso único em que o caso é a **RELAÇÃO** entre a enfermeira e a gestante de alto risco na visita domiciliar e no cuidado.

A origem da utilização do estudo de caso abrange diversos posicionamentos. Segundo o trabalho de Ventura (2007), os apontamentos são de que o estudo de caso tem origem na pesquisa médica e psicológica e se tornou uma modalidade de pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais. Segundo outra corrente, originou-se nos estudos antropológicos e no ensino jurídico e é difundida, atualmente, em diversas áreas do conhecimento.

Como muitos posicionamentos com relação à origem dessa modalidade, a conceitualização do estudo de caso também apresenta conceitos polissêmicos. Segundo Yin (2015), o estudo de caso pode ser tratado como uma abordagem metodológica de investigação científica que busca a compreensão de um fenômeno contemporâneo em profundidade a partir da realidade. Busca o entendimento das características dos acontecimentos cotidianos, em uma perspectiva holística e significativa para o conhecimento, posto que as nuances, impossibilitadas de serem enxergadas a olho nu, muitas vezes são reveladas nessa estratégia.

Para Stake (apud YAZAN, 2016), uma definição exata não é possível. O estudioso relata que o caso deve ser visto como “um sistema limitado” e investigá-lo “como um objeto ao invés de um processo” (SMITH, 1978, p. 2 *apud* YAZAN, 2016). Continua relatando que o caso é um processo complexo, limitado (e, portanto não decisivo) e intencional (YAZAN, 2016).

Na mesma direção, Merriam (1998) (apud YAZAN, 2016) também acredita que o caso é um sistema limitado e integrado. Logo, o caso pode ser uma pessoa, um programa, um grupo, uma política específica e assim por diante – representando uma lista mais abrangente do que a definição de Yin e Stake (YAZAN, 2016).

Levando em consideração as definições, Ventura (2007) posiciona-se relatando que o estudo de caso enquanto modalidade de pesquisa é entendido como uma metodologia ou como a escolha de um objeto de estudo. Tem como objetivo a investigação de um caso específico, que é delimitado e circunstanciado em um determinado contexto, sendo possível a busca por informações.

Em suma, como afirma Yin, essa abordagem empírica contempla todos os processos de uma pesquisa, desde o planejamento da pesquisa, com definição da questão norteadora e seus componentes, perpassando pela estratégia de coleta de dados, análise e apresentação. Assim, o estudo de caso representa a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo “*Como*” e “*Por quê*”; quando o pesquisador tem pouco ou nenhum controle sobre os eventos e os comportamentos diante dos fenômenos contemporâneos (YIN, 2010; YIN, 2015), aspecto presente no nosso estudo.

Defendemos a tese de que a enfermeira e a gestante de alto risco se manifestam e produzem cuidado à medida em que se lançam e desenvolvem confiança na relação. Por isso, o nosso entendimento foi de que a adoção da abordagem qualitativa e da estratégia do estudo de caso permitiria uma análise aprofundada do caso que não pode ser manipulada pelo pesquisador, mas analisada como parte de um fenômeno social, repleto de significações.

#### **4.2 Local de estudo e participantes**

O estudo foi desenvolvido no município de São Carlos, cidade de médio porte, situada no interior do estado de São Paulo, cuja população estimada foi de 254.484 habitantes, dentro de uma área de 1136 km<sup>2</sup> (IBGE, 2020), com taxa de nascidos vivos de 2.961 (DATASUS, 2019).

A Atenção Básica (AB) em saúde nesse município, à época, estava organizada conforme territorialização, sendo dividida em cinco grandes regiões de saúde, denominadas Administrações Regionais de Saúde (ARES). O Objetivo dessa territorialização em ARES concerne a coordenação das unidades básicas de saúde situadas nas áreas de abrangência, além de promover o cuidado aos usuários residentes

do território, de forma que a unidade mais próxima a eles seja sua referência (SÃO CARLOS, 2019).

Assim, a assistência pré-natal e puerperal de risco habitual desse município era, na época, ofertada por uma AB composta por 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 21 Unidades de Saúde da Família (USF) (SÃO CARLOS, 2019).

Quanto a assistência ao pré-natal de alto risco, esta era desenvolvida pelo ambulatório especializado em gestação de risco (ACEG) em parceria com a AB. O ambulatório realiza o pré-natal de gestantes encaminhadas pela AB do município, bem como de gestantes advindas das microrregiões de saúde próximas. Essas gestantes são identificadas pelas UBSs e USFs de suas respectivas cidades e são, através da identificação médica de marcadores de riscos obstétricos, referenciadas ao ambulatório, dando início ao pré-natal de alto risco.

Segundo informações colhidas com as enfermeiras que atuam no ACEG, no ano de 2018, um total de 421 mulheres gestantes passaram por atendimento no ambulatório, seguido de 338 no ano de 2019 e 333 em 2020. Cabe ressaltar que esse número representa a quantidade total dividida entre os 12 meses de atendimento e de funcionamento da unidade. Contudo, não é representativo da quantidade de mulheres que continuaram em atendimento nos anos supracitados, uma vez que eventuais altas, transferências de cidade, abortos ou ausências não são contabilizadas. Em outras palavras, os números representam a quantidade total de mulheres que foram referenciadas ao serviço especializado por ano, mas que não necessariamente deram continuidade ao pré-natal de alto risco.

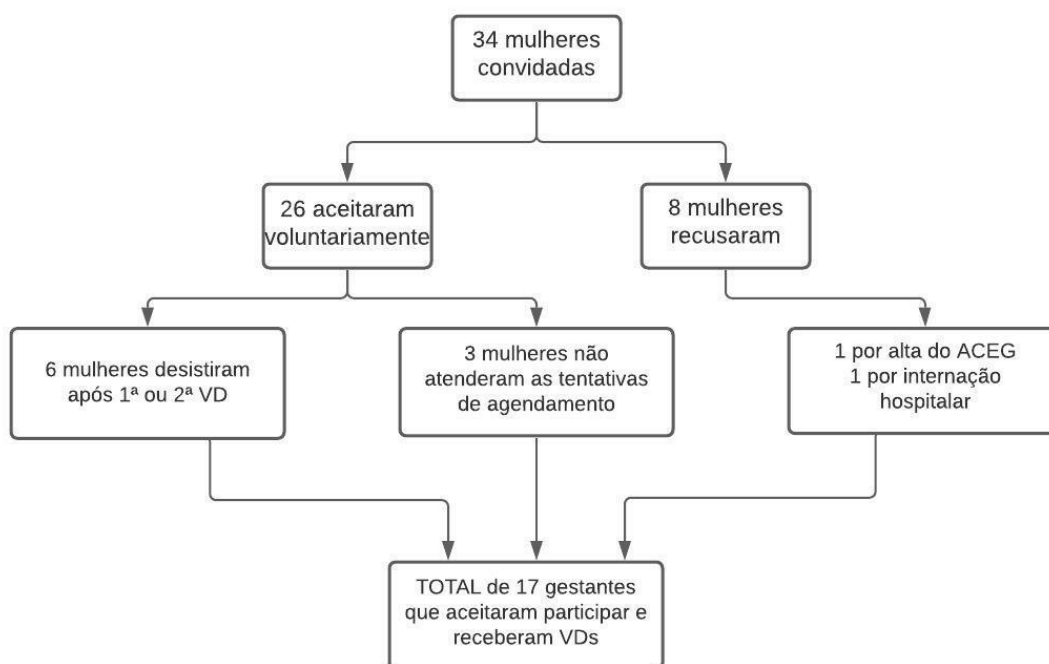
A participação da mulher para integrar o processo de visita foi regulada a partir de sua entrada no atendimento especializado e seguiu os critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos ou, quando adolescente, ser emancipada; ser gestante de alto risco diagnosticada e encaminhada pelas unidades de origem. Os critérios de exclusão foram: condições que interferiam nas habilidades da mulher para se envolver com a visitação, como por exemplo adoecimentos mentais severos, déficits cognitivos e sensoriais que imputassem particularidades a engajarem-se em relacionamentos; além deste critério, excluímos mulheres residentes nas microrregiões. Adotados os critérios de inclusão e exclusão, ao todo, 34 gestantes de alto risco foram selecionadas e, posteriormente, convidadas a participar da pesquisa por meio de visitação domiciliar. Desse total, 26 mulheres aceitaram voluntariamente receber as visitas domiciliares. Contudo, seis ( $n = 6$ ) desistiram após a realização de uma ou duas visitas, sendo consideradas desistentes por não atenderem às inúmeras tentativas de contato via ligações ou mensagens pelas

enfermeiras, e três ( $n = 3$ ) gestantes que aceitaram participar quando se apresentou o projeto, mas que não responderam às tentativas de agendamento das VDs, também sendo consideradas desistentes.

Assim, um total de 17 mulheres aceitaram receber visitas domiciliares, bem como deram seguimento de forma longitudinal a todo o processo da visitação voluntariamente.

A **figura 1** representa o fluxograma de participantes aqui relatado.

**Figura 1** - Fluxograma das participantes de pesquisa, São Carlos, São Paulo, 2022



**Fonte:** a autora.

### 4.3 Visitas domiciliares

Neste item, compartilho a estrutura e o desenvolvimento das VDs. Para facilitar a leitura, separei o item em etapa 1, a qual denominei “*estruturando a visita domiciliar*” e etapa 2, denominada “*executando a visita domiciliar*”.

#### Etapa 1 – Estruturando a visita domiciliar

Inicialmente, no intuito de aproximação com a atenção em saúde recebida pelas gestantes no ambulatório de alto risco do município, foi realizada uma visita técnica, datada em março de 2018, com exposição pormenorizada da proposta de estudo às enfermeiras responsáveis. Após essa apresentação e estabelecida a parceria entre pesquisadoras e enfermeiras, elas se tornaram apoiadoras do estudo e se posicionaram quanto à captação das potenciais participantes. A aproximação com o ambulatório permitiu identificar a provável necessidade de olhares de outros profissionais. Assim, foi composta uma equipe apoiadora, na direção de contar com consultoria e supervisão por parte de profissionais. A proposta foi de que essas profissionais seriam acionadas para a

discussão de casos sempre que necessário, com enfoque na qualificação do cuidado. Além das discussões, seriam acionadas para o acolhimento das enfermeiras e elaboração do sofrimento da pesquisadora, aspectos que foram considerados imprescindíveis para a manutenção da relação interpessoal entre enfermeira-gestante, uma vez que, esperava-se histórias cheias de vulnerabilidades, conflitos, necessidades e complexas.

Assim, optou-se como apoio uma equipe composta por uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional e uma enfermeira, todas professoras da UFSCar e com ensino, pesquisa e extensão na área da saúde da mulher e do período perinatal. O delineamento das visitas domiciliares foi desenvolvido de forma colaborativa junto a esta equipe.

Dessa forma, sob os auspícios das discussões entre orientanda e orientadora, das reuniões com a equipe multidisciplinar e do material de visitação da PMJC, ficou definido a periodicidade da visitação que se estruturou em a) frequência quinzenal (uma visita domiciliar a cada quinze dias); b) uma duração aproximada de 1 hora; c) a partir da captação da gestante (sem idade gestacional mínima) até o primeiro mês de vida da(s) criança(s) nascidas.

Diante da periodicidade e do potencial em realizar visitas a um número alto de gestantes, decidiu-se por duas enfermeiras visitadoras, a saber, a autora deste estudo e uma segunda enfermeira, também doutoranda e orientanda da Profa. Dra. Monika Wernet. Essa última colaboradora foi selecionada no grupo de pesquisa e para sua seleção foi considerado similaridade com o perfil da primeira enfermeira visitadora. Ainda, cabe destacar que ambas se envolveram em uma formação conjunta e desenvolveram projetos de reconstrução de práticas de cuidado durante toda a trajetória acadêmica, fato que auxiliou na similitude da estruturação e da execução das visitas.

Um ponto a ser destacado foi a estratégia de manter a enfermeira visitadora desde o início das visitas até seu término, no intuito de manter uma longitudinalidade do cuidado, uma vinculação, assim como a promoção da relação pessoa a pessoa.

Por último, cabe ressaltar que, embora estabelecida a periodicidade das visitas às gestantes de alto risco, as enfermeiras visitadoras avaliaram os casos individualmente e, quando necessário, estabeleciam outras visitas ou as realizavam com frequência menor àquela pré-estabelecida, sobretudo a partir do pressuposto da individualidade e subjetividade de cada gestar e matinar.

## Etapa 2 – Executando a visita domiciliar

A partir do reconhecimento das gestantes de alto risco, ora pela própria pesquisadora principal, ora com auxílio das enfermeiras responsáveis, deu-se início aos contatos com as gestantes, o que aconteceu de forma mista, entre contatos telefônicos e contatos pessoais. Todas as gestantes que aceitaram participar do estudo foram contactadas uma segunda vez para que fosse possível certificar-se de que a participação era desejada. Depois, realizava-se o agendamento da primeira VD, com dias e horários pactuados.

Na primeira visita com cada participante, a pesquisadora/enfermeira visitadora se apresentava, explicava a pesquisa e a intervenção, para depois disparar a conversa com “Conte-me sobre você”; “Conte-me sobre sua vida e gestação”. Além disso, na ausência de um parceiro ou de familiares, reforçava-se à mulher que esses poderiam estar presentes e que, se o assim desejassem, poderiam participar das visitas.

As visitas subsequentes não foram guiadas por perguntas disparadoras, pois optou-se por deixar a interação acontecer, seguindo os movimentos de cada participante. Contudo, ao pensar nos encontros, e por entender que estávamos também exercendo um importante papel assistencial de pré-natal, projetamos algumas questões temáticas que poderiam surgir nas relações na visitação, a saber:

Questionamentos sobre a **situação de risco Gestacional**, tais como: Qual é a patologia? O que é essa patologia? E a partir deles, explorar o significado, os valores e sentimentos de ser gestante de alto risco, assim como promover o entendimento do porquê estar no acompanhamento de alto risco, diminuindo anseios, medos, auxiliando a gestante nessa compreensão. Perguntar sobre as medicações em uso, incluindo dosagens, horários, efeitos colaterais. Perguntar sobre sinais e sintomas na gravidez e orientar as modificações gravídicas, caso seja necessário.

Na temática **Parto**: Certificar-se de portar à mulher informações a respeito do parto normal e da cesariana e apoiar a mulher na escolha consentida do procedimento. Empoderar a mulher e o companheiro para o parto. Buscar pautar Direitos: o direito ao acompanhante durante todo o ciclo gravídico puerperal; o direito a não sofrer violência obstétrica e/ou doméstica; os direitos reprodutivos e sexuais; o direito a auxílio financeiro, se necessário.

**Família**: Explorar e reconhecer os laços familiares da mulher e auxiliar à construção da rede de apoio e de resolução/enfrentamento dos conflitos familiares e estressores. Esforçar-se em compreender a dinâmica familiar e o contexto relacional ampliado.

E, por último, a temática **Aleitamento Materno**: Empoderar a mulher e a família sobre a sua importância; sobre o aleitamento ser exclusivo até os 6 meses de idade, entre outros assuntos relacionados.

Apesar de serem projetados alguns eixos temáticos, o planejamento, a abordagem e o plano de cuidados para com a mulher gestante de alto risco e suas famílias seguiram o paradigma do protagonismo, tomando como referências suas sabedorias práticas, suas necessidades de saúde, a valorização do diálogo e da escuta, bem como a experiência e a intersubjetividade do processo. Sobretudo, prospectou-se uma relação que transcendesse a ordem biomédica.

A execução das VDs se deu a partir do mês de março de 2018 e se estendeu durante o mês de maio de 2021. Ressalta-se que todas as visitas foram áudio-gravadas em dispositivo eletrônico, com posterior transcrição na íntegra pela pesquisadora. Com o início da pandemia de COVID-19 e, posteriormente, seu rápido avanço e aumento dos casos, o cronograma de VDs sofreu alterações. Nesse período, apenas uma gestante ainda estava sendo acompanhada. Durante a pandemia, realizou-se uma VD presencial e após, adaptando-se às recomendações de distanciamento, outras três visitas foram realizadas de forma remota, após consentimento e aceite da mulher.

#### **4.4 Instrumentos de pesquisa**

As discussões sobre o cuidado, a intersubjetividade, as interações, a autonomia e o protagonismo da mulher e sua família, nos indicaram a necessidade de uma prática de visita domiciliar que priorizasse a experiência vivida, o fenômeno do gestar em alto risco, e que potencializasse o cuidado. O entendimento era de que, para além de protocolos de visita, os avanços na qualidade da atenção à saúde e seus alcances estão determinados pela interação vivenciada nas relações de cuidado.

A constatação e a clareza do nosso objetivo e método de pesquisa, nos trouxeram a inquietação sobre o uso do protocolo. Pensamos, então, em construir uma prática de cuidado através da VD que permitisse e encorajasse às gestantes de alto risco a participarem da produção de cuidado. Não quero aqui dizer que não há um rigor científico na condução das VDs, no entanto, optamos por uma prática que valorizasse a interação pessoa-a-pessoa, as necessidades reveladas e os movimentos advindos dessa relação.

Assim, para estudar e relatar os casos foi adotada 1) a transcrição integral dos áudios gravados das visitas domiciliares desenvolvidas (acima descritas) e 2) as notas de campo.



#### 4.4.1 Notas de campo dos encontros na prática de visita domiciliar

O segundo instrumento da pesquisa são as notas de campo, que estão vinculadas aos encontros realizados. Essa etapa consistiu no relato enquanto enfermeira e pesquisadora, quando contávamos o que acontecia, narrávamos os registros da experiência da VD vivenciada com as gestantes, com atenção para sentimentos e processos interacionais ali vivenciados.

Na justificativa dessa escolha, aproximamo-nos da reflexão de Bogdan e Biklen (1994):

[...] as notas de campo consistem em dois tipos de materiais. O primeiro é descritivo, em que a preocupação é captar uma imagem por palavras do local, pessoas, ações e conversas observadas. O outro é reflexivo – a parte que apreende mais o ponto de vista do observador, as ideias e preocupações (BOGDAN; BIKLEN, 1994, p. 152).

Assim, as notas de campo foram compondo um diário de campo. O desenvolvimento e a escrita de um diário de campo se constituem como ferramenta de pesquisa, uma vez que transcrições de entrevistas não necessariamente registram e expressam com sutileza a experiência vivida do momento, cabendo aos registros o desempenho de tal função. Com isso, para além de ser uma ferramenta de pesquisa cujo enfoque também é o armazenamento dos dados empíricos, o diário remete ao pesquisador um encontro consigo mesmo, quando provoca momentos de reflexão sobre a própria prática ali descrita e permite acompanhar o movimento do pesquisador em relação ao fenômeno estudado (KROEFF; GAVILLON; RAMM, 2020).

#### 4.5 As enfermeiras visitadoras

*A priori*, a decisão de inserir uma segunda enfermeira visitadora se deu, sobretudo, diante do número de gestantes que seriam visitadas. De forma secundária, pela necessidade de integrar outros objetivos e outros olhares para a visitação. Assim, foi realizado a adição e, a partir dessa inserção de uma segunda enfermeira visitadora, expandiram-se ainda mais as visitas domiciliares.

Esta última participante foi selecionada no grupo de pesquisa, considerando a similaridade com o perfil da primeira visitadora, ilustrado na Tabela 1. Ainda, cabe destacar que ambas se envolveram em uma formação conjunta, com o objetivo de efetivar a fundamentação e a apropriação teórico-prática com o cuidar no fenômeno do alto risco.

Cito, aqui, algumas leituras acerca do quadro teórico da relação pessoa-a-pessoa, leituras acerca do Cuidado Centrado na Família (CCF), discussões clínicas com a equipe multidisciplinar de suporte neste estudo e resgate teórico e discussões sobre o Cuidado.

Abaixo, uma síntese do perfil das enfermeiras visitadoras:

**Tabela 1:** Quadro síntese do perfil das enfermeiras visitadoras. São Carlos, SP, 2022.

**Bruna Felisberto de Souza    Bruna de Souza Lima  
Marski**

<b>Ano de ingresso no curso de Graduação em Enfermagem</b>	2010	2010
<b>Tempo de formação enquanto enfermeira</b>	6 anos e 5 meses	6 anos e 5 meses
<b>Tempo de atuação acumulado enquanto enfermeira</b>	6 anos e 5 meses	2 anos
<b>Mestrado, título do estudo e tipo do estudo desenvolvido</b>	2018. Enfermagem e gestantes de alto risco hospitalizadas: desafios para integralidade do cuidado. Estudo qualitativo, exploratório e descritivo.	2017. Cuidado desenvolvimental da teoria à prática do enfermeiro em unidade neonatal. Estudo qualitativo, exploratório e descritivo.
<b>Ano de ingresso no doutoramento</b>	2018	2017
<b>Idade</b>	30 anos	31 anos
<b>Situação conjugal</b>	Solteira	Casada
<b>Quanto a maternidade</b>	Não possui filhos	Não possui filhos
<b>Tem proximidade com o quadro teórico relação pessoa-a-pessoa</b>	Sim	Sim

Por último, deixo aqui registrado um texto reflexivo em primeira pessoa sobre o significado, a experiência e os valores apreendidos durante todos esses anos de doutoramento e, sobretudo, de visita domiciliar às gestantes de alto risco, nas palavras das próprias visitadoras que, progressivamente, foram crescendo enquanto enfermeiras, pesquisadoras e pessoas.

Faço a opção de não nomear as enfermeiras em seus respectivos relatos, pois, ao ler e reler as narrativas, percebo que elas se misturam, se retroalimentam, se sustentam uma na outra, quase que sendo apenas um relato, embora em experiências diferentes. Tais relatos nos mostram que a escolha por uma segunda enfermeira só trouxe benefícios para as gestantes e para o estudo, uma escolha acertada que confirma as similaridades

**Relato 1:** *Ao longo de dois anos tive a oportunidade de compartilhar o cuidado de pré-natal e puerpério com e para mulheres que gestaram sob alto risco. Essa assistência se deu a partir de visitas domiciliares, com a premissa de que seriam, nesses encontros, priorizados aspectos como a subjetividade e o diálogo entre enfermeira e gestante. Quando olho para trás, consigo refletir sobre essa experiência, sobre meus sentimentos, transformações e significados deste processo vivido.*

*Inicialmente, percebo que os encontros foram menos fluídos pela minha própria inexperiência desta possibilidade de assistência – a visita domiciliar feita enquanto ferramenta de cuidado durante todo o pré-natal e puerpério. Este sentimento foi superado à medida que eu vivenciava novos encontros e foi nessa consistência de encontros que fui encontrando consistência na minha prática profissional. À medida que fui vivenciando histórias (com nomes, casas, diagnósticos, problemas e soluções), fui me notando mais pronta para lidar com a próxima gestante, sua família e mais uma história. Os encontros com elas foram suficientes para me motivar a buscar mais informações, ao mesmo tempo que me levaram a contribuir mais com a próxima gestante e família que se acercava.*

*Hoje, percebo que a visita domiciliar dá à gestante a escolha de te receber ou não. Quando ela o faz, é porque ela deseja e intenciona aquele momento com você. Ela te recebe dentro do lar dela e te permite adentrar a rotina e a intimidade dela. Além de permitir acesso aos membros de sua família. Isso mostra o quanto ela está disposta a se relacionar com você. À medida que você demonstra interesse em contribuir com seu cuidado, torna-se perceptível o vínculo que vai se construindo, além da confiança que vai se estabelecendo nesta relação.*

*Percebi que muitas vezes usamos a visita domiciliar como ferramenta investigativa/avaliativa para verificar se a casa está limpa, se há variedade de alimento na geladeira, quantos animais tem na casa. Mas estar dentro do lar, e genuinamente estar, abriu meus olhos para ver além destes aspectos. Me ajudou a ver rotinas, hábitos, costumes e porquês.*

*Eu vivenciei histórias muito complexas, imbuídas de negligências relacionadas a assistência à saúde, mas, para além, negligências fortemente executadas por uma sociedade ano após ano. Essa complexidade é desafiadora, principalmente quando falamos em articular rede de atenção e apoio, mas reforçou para mim o quanto essas mulheres aceitaram e escolheram confiar em mim diante de uma vida inteira com tantas negativas.*

*De forma paulatina, a construção do cuidado contribuiu para que mais e mais gestantes fossem à sua maneira, tempo e escolha, buscar caminhos mais dignos para sua existência. Saber da minha contribuição neste processo e de que pequenos gestos, relacionados a tecnologia leve, são capazes de tanto, fortaleceram o meu credo neste tipo de abordagem.*

*As histórias foram soberanas, tiveram nome, idade e endereço. A complexidade dos casos, as entregas durante as relações, a confiança no meu trabalho e a possibilidade de contribuir para uma vida mais digna foram fundamentais neste cuidado que se deu e transformaram à minha maneira de enxergar a vida e, conseqüentemente a minha prática profissional. Por mim, acredito que este trabalho me provocou a ser mais empática e sensível, a escutar, a me dispor e a coaprender.*

## **Relato 2:**

*A visita domiciliar sempre esteve presente na minha vida enquanto enfermeira. Na graduação, realizei visitas domiciliares em conjunto com outros profissionais ou na supervisão de um docente; na pós-graduação, acompanhei alunos e outros profissionais na realização de visitas domiciliares. Mas, curiosamente, durante toda minha trajetória profissional, nunca havia acompanhado uma gestante em visita domiciliar. As visitas que havia realizado era puerpério, puericultura, pacientes diabéticos, hipertensos, acamados, mas por que não uma gestante? Será que visitas domiciliares para gestantes acontecem e eu nunca tive a oportunidade? Ou será que não acontecem e por isso nunca consegui acompanhar uma?*

*É claro que não é possível comparar a minha experiência com experiências de enfermeiras que estão a exercer a profissão há anos, ou profissionais na AB que já tiveram a oportunidade de realizar uma VD às gestantes, mas, não posso negar que me inquieta. E, assim, nesse contexto de estranhamento, questionamentos e reflexões, fui me apropriando desse cuidado no domicílio. Artigos, discussões em equipe, leituras, cuidado relacional e a articulação com o contexto do gestar em alto risco, me prepararam para essa possibilidade de um cuidar outro, tão distante do que gestantes de alto risco estavam acostumados. E assim o fiz, aceitei como um desafio.*

*Me lembro nitidamente da primeira visita. Entrei no domicílio, ainda um pouco tímida, mas não existe forma menos literal para descrever o momento, a gestante estava de fato em sua casa, em seu sofá, ambiente e era o seu tempo. Havia uma apropriação clara daquele meio e eu, na condição de enfermeira, estava preparada, no desejo de iniciar e manter esse encontro, na sua forma mais autêntica, confirmando se tratar, sim, de uma possibilidade não só de cuidar a partir da relação, mas de garantir que as experiências daquelas mulheres que iriam receber visita domiciliar se transformassem em termos de cuidado.*

*Contudo, mesmo com a clareza, a fundamentação teórica e a relação que estava sendo construída, por várias vezes me questionava internamente “Vou visitar a mulher, mantemos a relação pessoa-a-pessoa, mas estou a fazer cuidado?”. Soava quase como se eu estivesse colocando esse cuidado relacional no campo do obscurantismo, na sensação de que na relação eu não estava a cuidar. A princípio, fiquei angustiada, preocupada, pensando e repensando em novas estratégias de abordagem em visitas, sobretudo abordagens que fizessem sentido para a mulher.*

*A essa altura, a segunda enfermeira visitadora já havia sido inserida no grupo de pesquisa e passamos a intensificar as discussões dos casos e compartilhamento de informações. Eu continuava a ter dúvidas com relação ao cuidado. Mas, nesse movimento de compartilhar, traçar estratégias, pensar em intervenções, estar com, de forma autêntica e solícita, comecei a perceber que **o resultado**, motivo maior de minha inquietude, vinha com o tempo, era longitudinal e/ou poderia aparecer em cada visita, em cada palavra, em cada relação pessoa-a-pessoa estabelecida. Passei a perceber que buscava algo imediato, quase que concreto e técnico, mas a relação de cuidado não é assim. Me lancei na relação.*

*E foi a partir de então que me percebi imersa num novo modo de fazer. Enfermeira, sentada, numa sala, com a vó, o cachorro, companheiro, os filhos mais*

*velhos, os sentimentos, as angústias, os medos, anseios, felicidades, mulher, todos em uma só relação. Todos disponíveis ao devir, cuidando, confiando, compartilhando e relacionando-se. O domicílio só me permitia encontrar todos num ambiente só, mas o estar disponível, a vinculação, diálogo e comunicação, me permitiam a construção de uma relação outra, reconstruindo o cuidado. Eu não estava só a conversar, eu estava cuidando.*

*Com isso, escrevo até com lágrimas nos olhos, pois foi de um simbolismo único. De certa forma, cuidei seguindo todos os pressupostos daquilo que eu acredito enquanto uma nova possibilidade de cuidado. E, mais do que isso, cuidei da forma como toda pessoa deve ser cuidada, sobretudo gestantes de alto risco. Nesse momento, a frase que deixo registrada aqui nessa tese de doutoramento nunca fez tanto sentido “A teoria sem a prática vira “verbalismo” e, eu, estava a praticar e a fazer um novo modo de cuidar.*

#### **4.6 Cuidados éticos**

Todas as recomendações éticas estabelecidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012) e 510/2016 (BRASIL, 2016) foram seguidas. Considerando as recomendações, o estudo foi apresentado primeiramente para a Secretaria Municipal de Saúde do município a fim de obter autorização para a execução da pesquisa (ANEXO A). Posteriormente à autorização, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos para análise. Após análise do Comitê de Ética, recebemos parecer favorável, registrado sob nº 2.467.733 e CAAE 81715317.7.0000.5504, em janeiro de 2018 (ANEXO B).

Todas as mulheres que aceitaram integrar o estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) após exposição individual e esclarecimentos por parte da pesquisadora acerca da natureza, dos objetivos, do método, dos benefícios previstos, potenciais riscos e do incômodo que a participação na pesquisa poderia acarretar, formulada no termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária e ficando uma via com a participante.

Ademais, o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados foi assumido, preservando integralmente o anonimato das mulheres e de seus familiares. Dessa forma, todas as gestantes foram codificadas com a inicial “G”, seguida de número arábico conforme participação nas visitas (G1, G2, G3...).

#### **4.7 Apresentação e análise dos casos**

O estudo de caso volta-se a explorar aspectos significativos do caso e fazer interpretações e apontamentos acerca dele, no caso deste estudo, da relação pessoa a pessoa, enfermeira e gestante de alto risco, na visita domiciliar e no cuidado.

Assim, no item Resultados, estão apresentadas as mulheres e as relações com elas via ‘caso’, no qual está exposta uma síntese do que nele foi trabalhado, seguida pelo relato mais pormenorizado do caso tomando as fases propostas por Travelbee, uma vez ter sido esse o referencial teórico de ancoragem das VDs.

A interpretação dos casos e os apontamentos acerca de achados com suporte da literatura científica foi apresentado no item Discussão. Nessa etapa, buscou-se construir explicações para o caso, perpassar pelos ‘como’ e ‘porquês’, de acordo com o referencial teórico escolhido, explicando o caso e os elos causais sobre como e por que ocorreu (YIN, 2018).





## CAPÍTULO 3

### 5. RESULTADOS

#### 5.1 Conhecendo as gestantes de alto risco

As 17 gestantes de alto risco que participaram da presente pesquisa foram incluídas mediante critérios de inclusão e exclusão. Todas receberam visitas domiciliares por enfermeiras desde sua captação enquanto gestante de alto risco até o primeiro mês de vida da(s) criança(s) nascida(s), com frequência quinzenal e continuaram sendo acompanhadas em pré-natal no serviço especializado do município. Ao todo, 132 visitas domiciliares foram realizadas com as gestantes, com uma média de aproximadamente oito ( $n = 8$ ) visitas por mulher. A caracterização das mulheres e o desenvolvimento das visitas estão ilustrados na tabela abaixo (**Tabela 2**).

**Tabela 2** - Caracterização das gestantes participantes do estudo e representação das visitas domiciliares, São Carlos, São Paulo, 2022.

Gestante	Idade (anos)	Antecedentes obstétricos	Condição de alto risco gestacional	Situação conjugal	Raça e cor	Religião	Ocupação	DN da(s) criança(s) nascida(s) e via de parto	Idade gestacional de início de VD	Número de visitas
G1	44	G3 A0 NV2	Má formação fetal; Idade	Casada	Negra	Testemunha de Jeová	Do lar	30/05/2018 C urgência	22 semanas	8
G2	24	G1 A1 NV0	Epilepsia	Amasiada	Parda	Cristã	Do lar	09/08/2018 Vaginal sem intervenção	14 semanas	8
G3	38	G3 A0 NV2	Hipertensão Arterial; Aloimunização; Trombose	Amasiada	Branca	S/I	Do lar	05/07/2018 C urgência	23 semanas	7
G4	31	G2 A0 NV1	Hipertensão gestacional	União estável	Branca	Espírita	Do lar	11/03/2019 C urgência	17 semanas	9
G5	35	G4 A0 NV3	Hipertensão arterial	Amasiada	Negra	Católica	Do lar	14/03/2019 Vaginal sem intervenção	18 semanas e 3 dias	9

G6	38	G3 A1 NV1	Gemelar; Hipertensão arterial	União estável	Negra	Evangélica	Do lar	13/12/2018 C urgência	27 semanas	7
G7	32	G3 A1 NV1	Hipertensão arterial; Óbito fetal anterior	Amasiada	Negra	Católica	Manicure e cabelereira	16/06/2019 C urgência	25 semanas	10
G8	20	G2 A1 NV0	Má formação fetal	Amasiada	Negra	S/I	Do lar	27/01/2019 C	35 semanas	8
G9	29	G2 AO NV1	Hepatite C	Amasiada	Parda	Católica	Do lar	02/05/2019 C	32 semanas	6
G10	23	G2 A0 NV1	Hipertensão gestacional	União estável	Parda	Cristã	Administradora	17/10/2019 C	15 semanas	9
G11	28	G3 A0 NV2	Diabetes gestacional	Casada	Parda	Evangélica	Do lar	09/08/2019 C e laqueadura	27 semanas	8
G12	30	G4 A0 NV3	Retrovirose	União estável	Branca	Evangélica	Do lar	17/10/2018 C e laqueadura	16 semanas e 1 dia	7

G13	42	G3 A0 NV2	Hipertensão arterial	Casada	Branca	Católica	Estudante de pós-graduação	C e laqueadura		7
G14	28	G3 A1 NV1	Diabetes gestacional	Casada	Negra	Não tem	Do lar	28/02/2020 Vaginal sem intervenção	24 semanas	9
G15	34	G4 A0 NV3	Hipertensão arterial; Diabetes gestacional	Amasiada	Branca	Católica	Do lar	23/01/2020 C	29 semanas	6
G16	42	G1 A0 NV0	Diabetes gestacional; Hipotireoidismo	Casada	Parda	Evangélica	Balconista	22/03/2020 Vaginal sem intervenção	22 semanas	8
G17	28	G1 A0 NV0	Placenta prévia	Casada	Branca	S/I	Empresária	07/05/2021 C	33 semanas e 1 dia	6

**Legenda:** DN (data de nascimento); G (gesta); A (aborto); NV (nascidos vivos); C (cesárea); S/I (sem informação). **Fonte:** a autora.

De acordo com a tabela 1, a idade média das mulheres é de 32,11 anos, variando entre 20 a 44 anos. Com exceção de quatro ( $n = 4$ ) gestantes, um total de 13 mulheres têm ao menos um filho vivo. As condições de risco gestacional estão de acordo com os critérios definidos pelo Manual de Gestação de Alto risco (BRASIL, 2012) e variam entre Síndromes hipertensivas da gravidez, gestações múltiplas, diabetes mellitus gestacional, entre outras, com predominância de casos envolvendo a primeira condição.

A idade gestacional de início das VDs teve uma variação de entre 14 semanas (o mais precoce) e 37 semanas (mais tardio). O início das VDs se deu a partir do momento em que a mulher foi encaminhada ao alto risco, o que justifica a variação das idades gestacionais. Ainda sobre tal aspecto, cabe ressaltar mais uma vez que, embora a visitação seguisse um fluxo de visitas quinzenais, ficou sob a responsabilidade das enfermeiras visitadoras realizarem a frequência e a gradação das visitas diante da realidade encontrada, partindo do pressuposto da individualidade e subjetividade de cada situação, o que justifica a variação do número de visitas.

Com relação à situação conjugal, todas ( $n=17$ ) as mulheres mantinham um relacionamento com o pai da criança. A grande maioria ( $n=10$ ) ocupava-se com tarefas do lar e, com relação à raça e cor, um total de sete ( $n=7$ ) mulheres se autointitularam negras, seguido de sete ( $n=7$ ) que se autointitularam brancas e cinco ( $n=5$ ) pardas. Sobre a religião, um total de 13 mulheres a possuem, variando entre católica, evangélica e espírita.

A via de nascimento predominante foi a operação cesariana, com a ocorrência em um total de 13 mulheres, sendo de urgência em cinco ( $n=5$ ) mulheres e um total de duas ( $n=2$ ) com a realização de laqueadura concomitante ao parto. Cabe ressaltar que consideramos cesariana de urgência a cirurgia que não havia sido previamente agendada e que, por motivos de saúde e intercorrências obstétricas, teve de ser realizada anteriormente à data provável do parto.

Também ressalto que os dados demográficos e os antecedentes obstétricos foram coletados a partir das narrativas de mulheres, uma vez que o acesso aos prontuários no ambulatório especializado não estava autorizado pelo comitê de ética.

Os resultados serão aqui apresentados de forma individual a partir de cada unidade de análise, ou seja, cada gestante acompanhada na produção de cuidado, são referentes à análise dos instrumentos de pesquisa: transcrição das visitas domiciliares e relatos de campo. Como parte da apresentação dos resultados, informo que o marco da visitação é o de permitir que a história da gestante venha a tona. Assim, foi tomada a decisão de apostar em uma apresentação em que transparece esse tom, como aposta das interações vivenciadas e nas subjetividades de

cada gestante que se desvelam nas oportunidades de interação, portanto, partem da análise da pesquisadora a luz do referencial teórico, mas a percepção sobre as fases do processo relacional pode ser dependente da subjetividade do outro.

Aproveito para ressaltar que, ainda que tenhamos optado por tal apresentação, paralelamente, outros aspectos foram abordados e trabalhados com a mulher em visitas domiciliares. Angústias, dúvidas e, sobretudo, necessidades de saúde reconhecidas e determinadas pelas próprias gestantes foram trabalhadas em todas as visitas.

### **5.1.1 Caso 1 – Enlutar e maternar**

**Síntese:** Este caso retrata a interpelação da má formação fetal na experiência gestacional e parental de uma família. O suporte da enfermeira centrou-se no diálogo acerca de sofrimentos e preocupações relativas à criança gestada e ao filho mais velho. Dar suporte ao enlutamento e favorecer o maternar constituíram-se nas intervenções iniciais. Posteriormente, a visibilidade da rede de apoio social foi pautada para favorecer o acolhimento de suas preocupações. Cabe destacar que direitos sociais precisaram ser apresentados pela enfermeira visitadora para viabilizar as intervenções prescritas para o desenvolver da gestação.

#### **Relato do caso:**

No ambulatório de alto risco, as informações que foram ofertadas acerca de G1, além dos critérios do estudo, foi de ser uma pessoa que precisava de apoio próximo por existir suspeita de má formação fetal. O convite para ela integrar o estudo foi feito no próprio ambulatório em sala reservada, com pronto e entusiasmado aceite da mulher. Ela verbalizou que manter uma relação mais próxima com um profissional de saúde era o cuidado que ela mais precisava naquele momento.

Esse movimento marcou a entrada na fase 2 do processo, evidenciada pela abertura da mulher à enfermeira. Assim, marcamos a primeira visita domiciliar, a partir da qual novas informações foram sendo compartilhadas, com tendência à crescente exposição de particularidades sobre si. G1, mulher negra, casada, evangélica, de 44 anos, em sua terceira gestação, não planejada. Fruto dessa mesma união, e em sua segunda gestação, nasceu o filho do meio que tem nove anos e do qual G1 é a cuidadora principal. Concebe como sua principal ocupação as atividades de cuidados domésticos e as dos filhos. Revela ser seu marido parceiro, participativo e reconhecido como alguém que lhe apoia. Apesar disso, a responsabilidade dos

cuidados domésticos e os do filho recai sob ela. Sua criança é ativa e demanda muita atenção, o que exerce certa sobrecarga. Sua rede familiar é reduzida numericamente no município de residência, tem um tio e um sobrinho. Os demais membros de sua família extensa (oito irmãos) residem em outra cidade.

No início da gestação atual, G1 e seu companheiro descobriram uma má formação na filha. A partir de um exame de ultrassom, foram diagnosticadas alterações morfológicas que indicavam uma possível Síndrome de Edwards ou Síndrome de Down, mas não foi possível concluir o diagnóstico diante a falta de evidências necessárias para tal. Ao longo do primeiro encontro, ficava evidente a necessidade e o desejo de falar, de ter um espaço acolhedor e livre para G1 se abrigar. A enfermeira foi tocada pela mulher, sua história e suas necessidades, e o desejo de escuta e presença colaborativa manifestava-se na enfermeira. Ao término do primeiro encontro, o desejo mútuo de se comporem enquanto parceiras para o cuidado estava claro. Assim, sentimentos, valores e comportamentos foram compartilhados. A enfermeira saiu do primeiro encontro com a percepção de ser receio de G1 não suportar toda a responsabilidade, concomitante ao desejo de se saber e se apropriar da síndrome da filha. Demonstrava conhecimento da existência de alterações cardíacas e anatômicas da bebê e revelou sua visão de acreditar que a bebê iria nascer com más formações, não negando esse fato, elemento que se tornou pauta das visitas subsequentes. A primeira VD perpassa a segunda e a terceira fase do processo proposto por Travelbee e instaura a quarta fase, na qual um processo crescente de compartilhamento imerso em confiança, disponibilidade e acolhimento se instaura, com progressiva implicação da enfermeira nesse processo.

As visitas subsequentes abordaram a pauta da má formação, quando a mulher constrói o entendimento de serem as chances de cuidado e de estímulos de desenvolvimento mais reais e palpáveis na Síndrome de Down em comparação à Síndrome de Edwards<sup>10</sup>. Assim, expressa o desejo de estimular a criança desde a fase intrauterina. À medida que as visitas foram acontecendo, G1 sempre trazia um conhecimento novo, uma nova condição de alto risco da bebê, um novo exame, mas também trazia uma nova esperança. G1 revelou que desistiu de fazer um chá de bebê, pois não haveria clima para tal diante da situação enfrentada. No entanto, num momento de reflexão, relatou que a espiritualidade lhe dava forças para seguir em frente. Outro fator levantado por G1 nesse diálogo com a enfermeira foi o apoio do marido, marido,

---

<sup>10</sup> Síndrome de Down e Síndrome de Edwards eram as duas possíveis síndromes genéticas a serem diagnosticadas no caso da G1. A primeira é caracterizada pela presença de um cromossomo 21 extra no cariótipo do indivíduo e representa a anomalia mais frequente dos seres humanos (SBP, 2020). A segunda é a segunda trissomia autossômica mais frequentemente observada no nascimento e caracteriza-se por um quadro clínico amplo, com acometimento de múltiplos órgãos e sistemas (ROSA et al., 2013).

esse, que desenvolve um papel essencial na vida de G1, a apoia, a acompanha em todas as consultas e exames e é figura chave em sua rede de apoio. A enfermeira é continuamente tocada pela situação e o enfrentamento de G1. Assim, com a relação mais avançada, em uma das visitas, em atitude solícita, estimulou a gestante para que comentasse quais eram os seus sentimentos e também a estimulou para pensar se havia fatores ou pessoas de suporte a esse maternar e a ela como pessoa. A quarta fase do processo de Travelbee foi progressivamente instaurada e o enlutamento trabalhado. Ambas confiavam uma na outra e a enfermeira movimentava cada vez mais a relação para trabalhar a concretude da bebê, promover a interação pais-bebê, com destaque para o toque, a fala, o som. De modo recorrente, G1 reafirmava seu desejo de manter a gestação, mesmo diante das possibilidades de baixa sobrevivência de sua filha. Passava a exercer interações deliberadas com a criança e, em diálogo com a enfermeira decide pela construção da memória desse viver e da relação com sua bebê.

Na terceira visita domiciliar, conversamos sobre o desenvolvimento intraútero e G1 se mostrou muito interessada. Prontamente discorreu sobre o toque, o cantar durante a gestação, estímulos, esses, presentes em quase todos os momentos do seu dia, segundo relatado por ela. Entre uma mistura de reviver a experiência anterior no desenvolvimento e discorrer sobre a atual, fomos deixando a conversa fluir. Saí da visita bastante reflexiva, estamos a construir uma relação de confiança, segura, vejo que a enfermeira visitadora passa a ser alguém do seu apoio nesse maternar (Relato de campo 1).

Concomitante ao estímulo de vinculação e maternagem, a enfermeira visitadora iniciou o mapeamento da Rede de Atenção à Saúde, com vistas a identificar apoios ao cotidiano de G1 e de sua bebê, na ideia de projetar um cuidado, independentemente do tempo prospectado para continuar a gestação.

Nesse contexto, a Terapeuta Ocupacional da equipe disponibilizou um folder educativo com endereço, telefone e as principais funções desempenhadas por serviços da rede de atenção à saúde do município. Na entrega do folder, uma conversa sobre o acionamento da rede, as referências e os serviços foram colocados.

G1 compreendeu a dificuldade de mapear a rede de cuidado diante a incerteza do diagnóstico e relatou não ter conhecimento da rede de atenção à saúde. Ainda que de forma muito breve, percebo que o movimento de mapear a rede fez com que o cuidado se tornasse mais real, mais concreto, passando do simples plano da imaginação. Houve



muita conexão, troca. Nessa visita percebo um grande avanço na qualidade do cuidado e na relação enfermeira-gestante (Relato de campo 2).

O seguimento da gestação de G1 se deu com muitas intercorrências, o que determinou replanejamentos do cuidado. G1 apresentou um polidrâmnio, iniciou um novo pré-natal de alto risco em uma rede de atenção terciária devido à confirmação dos diagnósticos do feto (Síndrome de Edwards, má formação cardíaca, pé congênito), bem como passou a ter uma rotina de exames e procedimentos que foram se instalando em sua vida, inclusive com necessidade de deslocamento intermunicipal. Com a mudança no cotidiano, G1 se viu dividida entre muitos acontecimentos externos que a estavam afetando. A preocupação com o filho se intensificou diante das intercorrências gestacionais, pois G1 se viu ainda mais limitada fisicamente e, agora com um novo agravante, a distância física que obrigatoriamente seria imposta entre os dois.

Na produção de cuidado, começamos a pensar conjuntamente em uma rede de apoio a ser acionada diante tais situações. Tecemos uma rede com muitos nomes para auxiliá-la nessa tomada de decisão e, no fim da visita, G1 relatou quem são as pessoas em quem ela pode confiar. Essa possibilidade de pensar na rede de apoio trouxe conforto para a G1 e, de uma certa forma, a mim também. O marido participou dessa visita e promovi sua inserção na produção de cuidado. Nas visitas anteriores, ele sempre foi citado, mas nunca estava pessoalmente presente. Pode ter se dado o fato de que as intercorrências estavam aparecendo de forma mais recorrente e ele, que sempre foi presente, sobretudo pela questão do risco, se posicionou de uma forma mais próxima. O marido também interveio dizendo que a bebê estava sofrendo por causa do polidrâmnio (Relato de campo 3).

Para o deslocamento intermunicipal, a enfermeira visitadora fez apontamentos a respeito de um benefício financeiro para o transporte. G1 e seu marido foram contemplados com o benefício. Com 37 semanas de gestação, a bebê de G1 nasceu por via cesariana e se comprovaram todas as más formações previamente diagnosticadas, sendo confirmada a Síndrome de Edwards. G1 permaneceu no hospital com quadro de trombose.

A produção de cuidado para G1 foi muito especial. Consegui perceber a construção e a manutenção da relação que estabelecemos e, a partir dessa, notei a progressão de metas e expectativas com relação à sua filha. Primeiro, a expectativa era de que sua filha não nascesse morta. Depois, na concretude do bebê real, sua expectativa era poder carregá-la no colo. Assim, percebi que o acolhimento das suas necessidades, sobretudo o acolhimento emocional, devia ser contínuo e que G1 nunca

encontrou isso em suas consultas, mesmo em diversas situações de criticidade (Relato de campo 4).

Próximo do parto/nascimento, G1 demonstrava apropriação da situação e exercia autonomia em seu viver, não dependente da relação com a enfermeira, apesar de manter contato e relatar os eventos ocorridos com ela, com a bebê e sua família. Denota-se com isso o alcance da quinta fase proposta por Travelbee.

### **5.1.2 Caso 2 – Construção subjetiva da gestação atual**

**Síntese:** Este caso agrega perda gestacional e diagnóstico de epilepsia com uso de medicamento teratogênico, situação na qual, pelas recomendações profissionais, o planejamento gestacional deve ser determinado. No histórico da mulher há uma gestação planejada com desfecho de perda fetal, o que culmina em sofrimentos tanto relativos ao ser mãe, quanto à gestação atual. A intervenção envolve a elaboração de culpas e medos, o plano do parto e a formação do vínculo e do apego com o bebê.

#### **Relato de caso:**

A enfermeira do ambulatório de alto risco compartilhou ser G2 uma mulher potencialmente apta para participar do estudo. Tratava-se de uma mulher em sua segunda gestação, com diagnóstico de epilepsia e com histórico de óbito fetal anterior. A enfermeira do ambulatório julgava que óbito fetal anterior ecoava nessa gestação, motivo pelo qual indicou a mulher para o estudo. O convite para ela integrar o estudo foi feito no próprio ambulatório, em sala reservada, e ela aceitou prontamente.

G2 demonstrava-se reservada, fato que direcionou a enfermeira visitadora a optar por uma atitude centrada na escuta, disparada pela pergunta “conte-me sobre sua vida e gestação”. G2 iniciou sua fala de forma mais contida, porém, ao longo da narrativa, foi se soltando. Iniciou sua apresentação pelo seu diagnóstico de epilepsia, ocorrido aos 13 anos, para o qual realiza tratamento medicamentoso desde então. A conversa permitiu ainda revelar ser G2 uma mulher parda, amasiada, cristã, de 24 anos e que está em sua segunda gestação, não planejada. Ela é natural e residente da cidade em que o estudo foi desenvolvido, os seus pais são separados e tem um irmão mais novo, fruto do relacionamento atual de sua mãe. Com o pai biológico, não mantém muito contato, pois além da dificuldade geográfica (o pai mora em outra cidade),

também há um conflito e um abandono paterno. Aos 20 anos, em seu primeiro relacionamento, planejou ter filhos em conjunto com o companheiro. Iniciou o acompanhamento em UBS e, paralelamente, com um médico neurologista, foram se programando para realizar a troca da medicação de modo que não ocorresse de uma forma abrupta. No entanto, acabou por engravidar antes da troca da medicação, dando seguimento à medicação anterior, fato que, segundo a narrativa de sua história, contribuiu para um aborto com seis semanas de gestação. O processo relacional, dentro da segunda fase de Travelbee, revela angústia, preocupação e medo de um novo aborto e de seu desejo de ser mãe. Nesse contexto, G2 descreve a recomendação de profissionais de saúde para que não engravidasse, sente tristeza profunda com isso e convive solitariamente com esse sentimento, o que culmina em depressão e sucessivas tentativas de suicídio. Partilhar de algo tão sofrido e íntimo revelou-se para a enfermeira quase como que um pedido de ajuda. O sofrimento emocional toca a pessoa da enfermeira e a lança ao encontro daquela mulher, selando a terceira fase da relação ainda no primeiro encontro.

A transição da terceira para a quarta fase da relação contou com esforços da enfermeira em apreender e compreender melhor valores, significados e sentimentos relativos à gestação atual e a relação deles com a história da perda gestacional progressiva. G2 tinha muita dificuldade em falar sobre essa fase, o silêncio e os olhares desviados manifestavam-se durante o encontro e confirmavam a dificuldade em trazer ou até mesmo concretizar o que sentia e pensava. Seu sofrimento psicológico era visível. Assim, dois caminhos foram trilhados na direção de ultrapassar a terceira fase do processo de Travelbee, ou seja, de instaurar a confiança mútua e poder processar o acolhimento a sua dor, medo e talvez culpa.

Todos os sentimentos em relação à gravidez atual se vinculavam ao momento do aborto, à história da gestação anterior. G2 afirmava ter uma sensação de desânimo, medo, preocupação, e desejava manter a gestação em segredo por pelo menos 12 semanas para não correr os riscos enfrentados com a primeira gestação. Concomitantemente, o companheiro atual preocupava-se demasiado, porém havia uma limitação de participação no pré-natal, justificada pela incompatibilidade de horário com as consultas no serviço especializado. Assim, *a priori*, a enfermeira teceu apontamentos sobre a parentalidade, no intuito de auxiliá-los a viverem e desenvolverem essa parentalidade. Afirmava que preocupação e bem-querer são expressões da parentalidade e identificava isso neles.

Ao companheiro, foi ofertada uma conversa com uma aluna da enfermagem que estava a desenvolver uma pesquisa com o Cuidar do pai no pré-natal de alto risco. A G2, uma conversa sobre a criação de vínculo, o desenvolvimento daquela gestação, o crescimento da barriga e as

mudanças do corpo. Essa foi a estratégia adotada pela enfermeira visitadora como forma de incentivar e dar concretude a essas experiências subjetivas do maternar.

Ao mostrar no meu celular um aplicativo de acompanhamento da gestação para que G2 pudesse fazer o download em seu próprio celular, a mesma, em tom de surpresa, me disse que já faz uso desse aplicativo, que a filha dela estava do tamanho de uma ervilha e que, inclusive, utiliza o aplicativo para fazer anotações de como tem se sentido, inserindo suas queixas e sentimentos. Estimulei ainda mais o uso. G2 se mostrou interessada nesse acompanhamento e fiquei satisfeita com a utilização do aplicativo, pois essa interação com a gestação atual se mostrava recurso para a experiência subjetiva (Relato de campo 5).

G2 carrega cicatrizes em seu corpo que refletem a sua história, sobretudo de um período conturbado de vida. Em um segundo movimento e depois de alguns encontros, a enfermeira passou a acompanhar a atualização do *status online* de G2 que, de forma recorrente, realizava postagens com mensagem depressivas e, inclusive, fazendo alusões às tentativas suicidas. Diante de tal situação, a enfermeira acionou a psicóloga do grupo, na tentativa de ajudá-la na possível revelação de nuances que não estavam sendo desveladas na relação.

Hoje a visita domiciliar foi conduzida pela psicóloga do serviço especializado e parceira do grupo. Ela permaneceu em atendimento por mais de uma hora com G2. À gestante foi ofertado a possibilidade de continuar com a terapia em serviço especializado. A psicóloga e eu discutimos o caso, refletimos sobre a importância e a potencialidade de interações que resgatem a alegria e a experiência positiva dessa relação mãe-bebê. De certa forma, me senti esperançosa, com a sensação de que estava a percorrer o caminho correto e de que G2 se lançava nesse caminho, com receptividade (Relato de campo 6).

Paralelamente, G2 foi se desvinculando do histórico de aborto e aproveitando mais o desenvolver da gestação atual. A partir dessa percepção, foi possível abordar temáticas que foram sendo colocadas por iniciativa da própria gestante em um movimento de sempre ir além e desvelar as nuances daquilo que estava sendo colocado e a partir das suas necessidades. Partimos, de fato, para a quarta fase do processo de Travelbee.

Por fim, a produção de cuidado resgatou o seu desejo para a via de parto vaginal.

Percebo que nessa visita, houve empoderamento de G2 com relação às questões referentes ao materno, sobretudo, os seus direitos em ser respeitada e as boas práticas de parto e nascimento. Em um tom de conversa, mostrei fotos de mulheres e seus partos, illustrei e mostrei todos os métodos não farmacológicos de dor. A visita se desenrolou de uma forma muito natural, permanecemos juntas por mais de uma hora e meia. Entre questionamentos e surpresas, G2 participou e demonstrou interesse em ter uma experiência positiva e eu desejo ajudá-la na busca disso. Encontrar-se com G2 nessa visita propiciou um sentimento de estarmos de mãos dadas nessa relação (Relato de campo 7).

G2 chega ao termo e parte pela via por ela escolhida. Considero que todo o processo ativo e empoderado de G2 no parto é uma evidência sugestiva de termos alcançado o *Rapport*.

### **5.1.3 Caso 3 – Sofrimento e medo na gravidez de alto risco não planejada**

**Síntese:** O presente caso retrata a articulação de uma gravidez indesejada e o contexto do alto risco. O medo e a angústia são elementos iminentes neste caso, sobretudo diante de tantas intercorrências e emergências hipertensivas, agravadas e associadas ao não planejamento gestacional. No histórico da gestante, há uma segunda gravidez não planejada, fruto de uma violência sexual que acarretou dor e consequências atemporais a sua vida, incluindo o medo da participação paterna nos cuidados com a filha. As intervenções envolvem a utilização da rede de atenção à saúde, a parentalidade compartilhada e o acolhimento informacional e emocional.

#### **Relato de caso:**

Enfermeiras do ambulatório de alto risco compartilharam as informações de G3, pois detectaram a possibilidade de a mesma integrar o estudo e ser beneficiada por ele, pois viam esse cuidado enquanto necessidade para a gestante. Julgaram tal necessidade mediante o seu diagnóstico – hipertensa, de difícil controle – e relataram ser G3 uma mulher que havia sofrido violência, mas sem muitos detalhes do histórico. O convite para integrar o estudo se deu via telefone. A enfermeira ligou, conversou com G3, lhe explicou toda a dinâmica e fez o convite, que foi prontamente aceito.

A enfermeira agendou a primeira visita domiciliar. No início, houve um longo silêncio por parte de G3 que, sem fornecer mais informações, relatou não se sentir preparada para falar. A sensação foi de que havia um desejo por aquele espaço, quase como se estivesse esperando por aquele momento há muito tempo. G3 quis saber qual era a primeira pergunta. Mulher, branca, amasiada, de 38 anos, e em sua terceira gestação, não planejada. Esta última marcou a primeira visita domiciliar, pois G3 manifestava culpa, medo, uma angústia entre o não querer

mais e o não poder mais, visto a idade avançada e os problemas que a conduziam ao risco gestacional, motivo de preocupação e sofrimento.

Faço aqui um parêntese apenas para contextualizar o caso. G3 residia em uma casa com uma localização geográfica que se diferencia de todas as outras gestantes. Morava em um distrito rural da cidade em que o estudo foi desenvolvido, com isso, as referências de atendimento eram limitadas a uma USF e a uma base do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Como não dirige, o acesso à cidade, ao pré-natal de alto risco e à maternidade fica na dependência de algum familiar para levá-la ou, quando em situação de emergência, o SAMU é acionado. Na época, G3 residia com a filha do meio e seu companheiro atual, mantinha uma relação com sua rede familiar, composta pela filha mais velha, o irmão, o genro, a mãe e o pai, mas concebe a relação como conflituosa, por vezes.

As próximas aproximações com G3 foram evidenciadas pela abertura ao devir. De forma dinâmica e com vinculação, foi notório o crescente interesse de G3 na relação com a enfermeira. Estava a compartilhar sobre sua vida, dentro de sua própria casa, fato que era comprovadamente de intenso conforto, pois a cada fala, a cada partilha, o fazia com crescente exposição das informações. Assim, passou a demonstrar cada vez mais interesse e necessidade de partilhar suas particularidades. Falava sobre os seus sentimentos, as suas angústias, e trazia informações sobre sua vida. Aqui, iniciou-se a segunda fase, a enfermeira se colocou imersa na relação e ambas passaram ao reconhecimento mútuo, a relação se inicia, ambas se percebem.

Nesse contexto, outras revelações foram acontecendo. A enfermeira esforçou-se para compreender e apreender mais sobre o seu materno, sobre a sua vida e as angústias que a cercavam, tão comentadas nas visitas. Em um desses momentos, G3 revelou à enfermeira que devido ao descontrole da pressão arterial, tinha muito medo do que poderia acontecer, tanto no decorrer da gestação, quanto no momento do parto. No momento em que estava a relatar esse medo, já havia necessitado de uma internação clínica para o controle da pressão e, em outros momentos (que somaram mais de dois episódios), buscou a unidade de referência territorial para controle. A cada vez que um novo episódio de internação e/ou intercorrência ocorria, retroalimentava o seu medo, motivo pelo qual a pauta de vários momentos das visitas se voltava ao seu diagnóstico.

No transitar entre a segunda e a terceira fase da relação interpessoal proposta por Travelbee, G3 passou a acionar a enfermeira via mensagens como uma extensão das visitas domiciliares e a enfermeira prontamente passou a dar suporte também em momentos fora da visita domiciliar, pois ali era o suporte clamado pela mulher. A essa altura, enfermeira e

gestante, já em relação, compreendiam uma à outra, de forma autêntica. Em uma das mensagens, G3 revelou sinais de alarme à enfermeira (visão turva, dispneia, dor na nuca, edema).

Instaura-se a quarta fase, imersas em confiança, solicitude, disponibilidade e ajuda, diante de muitas intercorrências clínicas e no reconhecimento de que G3 reside em um local de difícil acesso para atendimentos de urgência e emergência, motivo pelo qual também relata medo. Em diálogo com a mulher, a enfermeira decide pelo acolhimento informacional e emocional enquanto prioridades. Informações sobre os sinais de alarme, a gravidade, os níveis pressóricos e a medicação foram temas escolhidos e trazidos ao diálogo. G3 revelou não confiar no serviço especializado de alto risco, inclusive para as temáticas instrumentais, quando uma médica suspendeu um dos seus anti-hipertensivos, mas não o fez, pois conhece a si mesma e, baseando-se nas suas experiências próprias, considerava tal atitude um risco iminente de complicação.

A G3 tem um risco iminente de complicações relacionadas à hipertensão. A primeira observação que faço nesse caso, mas que venho observando desde quando começamos com as visitas para as gestantes em geral, é que a AB ao diagnosticar e/ou fazer o encaminhamento de gestantes de alto risco para o serviço especializado, deixa de fazer esse acompanhamento em conjunto, pois fornece alta. No caso de G3 em específico, o serviço faz a aferição da pressão arterial da gestante no domicílio, mas G3 não recebe a visita da enfermeira. É uma gestante que precisa de monitoramento contínuo e, ainda, um cuidado relacional pautado no diálogo e na interação. Sinto que a visita domiciliar é um momento desejado e esperado por G3. O caso dela é complexo. Hoje me relatou “ver vagalumes”, fiquei extremamente preocupada com a evolução (Relato de campo 8).

Relação estabelecida, interação de confiança, necessidade premente de diminuir os riscos e progredir com a gestação, a enfermeira se dispôs a ajudá-la também no mapeamento da rede de atenção e na vigilância de sua saúde. Também no movimento de acolhê-la informacionalmente, a enfermeira traçou a rede de atenção à saúde, motivou o uso correto de qual lugar acionar e quando acioná-lo e orientou os direitos de acesso, incentivando a busca pelos serviços, mesmo quando esses não corresponderem às suas expectativas. Afirmava e reafirmava sua preocupação e o receio com o uso dos serviços. De certa forma, a enfermeira também se preocupava com a ausência de cuidado adequado, reconhecendo quão lacunar é o pré-natal do município, partilhava do seu sofrimento e se dispôs à acolhida. G3 depositou na

pessoa da enfermeira uma referência para as situações que lhe deixavam desconfortáveis, questionando os sinais e sintomas e, sobretudo, confiando e coproduzindo o cuidado junto à enfermeira.

Em paralelo, a enfermeira reconhece a necessidade de acolhimento emocional concomitante aos riscos biológicos e à necessidade informacional. No decorrer de outras visitas, G3 revelava os conflitos familiares; e aqui é possível perceber que a enfermeira deixa ser guiada pelas conversas e temáticas que a própria gestante coloca enquanto pauta, quando a enfermeira fez um movimento de escutar, de se mostrar disponível e até de reforçar o seu apoio para esses conflitos.

Particularmente, um dos momentos mais complexos para mim em visitas domiciliares são as situações de conflitos familiares. Ainda que cheio de elementos externos e internos, a produção de cuidado nesse sentido deve ganhar um movimento de não se esquecer do que é melhor para aquela mulher. Hoje, na história de G3, ao me ser revelado um conflito com o irmão, sobretudo diante de uma história de violência, tentei um caminho de sensibilização, mostrando que aquela relação não estava saudável e que pensar nela e na bebê deve ser prioridade. A mãe de G3 tem participado de todas as visitas domiciliares e hoje, em especial, foi muito importante ter trabalhado esse tema com a presença dela (Relato de campo 9).

Havia um sofrimento psicológico escancarado na vida de G3. Desprovida de qualquer julgamento ou preconceito, a enfermeira sempre se dispôs à escuta, à compreensão e à apreensão. Dessa vez não foi diferente, porém, talvez tenha sido um dos momentos mais difíceis da visitação. Em um dos momentos da relação, G3 revelou ter sido vítima de violência sexual aos 15 anos praticada pelo seu próprio tio. A partir de então, a enfermeira passou a compreender o silêncio da primeira visita, a coragem que falava que lhe faltava para compartilhar todas as informações de sua vida e, ainda, a dificuldade em compartilhar a parentalidade com o seu marido. Ainda que seja uma história de 23 anos atrás, ter sido vítima de violência teve consequências longitudinais e atemporais à sua vida.

Dessa relação fruto de uma violência, engravidou e teve uma filha (a primeira gravidez), ou seja, tão pouco planejada quanto a atual. Nas nuances reveladas pela gestante, há alguns elementos que devem ser considerados. Ter sido vítima de violência privou G3 de vivenciar plenamente sua adolescência, como relatado por ela mesma. Passou a se culpar pela situação,



não lhe foi possível terminar os estudos e limitou suas escolhas e perspectivas de vida, que passaram a ser planejadas com a gestação indesejada.

Nessa descrição, G3 conta que atualmente se sente fortalecida para verbalizar a violência sofrida, mas reconhece que há uma desconfiança excessiva e uma barreira para deixar que o próprio companheiro participe dessa gestação de uma forma mais ativa. Esse complexo momento da relação se deu na presença de sua mãe, irmã do tio que a abusou. Depois, a enfermeira refletiu que talvez tenha G3 esperado a presença da mãe para compartilhar essa história, a coragem que lhe faltava e o momento ideal para isso.

A enfermeira visitadora, sobretudo por ser mulher, demonstrou ainda mais interesse em estar com ela, do seu lado, suportando a sua dor. Trabalhou fortemente as questões de gênero, inclusive com inclusão de sua mãe que estava ali presente. A enfermeira retrata que ela foi vítima de uma violência, de um abuso sexual, e que não existe outro adjetivo que qualifique sua participação nesse caso, além de vítima. Isso porque, de uma certa forma, G3 se culpava pelo ocorrido e se culpava ainda mais por não permitir que o seu companheiro participasse de sua gestação, situação justificada por esse trauma na infância.

Depois da revelação de G3, refleti bastante sobre como um trauma pode afetar toda uma vida. É uma história que ocorreu aos 15 anos, mas reverbera na gestação atual. Coincidentemente, G3 é a terceira gestante que revela que a gravidez não foi planejada, mas que o companheiro está extremamente animado e feliz. Nesse caso, ainda que o comportamento de G3 seja totalmente justificável, é preciso trabalhar para que o companheiro exerça esse direito de paternar e que ocorra de forma conjunta com G3, para que ambos desfrutem e tenham uma experiência positiva e compartilhada (Relato de campo 10).

Com uma cesariana de urgência, nasceu a filha de G3. Considero que o *rapport* neste caso foi alcançado, sobretudo ao considerar que uma das necessidades emergentes da gestante era ter voz e vez para que discorresse sobre as violências sexuais sofridas. Com relação à parentalidade, não foi possível a partilha com o companheiro. O medo e o receio do companheiro cuidar de sua filha se intensificaram no nascimento, uma vez que G3 revelou a dificuldade em pensar e/ou permitir que o seu companheiro pegue o bebê no colo, ou exerça cuidados dito mais “íntimos” em suas próprias palavras, pois considera ser esse contato desnecessário e arriscado.

Contudo, o caso de G3 foi extremamente complexo, mas a cada visita, a cada relação, a cada mensagem, G3 se colocava em uma posição de muita gratidão. Percebeu-se que, para ela,

na relação com a enfermeira encontrou a confiança e o vínculo que ela tanto buscava no serviço de alto risco e que somente encontrou a partir das e nas relações em visita domiciliar. Para a enfermeira, foi um desafio estar diante da complexidade e de um contexto interacional que era desejado em todas as relações.

#### **5.1.4 Caso 4 – Tornar-se mãe de um segundo filho**

**Síntese:** O caso quatro retrata a insuficiência do cuidado pré-natal e o quanto a relação é fragilizada nesse contexto. Com isso, informações, suporte, acolhida não são encontradas nesse ambiente, o que faz a gestante movimentar-se para esse encontro na visita domiciliar. Agregados à tais fatores, sentimentos de preocupação e culpa a rodeiam, quando tornar-se mãe de um segundo filho quando o seu primeiro lhe demanda quase toda a sua atenção é o motivo que ganha centralidade nas intervenções.

#### **Relato de caso:**

Pela abertura de acesso ao serviço especializado, as enfermeiras passaram a compartilhar comigo suas agendas de atendimentos, o que facilitou a busca pelas informações e por potenciais gestantes participantes do estudo. Assim, G4 foi encontrada dessa forma, com informações que iam ao encontro aos critérios de inclusão do estudo, somadas ao seu diagnóstico, sua idade e sua idade gestacional. Com poucas informações em mãos e sem a intermediação das enfermeiras do ambulatório, embora a identificação tenha se tornado mais fácil, o acesso à mulher se tornou mais dificultoso, pois por vezes os telefones não estavam corretos, ou os endereços ou, ainda, inúmeros eram os contatos até a obtenção do sucesso da gestante atender.

Assim, após a identificação das informações de G4, a enfermeira fez um primeiro contato com ela, também via telefone. Mulher branca, obesa, em união estável, com 31 anos, em sua segunda gestação, não planejada, todas informações reveladas neste primeiro contato. A enfermeira então conversou com ela, lhe explicou o processo, e solicitou a participação de G4 no processo de visitação. Assim como nos casos anteriores, o aceite veio prontamente, mas a enfermeira detectou um aceite mais restrito, diria até mais desconfiado e, curiosamente, quando aceitou, G4 revelou que essas visitas seriam muito interessantes, pois as via como um meio de confirmar sua adesão à medicação de forma correta, dado que teria algum profissional próximo a ela. Mais tarde, a enfermeira compreenderia por que enxergava esse cuidado quase como uma “fiscalização”.

Iniciou-se, portanto, a segunda fase da teoria de Travelbee. A enfermeira se deslocou até o domicílio de G4, sentou-se em seu sofá e, notando uma certa desconfiança de G4, solicitou que falasse sobre sua vida e sobre sua gestação. Percebeu-se o desejo de G4 iniciar a conversa compartilhando como foi a descoberta dessa gravidez atual, quando revelou que, ao desconfiar estar grávida, foi até a UBS de seu território e que, ao ser atendida pelo médico, o mesmo a desencorajou, relatando ser impossível uma gravidez devido a sua obesidade. Neste momento, sem comentar sobre o relato, a enfermeira não pôde deixar de notar como as relações, se é que se caracterizam como tais, são tão frias, reacionárias, distantes e, por vezes, violentas. A cada visita, a cada relação, confirmava o distanciamento físico e relacional presente no pré-natal.

G4 aparentava um inconformismo com a situação enfrentada, inclusive reconhecendo a falta de cuidado e atenção do médico em questão. Depois, com aproximadamente quatro exames gestacionais negativos, G4 passou a acreditar que realmente todos aqueles sintomas – atraso menstrual, enjoo, vômito, tontura – pudessem não representar uma gravidez, visto que passou a acreditar fielmente no diagnóstico do médico sobre a impossibilidade para tal. Contudo, com um exame de ultrassom, finalmente foi detectada a gestação e, posteriormente, o diagnóstico de hipertensão gestacional. Nesse momento, hipertensa e obesa, veio o encaminhamento para o serviço especializado, acompanhado de um sentimento de alívio, pois já não satisfeita com o atendimento na UBS, vinha se programando para uma tentativa de mudar de unidade de saúde.

Hoje, quando G4 me revelou um atendimento desrespeitoso, fiquei muito reflexiva ao pensar o quanto as mulheres necessitam se empoderar, necessitam de informação e autonomia para que não aceitem ser submetidas a tratamentos desrespeitosos. Me lembrei de uma discussão que tive certa vez nos grupos de pesquisa da universidade, do quanto a chance de episódios de violência obstétrica é menor quando profissionais se deparam com “pacientes informadas”. A visita domiciliar e o pré-natal como um todo possuem esse papel e eu, na figura da enfermeira visitadora, me sinto responsável por esse cuidado (Relato de Campo 11).

Nesse momento, a enfermeira foi notando que, embora mais retraída, G4 demonstrava interesse em conversar e que, com as informações que ali tinham, questionou e incentivou a falar sobre o tema, explorando um pouco mais de suas experiências e sentimentos despertados diante desse materno de alto risco, da troca de atendimento e dessa gravidez não planejada. G4 revelou que, com suas idas recorrentes às consultas no ambulatório, passou a se descontentar com o atendimento também. Relatou ser atendida por estudantes ou pela médica que não lhe

deu a atenção devida, continuou informando a falta de acolhimento e de abertura para suas queixas. Em outro momento, ainda revelou a falta de preparo para o acolhimento do seu companheiro, afirmando que ele não foi acolhido, pois toda vez que tentava fazer uma intervenção ou um questionamento, ora era desestimulado pela médica, ora não recebia respostas.

Na transição entre a fase dois e três do referencial, à essa altura, a enfermeira já sentia reciprocidade na relação. Estabelece-se um desejo de ajuda, de aliviar toda aquela angústia diante dos atendimentos e de permitir enfrentamentos em casos de recorrências das situações. A enfermeira dispôs-se a ajudar e, encontrou em G4, a reciprocidade para essa ajuda.

A partir das revelações, a enfermeira visitadora passou a estabelecer uma relação de ajuda. Primeiro, a enfermeira, baseando-se em e valorizando o diálogo, de forma autêntica, sem autoritarismo, tematizou sobre abordagens violentas e sobre os seus direitos a um atendimento digno e de qualidade. De uma forma bem explícita, a enfermeira teceu apontamentos de como as políticas e os programas de pré-natal recomendam consultas, quais assuntos devem ser abordados, como deve ser o modelo em saúde prospectado, os exames e o seguimento.

Com a relação mais avançada, inicia-se a fase da simpatia. Havia confiança entre si e à essa altura já estavam vinculadas, embora isso tenha acontecido de uma forma mais tardia, de acordo com a enfermeira visitadora. Assim, nas visitas subsequentes, observava-se que G4 tinha um sentimento de pertencimento àquele espaço, afinal, era a sua casa e a sua vida. Com isso, sentiu-se livre em abordar a enfermeira nas suas necessidades, quando perguntas que não lhe eram respondidas no pré-natal foram colocadas em visita. Aqui, com a relação que se estabeleceu entre enfermeira e gestante, os movimentos foram autênticos, permitindo que a gestante discorresse sobre as suas principais dúvidas e que a enfermeira as respondesse e, numa atitude solícita, lhe desse o acolhimento informacional necessário

Referente à temática do parto, e por iniciativa própria, a própria gestante compartilhou mais uma vez seus sentimentos, ora contando sua experiência anterior, ora relatando experiências de colegas e/ou experiências que ouvia na sala de espera do serviço especializado. Nesse desenrolar, previamente a qualquer intervenção informacional sobre o tema, G4 se posicionou a favor da cesariana, considerava estar mais preparada para a operação, pois sentia medo do desconhecido e revelou desejo em realizá-la.

Quando a abordagem era sobre parto, direitos sexuais e reprodutivos, as enfermeiras visitadoras sempre defendiam o saber, a experiência, a informação e a escolha consentida da mulher. Por essa razão, diante de uma escolha pré-determinada pela gestante, a enfermeira

tomou partido de fornecer informações baseadas em evidências científicas, questionar, amparar e dar suporte aos medos e anseios de G4, buscando compreender o seu desejo e orientar a mulher sobre ambos os procedimentos, as reais recomendações, vantagens e desvantagens e, com o suporte informacional necessário, apoiá-la e ajudá-la em sua escolha.

Hoje, conversamos sobre o parto. Como estratégia, busquei fazer comparações entre as vias de parto, sempre buscando passar a ideia da importância de ser um processo natural, fisiológico, mas sobretudo, livre de danos, independente da via escolhida. Trouxe também relatos de mulheres que passaram por ambas as operações. Sugeri o filme “O Renascimento do Parto” para G4 assistir. Nessa visita, a sogra de G4 esteve presente, inclusive tecendo comentários e participando. Ambas relataram que conscientemente reconhecem ser o parto normal a melhor escolha, mas G4, após a conversa, ainda optou pela cesariana. Respeitei sua decisão e dei suporte para que fosse possível ser uma experiência positiva (Relato de campo 12).

G4 reside com o companheiro e o filho mais velho de nove anos, esse, autista, e fruto de um outro relacionamento. Ela conta com uma rede de apoio composta pelos pais, pelo companheiro e pela sogra para auxiliar na dinâmica familiar e nos cuidados ao filho. Contudo, é a cuidadora principal, a referência do filho e a pessoa de maior vinculação com ele, fato que a sobrecarrega, gera sentimentos de culpa por estar gestante de um segundo filho, não planejado, assim como medo e preocupação. Em relação ao seu corpo, relatou dores, tontura, fraqueza, dores abdominais nunca antes sentidas. Com relação aos seus sentimentos, revelou estar ansiosa para que tudo passasse rápido, pois seu filho mais velho vinha apresentando comportamentos de “chamar a atenção” e ela, pela condição de autismo do filho, sabia o quanto o impacto na rotina dele iria alterar o seu desenvolvimento e desempenho escolar.

Ao ser questionada sobre os seus sentimentos, G4 revelou estar ansiosa para que tudo acabasse. Nessa visita, comentou como tem sido difícil manter a rotina do filho mais velho, pois vem enfrentando limitações físicas em relação ao seu corpo. Já não consegue levá-lo à escola e contou dois episódios de quando acionou o pai para levá-lo, porém seu filho nem ao menos desceu do carro. Ajudá-la no enfrentamento dessa situação estava aqui se traduzindo como uma necessidade, sobretudo diante do sofrimento revelado e causado por esse contexto. Nessa visita, percebo que construímos uma relação de reciprocidade, G4 gostaria de receber o cuidado e eu desejo cuidar (Relato de campo 13).

Com isso, todas as nuances de vida, de gestação, preocupação e sofrimentos tocaram a enfermeira para o encontro, para a relação e para a ajuda no enfrentamento. O corpo sempre foi

elemento de julgamento de terceiros e de profissionais de saúde nas relações de cuidado com G4, o que culminou, mesmo sem verbalizá-lo, no sentimento de que o seu corpo não funciona de forma adequada, de que não pode engravidar e tampouco parir de forma natural e, somente nesse momento da relação, a enfermeira compreendeu o porquê no aceite em receber visitas. G4 as justificou pela necessidade de alguém que a supervisionara na adesão ao medicamento, pois, de forma implícita havia o sentimento de que se a sua pressão arterial não se mantivesse em níveis pressóricos aceitáveis no padrão, era o seu corpo manifestando o mal funcionamento. Somente em um nível mais avançado da relação, imersas na fase quatro, é que esse nuance se tornou clara para a enfermeira. Com isso, tocada por toda a história manifestada, na tentativa de conscientizá-la sobre o seu corpo, mostrar as principais queixas, as modificações gravídicas, o desenvolvimento e o crescimento intraútero, a enfermeira a acolheu de forma informacional.

Também, diante de alusões e dificuldades no manejo com o filho autista, a enfermeira acionou a terapeuta ocupacional do grupo para que lhe auxiliasse com a rede, com as recomendações e, ainda, teceu apontamentos sobre o ser mãe de um segundo filho, visto que ficaram evidentes sentimentos duais com relação a essa gestação. A enfermeira notou que G4 clamava por intervenção, por mais informações e, até mesmo, desejando uma certa garantia de que esse segundo filho não apresentasse autismo, como o primeiro, para ela essa possibilidade era vista como um limite. Quando estimulada a falar sobre os sentimentos de ser mãe de um segundo filho, G4 relatou sentir-se feliz pela gestação, mas preocupada em como preparar o filho mais velho para tal, sentia-se ansiosa para que tudo passasse rápido, mas não estava se conectando com aquela gestação, devido à culpa.

Para essa visita, realizei anteriormente a leitura do artigo “Abrindo espaço para um segundo bebê: impacto na constelação da maternidade” e levei alguns aspectos para G4. Ela é a cuidadora principal do filho e anseia o fim da gestação, mas para essa produção de cuidado, percebi a necessidade de um momento entre a mãe e a gestação, entre a mãe da segunda criança e o seu corpo, entre a mãe que vem se preparando e se culpabilizando pelo segundo filho (Relato de campo 14).

Próximo do parto, G4 demonstrava mais tranquilidade e nitidez com relação ao uso da rede de apoio para auxiliá-la com o filho mais velho, quando a escola, seus pais, o sogro e a sogra, foram acionados por ela enquanto potenciais suportes para o início do puerpério. Assim, a enfermeira notou certa autonomia e independência, G4 demonstrava estar preparada. Com isso,

o nascimento se deu via cesariana, como foi seu desejo e denotam-se esses aspectos articulados com o alcance do *rapport*.

### 5.1.5 Caso 5 – Construção da parentalidade compartilhada

**Síntese:** O caso cinco retrata a interpelação da insuficiência do atendimento pré-natal com o sofrimento emocional de uma mulher que, diante de uma gestação parcialmente planejada, com um jovem, sendo ela em idade mais avançada, não aceita pelos filhos, se vê diante de sentimentos duais em relação ao exercício da parentalidade do companheiro. Ademais, há preocupação pelo momento do parto, pois, na insuficiência de cuidado e, mediante seu histórico, tal momento não tem aviso prévio e, com isso, sente medo de não ser assistida. Dar suporte ao desenvolvimento da parentalidade, bem como promover a autonomia para o momento do parto constituíram-se como intervenções principais.

#### **Relato de caso:**

No espaço físico do serviço especializado, a enfermeira visitadora, estando a folhear o caderno, encontrou informações sobre G5, que se somaram aos critérios de inclusão e à informação de que era a sua quarta gestação, sob a condição de alto risco devido à hipertensão arterial. Com tais informações, entrou em contato com G5 e, logo na primeira tentativa, conversou, explicou o estudo, solicitou sua participação e G5 prontamente aceitou. Acontece que, na primeira visita agendada, G5 não respondeu aos chamados da enfermeira, o que a fez pensar sobre uma possível desistência, pois, ao aceitar não havia verbalizado nenhuma manifestação de interesse, pareceu ter apenas uma certa curiosidade em saber do que se tratava.

Contudo, em duas outras tentativas, enfermeira e gestante agendaram a visita e assim aconteceu. A fase das identidades emergentes ocorreu logo no primeiro encontro, para surpresa da enfermeira visitadora, pois, acreditando na demora e no pouco entusiasmo de G5 ao aceitar, julgou que talvez a relação demorasse a ser construída. A enfermeira iniciou a visita como de praxe, “conte-me sobre sua vida e sobre a sua gestação”, quando G5 trouxe estar em um relacionamento relativamente recente com um companheiro 10 anos mais jovem, motivo de extrema preocupação para ela, pois é desconfiada, insegura, e tem medo de que o companheiro não desenvolva uma parentalidade que corresponda às suas expectativas. Expressava muita preocupação, sobretudo por revelar que após o relacionamento anterior de 15 anos de duração com o pai dos seus três filhos permaneceu por 10 anos sem envolver-se com ninguém.

A enfermeira não deixou de notar que tal pauta estava a perturbar G5, amasiada, com 35 anos e com uma gestação parcialmente planejada oito anos após da sua última gestação. A enfermeira deixou-se levar pela interação a partir da e na autenticidade da gestante, no vai e vem das informações que estava a contar à enfermeira, a princípio para identificar, observar e compreender esses sentimentos que a rodeavam e, depois, na transição da segunda para a terceira fase, com outras visitas já acontecendo, passou a acolhê-las. G5 se autointitulou nervosa, estressada, reconhecendo que a gestação aflorou ainda mais tais sentimentos, fato que tem impactado diretamente em seu relacionamento com o marido, e com isso verbalizava sentimentos de culpa. Nesse momento, a enfermeira compreendeu, diante dos valores de uma sociedade – uma mulher mais velha, grávida de um jovem, divorciada, com três filhos mais velhos que lhe cobravam presença e não aceitavam o relacionamento atual – o quanto aquela mulher se culpava por aquela gestação, sentia o peso da história e necessitava falar. Reconheceu que enfrentou algumas alterações emocionais. Enfermeira e gestante estavam imersas na relação, de forma autêntica e recíproca.

A enfermeira então explorou mais os relacionamentos, buscando compreender esse lugar de desconfiança, insegurança, quando G5 revelou que a) sente-se insegura em relação à forma como o companheiro vai acompanhar a sua gestação e o nascimento da criança por considerá-lo imaturo e, b) sente-se insegura em como esse relacionamento vai se desenvolver, uma vez que o companheiro é 10 anos mais novo que ela. De fato, eram motivos para o sofrimento emocional de G5, que ora expressava o desejo de que o companheiro participasse da gestação e do nascimento, ora revelava um certo medo de abandono por parte dele – os sentimentos eram duais.

A partir das revelações, a enfermeira visitadora foi observando que já estavam criando uma relação de reciprocidade e vínculo. Nesse passo, a enfermeira foi estabelecendo, *a priori*, uma relação de escuta. O incentivo, aqui, foi para que G5 falasse sobre seus sentimentos reais, suas aflições, seu olhar sobre a sua própria história, uma vez que ela revelou que não se sentia livre e disposta a conversar com ninguém sobre esses acontecimentos; inclusive, que não se sentia à vontade para conversar com o companheiro sobre seus sentimentos, mas, a partir dos encontros, passou a revelar todas essas particularidades para a enfermeira.

A confiança foi estabelecida, progressivamente aumentando o vínculo, partilhando uma com a outra. A enfermeira então explorou o relacionamento anterior, a fim de comparar os sentimentos, os valores e a relação de parentalidade. Foi quando G5 revelou que seu último relacionamento, com o pai de seus três filhos, quase culminou em agressão física por parte dele



e, com isso, G5 passou a ser uma mulher insegura, sem muita confiança no companheiro, e se privou de investir em novos relacionamentos, até encontrar o atual parceiro. Diante da compreensão da história de vida de G5, e nesse momento de interação enfermeira-paciente, a enfermeira visitadora estava imersa na quarta fase, encontrou reciprocidade e havia um desejo de se encontrarem, ambas em relação de ajuda. Apontamentos sobre mudanças hormonais, conscientização de G5 dos possíveis efeitos traumáticos do seu relacionamento anterior que reverberavam em sua história atual e esclarecimento dos caminhos que poderiam auxiliá-la no preparo do companheiro para a paternidade foram estratégias da enfermeira. Concomitantemente, a enfermeira foi apoiando-a, auxiliando-a e ajudando-a nesse processo, ao passo que, ao longo das visitas, G5 foi verbalizando que estava mostrando a barriga para o seu companheiro, estimulando-o a conversar com o filho, bem como trazia outros elementos que foram apoiados pela enfermeira nesse processo, no compartilhamento desse paterno. A intenção era de que o casal construísse uma relação outra, que o fizesse experienciar em conjunto, de forma positiva, essa parentalidade. A enfermeira sai com o sentimento de que G5 e seu companheiro merecem esse momento, merecem se permitir e experienciar tudo o que a gestação lhes oferece.

Percebo que G5 se sente insegura com relação ao relacionamento e não promove abertura para que o companheiro participe. Aproveitei a relação de confiança que estávamos estabelecendo e, nessa visita, busquei vestígios do interesse dele em participar e desenvolver a paternidade, e as respostas foram afirmativas: ele possui desejo, só falta incentivo. Quando orientei sobre a participação dele em consultas e exames, a mesma afirmou que o acolhimento dele em tais ambientes é bastante insatisfatório, quase nulo, pois eles já haviam tentado (Relato de campo 15).

Infelizmente, o fazer dos espaços destinados ao pré-natal não ia de encontro às relações estabelecidas em visita domiciliar. A participação do companheiro em exames e consultas de pré-natal foi limitada. As redes de saúde pouco o acolhiam, inclusive no serviço especializado. Vemos, com isso, um outro elemento que gera sofrimento, decepção, e retroalimentava a não inclusão desse parceiro. Cabe mencionar aqui que, até o momento, G5 foi a única gestante que recebeu pré-natal em serviço especializado concomitantemente à AB.

A sala de espera no serviço especializado é um lugar muito significativo para G5. Ela que me revelou não conversar com muitas pessoas sobre seus sentimentos e suas queixas. Tem a sala como um local em que

dialoga com outras mulheres, divide experiências e, percebo que para ela essas conversas são importantes. Nessa visita, me trouxe a participação excessiva de estudantes durante a consulta pré-natal, relatei que se trata de um local de ensino, mas que obrigatoriamente eles precisariam respeitar a sua privacidade. G5 me trouxe que não sente a privacidade respeitada. Depois dessa conversa, fiquei pensando o quanto a voz das mulheres é silenciada, sobretudo na continuidade de um cuidado que é explicitamente verbalizado enquanto descontentamento (Relato de campo 16).

Cada vez mais, sentia-se insatisfeita com as relações estabelecidas em consultas pré-natais. Revelou que, no início, fazia o movimento de levar dúvidas, mas que no decorrer das consultas desistiu, pois reparou que para ambos os médicos que a atendiam tudo era normal e não deveria ser motivo de preocupação por parte dela. Com isso, passou a somente buscar as informações durante as visitas domiciliares e, quando necessário, antecipava essas dúvidas à enfermeira por mensagem de celular.

Nessa produção de cuidado, o descontentamento de G5 com o pré-natal ofertado ficou muito evidente. A cada visita, G5 fazia apontamentos sobre o cuidado recebido no serviço especializado. Relatava que a cada consulta, todas as perguntas e queixas que fazia à médica, obtinham a mesma resposta “é normal”. Com seu descontentamento, deixou de fazer questionamentos e sempre me buscou para o esclarecimento de dúvidas. Em um certo ponto, a satisfação de ter estabelecido uma relação de confiança é muito satisfatória, no entanto, mais uma vez denota a fragilidade do pré-natal. É preciso uma reflexão sobre o modelo de assistência. Saio dessa visita pensando que o espaço do pré-natal também é passível de estabelecer uma relação pessoa-a-pessoa, só depende da forma como o profissional se coloca diante à mulher (Relato de Campo 17).

Tocada pelo trilhar da relação, a enfermeira foi observando o caminhar das visitas e percebeu que, comparado com o caso anterior, é quase que cronológica a confiança estabelecida. É só a partir dessa relação que as gestantes começam a confiar mais na enfermeira em comparação ao serviço, questionam, perguntam e refletem sobre coisas durante a visita domiciliar, abdicam de fazê-las no consultório. Por várias vezes, G5 teceu apontamentos de que não possuía tal relação nas consultas de pré-natal.

Nesse ínterim, sem confiar no pré-natal, ela trouxe a preocupação em relação ao trabalho de parto, temática pouco acolhida durante as consultas. Ela relatou que em suas três gestações anteriores o trabalho de parto foi muito rápido, inclusive sem dor e sem aviso prévio de que o período expulsivo iria acontecer. Com isso, sentia-se novamente apreensiva para esse momento

e tinha medo de que o bebê nascesse em casa, sobretudo na presença do companheiro atual, que nunca viveu tal experiência.

Para o acolhimento dessa temática, a enfermeira visitadora sempre incentivou que, mesmo diante da lacuna assistencial por parte do serviço especializado, G5 continuasse levando essa sua preocupação para debate, pois é importante que seus anseios e medos fiquem registrados. Mas, no entendimento de que esse acolhimento é quase que restrito na relação que se estabeleceu em visita domiciliar, a enfermeira fez o movimento de explicar e dar informações minuciosas sobre contrações de treinamento, sinais e sintomas de trabalho de parto, contração, dilatação e outros fatores relacionados, para que G5 se empoderasse e reconhecesse os sintomas que vão para além da dor, dado que são sinais vitais pouco presentes em seu trabalho de parto. Ademais, a fim de trazer o companheiro para esse momento também, a enfermeira incentivou que G5 reaplicasse essas informações com o marido, para que ele saiba reconhecer e auxiliar no momento oportuno.

Perto do nascimento/parto, G5 enviou uma mensagem para a enfermeira visitadora, revelando estar sentindo o momento chegar, pois estava a reconhecer as modificações do seu corpo. G5 pariu, num parto vaginal tranquilo, sem intervenções, acompanhada de seu marido que, inclusive, teve a possibilidade de cortar o cordão umbilical e assim o fez. Em outra mensagem, G5 relatou que se posicionou durante o trabalho de parto para que os profissionais garantissem a sua privacidade, pois queria viver aquele momento sem a presença excessiva de estudantes. Considero ter alcançado o *rapport*, G5 estava preparada a exercer sua autonomia não dependente da relação com a enfermeira.

#### **5.1.6 Caso 6 – Uma nova experiência menos solitária**

**Síntese:** O presente caso aborda o trauma de um parto prematuro anterior com o risco iminente para nova ocorrência na gestação atual. A intervenção principal foi o acolhimento emocional desse medo, para que a mulher pudesse seguir em frente, com mais autonomia e de forma menos solitária. A enfermeira visitadora esteve junto à gestante, estabelecendo uma relação para que uma nova experiência de cuidado, de vida e gestação, pudesse ocorrer.

#### **Relato de caso:**

De volta ao ambulatório de alto risco, as enfermeiras ofertaram a informação de que G6 poderia ser uma potencial participante. As informações obtidas foram que a sua terceira

gestação era gemelar, após um aborto, biplacentária e que um dos fetos veio à óbito. Julgavam ser esse o principal motivo da necessidade de visita e, com isso, intermediaram uma conversa entre enfermeira visitadora e gestante. A enfermeira prontamente se dispôs para uma conversa, chamou G6 em uma sala, apresentou o trabalho e, para a sua surpresa, G6 aceitou com tanto entusiasmo, que destoou de todas as outras gestantes.

Ao apresentar o trabalho para G6, foi nítido ver o seu entusiasmo. Em consequência, também fiquei entusiasmada e animada com a resposta de G6. Era uma das primeiras gestantes que eu estava a oferecer a visita domiciliar e o seu entusiasmo me deu certa esperança de que outras mulheres pudessem aceitar essas visitas com a mesma intensidade de desejo (Relato de campo 18).

Antes de dar início às fases subsequentes propostas por Travelbee, abro um parêntese aqui para compartilhar outras informações referentes à G6. Durante uma reunião com a equipe multidisciplinar que dava suporte ao projeto, discutíamos casos e prospectávamos intervenções, quando foi compartilhada a informação de que G6 residia em uma área rural, de difícil acesso e geograficamente mais distante da cidade de desenvolvimento das visitas, limítrofe ao município. Tal elemento destacava-se como um dificultador da visita domiciliar, visto que a região era de difícil acesso por ser uma área rural, o que dificultaria o deslocamento das enfermeiras visitadoras – e assim foi compartilhado em reunião. Contudo, as enfermeiras visitadoras conversaram, pois já haviam sido tocadas pelas poucas informações que obtinham e, sobretudo, pela manifestação entusiasmada de G6. Decidimos que não havia possibilidade de negar tal cuidado, de alguma forma nós já sentíamos responsáveis por ele.

Esse movimento marcou a entrada na fase 2 da relação proposta por Travelbee, com a abertura da mulher à enfermeira, a primeira visita domiciliar foi agendada. Ao passo que dirigia até a sua residência, em uma área rural, a enfermeira foi observando a região, era de pouca sinalização e de difícil acesso, principalmente nos dias chuvosos, com poucos vizinhos. Conforme andava, a enfermeira refletia como era gestar sob alto risco e estar isolada em um local tão ermo. A enfermeira sentiu por ela sua solidão e mais tarde percebeu o quão importante era para ela ser cuidada ali no seu espaço. Mais do que tudo, ela queria não se sentir sozinha.

Já tocada por todas as suas reflexões, a enfermeira chegou à sua residência, iniciou a visita e, conseqüentemente, a fase 2, quando novas informações foram reveladas pela gestante. Mulher, negra, em união estável, com 38 anos, revelou um diagnóstico de hipertensão arterial já em sua primeira gestação, o que culminou em um nascimento prematuro com 35 semanas. Precisou ser encaminhada para cesariana, pois, segundo ela, sua bebê não estava se

desenvolvendo. E assim, ao longo do primeiro encontro, ficou evidente o sentimento de medo de G6, revelado explicitamente por ela na relação que estava ali se estabelecendo. Pelo tom, o movimento da conversa e as mensagens implícitas ali presentes, a enfermeira não deixou de notar que havia uma incerteza e uma preocupação de ocorrer o mesmo com a gestação atual – era motivo de sofrimento para ela. E, mais uma vez, a reflexão da enfermeira veio à tona, mais do que tudo, ela não só não queria se sentir sozinha, ela não queria estar sozinha.

No decorrer da conversa, ainda relatou que tinha consciência de que um trabalho de parto prematuro pode ocorrer por intercorrências da gestação, mas por diversas vezes revelou não saber o desejo da médica, referindo que se a sua pressão não se regulasse, a médica iria querer adiantar o processo, como se a decisão se desse de forma unilateral, apenas por escolha médica. Nesse momento, a fase dois e a três já se intercalavam, a enfermeira queria estar ao lado, suportando-a, visitando-a e a gestante, com reciprocidade, assim também o queria.

À medida que as visitas foram ocorrendo, a enfermeira observou que G6 sempre estava a trazer aspectos de sua última gestação. Assim, se colocou à disposição para uma intensa escuta do ocorrido, contudo, questionava o motivo de não conseguir produzir outros diálogos com a gestante para além da situação anterior. De certa forma, tal cenário promoveu inquietação e reflexão da enfermeira, até que a enfermeira confirmou que havia a possibilidade de a gestante estar sentindo medo de viver a mesma experiência. Então, a enfermeira se dispôs a explorar realmente o fato, estabelecendo uma relação de ajuda, pois era preciso gerar uma compreensão em G6 do que ocorreu para que a mesma pudesse seguir adiante. Construída a relação de confiança, iniciou-se a fase quatro, quando a necessidade de progredir e enfrentar esses conflitos inerentes à primeira gestação se colocaram enquanto uma solicitação de ajuda clamada pela mulher e atendida pela enfermeira.

Nesse sentido, a enfermeira visitadora abordou os riscos reais de um novo parto prematuro, mas conscientizou G6 sobre todo o processo que está articulado a tal desfecho. Fez apontamentos sobre o controle da pressão, o desenvolvimento intraútero, a maturidade fetal e todos os outros fatores associados, bem como sobre o sentimento vivenciado pela mesma. Uma das estratégias utilizadas pela enfermeira nessa situação foi a demonstração de todos esses elementos através do lúdico, quando desenhos foram realizados pela mesma. Posteriormente, exames (doppler, ultrassom) também foram apresentados e se manteve um diálogo com G6, ilustrando as diferenças e comparando resultados.

Nesse momento, a enfermeira estava totalmente disposta a ajudar G6 a superar o seu sofrimento e G6 demonstrava assim o querer. Passou a tirar dúvidas, questionar os termos

técnicos que não compreendia em consulta no ACEG e, em troca, foi bem acolhida nesse novo cenário. Com essas novas relações que começaram a se criar, G6 foi ganhando confiança e observando as diferenças de uma gestação para a outra. Compreendeu os riscos, mas compreendeu também todas as fases de desenvolvimento e crescimento do bebê, aceitando sua condição real e entendendo a sua complexidade. Todas essas nuances foram observadas pela enfermeira, que compreendeu a importância de passar por todas as fases do processo de Travelbee, até que a confiança seja suficientemente estabelecida para gerar um resultado benéfico.

Com 36 semanas de gestação, a pressão arterial de G6 passou a desregular-se, com valores muito elevados. Observando a complexidade do caso e a possibilidade de complicações, nas visitas subsequentes, a enfermeira foi tecendo apontamentos reais, explicando o diagnóstico, os riscos e a possibilidade de internações para regularizar a pressão. Ao retornar para uma visita agendada, a enfermeira visitadora foi comunicada pela própria G6 que a mesma se encontrava em atendimento médico. Prontamente, a enfermeira se deslocou até o local.

Quando cheguei no ACEG, ela estava entrando no consultório médico, sua PA estava 190x130mmHg. Quando saiu da consulta, seu semblante era de preocupação, pois a orientação recebida é de que fosse até a Maternidade para internação e possível cesárea nas próximas horas. Seu desejo era de ser essa segunda gestação um momento mais planejado, com seu tão sonhado parto normal. Seu celular não estava funcionando, a mala do bebê não estava pronta (Relato de campo 19).

Enfermeira e gestante se dirigiram à maternidade. A enfermeira esteve presente durante todo o momento, posicionando-se do seu lado e ganhando o reconhecimento de G6, que a apresentava como a enfermeira que lhe acompanhou durante o processo de gestação. Diante das necessidades e do risco real de uma cesariana, a enfermeira auxiliou G6 e atuou enquanto rede de apoio, comunicando-se com os familiares e solicitando a presença dos mesmos. A enfermeira refletiu sobre a relação estabelecida com G6, o quanto alcançou potencialidade para o cuidado, G6 não estava sozinha.

Nesse momento, o que ela mais queria era ter um acompanhante, eu era essa pessoa. Se eu não estivesse ali naquele dia, ela não teria ninguém. Seria internada sozinha e passaria por suas angústias sozinha. [...] Saímos do exame com a sensação de que as notícias não eram tão ruins quanto pareceram. Mas ninguém nos esclareceu nada, apenas que a G6 seria internada. Estávamos ali em sintonia, conversando, pensando nos próximos passos. Ela disse que as informações que dei sobre seu

diagnóstico e os impactos na gestação foram muito importantes, agora ela o entendia. Nesse momento ela se abriu, contou os detalhes mais íntimos de sua vida. Fiquei com ela até o esposo chegar (Relato de campo 20).

Assim, com uma cesariana de urgência, nasceu o bebê de G6. Olhando para todo o contexto complexo, a apropriação de sua própria história e de sua vida, considero que o *rapport* foi alcançado. Quando o esposo chegou, a enfermeira sentiu que G6 poderia seguir dali de forma bastante autônoma, sem a dependência da relação.

### 5.1.7 Caso 7 – Resignificar o cuidado de si

**Síntese:** Este caso retrata a articulação entre o alto risco e uma certa negligência entre o cuidado de si, mantendo comportamentos de risco durante toda a gestação. No histórico de sua história, há crise de ansiedade, óbito fetal, sentimento de culpa e lacunas assistenciais. As intervenções foram realizadas no sentido de resignificar esse cuidado de si, com acolhimento emocional, buscando comportamentos, ações e ocupações prazerosas, significativas, e que acarretassem uma gestação com menos riscos.

#### **Relato de caso:**

No ambulatório de alto risco, a enfermeira visitadora encontrou o nome de G7 para consulta especializada. As informações encontradas foram ser gestante, tabagista, sob diagnóstico de hipertensão arterial e havia localização de sua residência. Com essas informações, a enfermeira fez o primeiro contato via telefone com a mulher. Explicou o estudo e a convidou para participar, convite que foi aceito, sem muito entusiasmo, mas relatando que não haveria problemas em ir à casa dela.

G7 demonstrava-se extremamente desconfiada, fato que direcionou a enfermeira a assumir uma atitude mais explicativa, questionando um pouco mais, no sentido de explorar mais sua vida e gestação, mas sempre justificando e realizando reflexões para que G7 compreendesse o fazer da enfermeira ali. Por sua vez, G7 apenas respondia aquilo que lhe era perguntado, limitando as suas respostas sempre a sim e não. A enfermeira deixou a relação fluir do jeito que estava sendo ali construída, ora incomodada, ora com insatisfação, mas foi aprendendo a lidar com a ansiedade de não obter respostas ou sucesso de forma imediata. O movimento da enfermeira foi de observar e entender os comportamentos que estavam sendo expressos.

À medida que mais duas visitas ocorreram, a enfermeira foi refletindo e conhecendo um pouco mais a gestante. A transição entre a fase dois e três foi mais tardia, ainda assim, G7 forneceu informações sobre sua vida, ainda que de forma mais tímida. É uma mulher negra, amasiada, de 32 anos, tabagista e está atualmente em sua terceira gestação, não planejada. G7 reside com o companheiro e o filho mais velho, fruto de um outro relacionamento. A casa é frequentada pela mãe, pela avó e pela tia. G7 exerce função de manicure e cabelereira em um salão, localizado a dois quarteirões de sua residência.

Percebo que esses encontros têm sido mais desafiadores. G7 me parece uma mulher que se esconde atrás de uma armadura. Ela se demonstra fechada, brava, como alguém temperamental e que se descontrola facilmente, inclusive verbalizando esses comportamentos. Observo que G7 não se sente confortável em transparecer suas vulnerabilidades. Para a visita de hoje, deixei fluir, me posicionei mais na escuta e menos na intervenção (Relato de campo 21).

Ao passo que as visitas foram acontecendo, a gestante revelou que aquelas visitas não estavam sendo o que ela imaginaria ser. Revelou que, quando a enfermeira entrou em contato com ela, acreditava ser o ambulatório de alto risco ou a unidade básica de saúde que frequentava, pensava que eram as próprias Instituições oferecendo a visita. A enfermeira então ficou reflexiva e tentou compreender ainda mais o comportamento de G7. Progressivamente, foram construindo uma relação de confiança, vínculo e reciprocidade, G7 passou a expor sua vida e gestação, como não o fizera antes.

Assim, a relação foi ganhando espaço entre a gestante e a enfermeira, agora, imersas na terceira fase, G7 passou a compartilhar dos seus sentimentos, da sua vida e das experiências da gestação. Revelou que em 2012 perdeu o seu segundo filho, com 37 semanas de gestação. Por ser tabagista, foi culpabilizada pelo trágico desfecho, desejou permanecer sozinha no período da internação, teve seu relacionamento desfeito simplesmente pelo fato do pai e ex-companheiro não desejar aquela criança, revelou ainda não ter tido apoio das Instituições de saúde após o episódio. Com isso, G7 revelou ter desenvolvido crises de ansiedade, fato que impactou a sua vida para sempre. Nesse momento, a enfermeira não deixou de refletir sobre os rumos da relação, a estratégia de deixar a relação fluir não edificou o cuidado e, pela primeira vez, a enfermeira observou que G7 passou a demonstrar suas fragilidades emocionais que, até então, estavam guardadas dentro dela. A cada nova revelação, a enfermeira ficava com a percepção de ser G7 tão reprimida que encontrou naquele espaço uma certa apropriação.



A partir de então, com a confiança estabelecida, compartilhou abertamente seus sentimentos e suas vulnerabilidades. Referiu crises de ansiedade, com tratamento e consultas psiquiátricas. Durante as crises, sempre teve acesso às Instituições de Saúde – serviço especializado, AB e Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Contudo, assumiu fazer uso de forma irregular das medicações prescritas, por vezes negando as crises de ansiedade e desmerecendo as terapias com psicólogas, sempre referindo não acreditar na abordagem e no cuidado terapêutico. Ainda sobre o cuidado de si, G7 relatou que não fazia exames periódicos ou qualquer tipo de acompanhamento regular. Quando questionada, relatou que não desejava procurar doenças. Para o momento, G7 afirmou ser sedentária, sem desejo de mudança, relatou não comer bem por preguiça de cozinhar, afirmou que por vezes esquece a medicação e assume comportamentos de risco, como ser fumante ativa, sem desejo de parar, e consumir bebidas alcoólicas, alegando não se colocar no controle da situação. Ademais, está extremamente insatisfeita com o trabalho, pois também tem preguiça de frequentá-lo, verbalizando explicitamente o seu descontentamento. Diante de tantas revelações, e mesmo frente a uma complexidade de fatores, a confiança estava instalada, enfermeira e gestante se reconheciam e retroalimentavam-se de suas histórias. Havia uma relação.

Iniciando-se a quarta fase da relação, a enfermeira fez uma pausa e se colocou a refletir, observando que, ainda que G7 houvesse experienciado momentos de um cuidado pouco eficaz e, por vezes, até desrespeitoso, como relatou, a realidade posta não era essa. A própria G7 relatou que em seus atendimentos foi questionada sobre o desejo do acompanhante, teve acesso aos serviços de saúde durante suas crises de ansiedade, foi incentivada e ouvida durante o pré-natal sobre o uso do cigarro e a bebida, mas fez a sua opção em manter esses comportamentos de risco. Assim, diante desse cenário, a enfermeira se propôs a ajudá-la no cuidado de si, na reflexão de que G7 estava a negligenciar o seu próprio cuidado. Foi quando passou a trabalhar inclusive o reconhecimento, a autoestima e o desenvolvimento da gestação e do bebê.

Às informações que já tinha, somaram-se a falta de qualidade do sono e da alimentação, o não controle da glicemia capilar, do peso e da pressão arterial. Diante de tal cenário, a enfermeira movimentou-se, primeiro, para o acolhimento informacional, questionando inclusive a qualidade das relações estabelecidas nos serviços de saúde que já usara, uma vez que não lhe negavam acesso. A enfermeira solicitou que a gestante realizasse as anotações de todos esses aspectos, esforçando-se nessa relação, orientando e fornecendo as informações necessárias. Depois, ainda a refletir sobre a vida de G7, querendo ajudá-la no enfrentamento

das situações e, indo além, com o objetivo de mudar, inclusive, os comportamentos de risco, acionou a psicóloga do grupo.

Com a intenção de mudar tais comportamentos, a enfermeira refletiu sobre a necessidade de ocupação do seu tempo. A partir daí, convidou uma estudante de Terapia Ocupacional para que, todas juntas, pensassem em estratégias para a redução do uso do cigarro e da bebida.

Estou na quinta visita. Me lembro que quando propus a ida da estudante de terapia ocupacional, G7 não compreendeu muito bem do que se tratava e confesso que eu também não tinha mais esperanças de que G7 mudasse de comportamento, mas hoje, após a visita da estudante, percebi o quanto G7 se sentiu única. Ela contou para a estudante sobre os seus comportamentos, a convidou para vir mais vezes, aceitou sua presença e conversou sobre a ocupação do seu tempo. Quando vim pela primeira vez, G7 respondia perguntas pontuais, hoje percebo que ela está bem à vontade. Percebo que estamos imersas na quarta fase, de forma mútua (Relato de Campo 22).

Paralelamente a esse movimento, G7 verbalizou episódios de violência obstétrica e o medo de passar por situações semelhantes na gestação atual. A enfermeira então passa a tecer uma intervenção sobre esses aspectos, em um trabalho de empoderar e dar subsídios e informações para que, nesta gestação, a experiência da gestante se desse de uma nova forma. Observou-se que essa interação de ajuda só foi possível de ser estabelecida, porque a enfermeira e a gestante estavam imersas na relação, dispostas uma à outra, com receptividade e diálogo.

Percebo que essa falta de cuidado consigo mesma reverbera no sentimento em relação ao emprego atual de G7. Hoje, tivemos uma conversa sobre suas dificuldades financeiras, no entanto, G7 não consegue olhar o trabalho enquanto uma ocupação, uma ocupação que lhe promove bem-estar, lhe dá qualidade de vida e autonomia financeira, principalmente pelo fato de o marido estar desempregado. Isso pode ser trabalhado na produção de cuidado (Relato de campo 23).

Por fim, o cuidado se deu sob tal articulação. Outro ponto a ser destacado é que, nesse caso em específico, a enfermeira passou a observar que, em situações de crise ou iminente risco obstétrico, como por exemplo, um episódio de hipertensão, mal-estar ou falta de medicação, o companheiro aparecia nas visitas domiciliares.

Durante todas as visitas o companheiro de G7 está em casa num outro cômodo ou está de passagem vindo da parte externa, mas após faltar a medicação de G7 e ver que tal ausência culminou num desfecho de hipertensão, o companheiro apareceu na visita, inclusive participando, perguntando sobre as redes de serviço etc. Há algum tempo venho observando isso em minhas visitas e hoje o fato ocorreu de uma forma bem clara (Relato de campo 24).

Diante de uma emergência hipertensiva, G7 foi submetida à cesariana. Observando o caso, a necessidade do cuidado de si e da mudança de vida, considero o *rapport* não alcançado. Retroalimentando tal consideração, G7 também verbalizava o quanto considerava interessante, benéfico e vantajoso, visitas domiciliares extensas, até os dois anos, relatando necessitar delas. Havia dependência na relação.

#### **5.1.8 Caso 8 – Articulando esforços para acionar a rede de atenção à saúde do município na gravidez de alto risco**

**Síntese:** Este caso retrata uma jovem gestante cuja experiência gestacional interpela uma má formação fetal, com risco iminente de parto prematuro, a desarticulação da rede de atenção à saúde e o despreparo emocional e assistencial do exercício da parentalidade nesse cenário. O suporte da enfermeira centrou-se no cuidado, sobretudo informacional, acerca dos riscos, no apoio ao enlutamento e no incentivo à parentalidade. Esforços em articular a rede e direitos governamentais também foram apresentados pela enfermeira.

#### **Relato de caso:**

No ambulatório de alto risco, as primeiras informações sobre o caso de G8 vieram das enfermeiras do serviço. As informações foram de ser G8 uma gestante que estava em uma gestação com má formação fetal, carecia de informações e compreensão, havia uma situação de vulnerabilidade e, ainda, uma suspeita de déficit cognitivo. Esse contexto fez com que as enfermeiras a julgassem como potencial participante do estudo, escolhendo individualmente esse caso para que fosse compartilhado com a visitadora. E assim foi feito.

Ao receber essas informações, a enfermeira visitadora entrou em contato via telefone com G8. Uma, duas, três ligações foram necessárias para que G8 recebesse a enfermeira em seu domicílio. Durante as ligações, a enfermeira apresentou o projeto, realizou o convite e tentou agendar as visitas, por sua vez, G8 aceitou participar do estudo. Contudo, os primeiros contatos limitaram-se apenas à forma remota, a enfermeira, na tentativa de agendar a primeira

visita, deparava-se com uma negativa por parte de G8. Acontece que, à época da visitação, G8 não residia em uma moradia fixa, tendo se mudado várias vezes de domicílio, o que dificultava os encontros. Confirmando uma carência informacional, um despreparo para lidar com a gestação e, de certa forma, um sofrimento emocional diante de tal realidade, a enfermeira insistiu. As primeiras informações sobre a vida e a gestação de G8 se deram por mensagens trocadas no celular, a enfermeira visitadora observava que esse era o principal meio de comunicação de G8 e, mais do que isso, ela enviava mensagens todo o tempo, questionando, demonstrando interesse e necessidade.

A enfermeira se disponibilizou via celular, embora sentisse que a fase dois ainda não tivesse sido alcançada. Outras informações foram colocadas pela própria mulher, 20 anos, amasiada, negra, em sua segunda gestação, tendo ocorrido um aborto na primeira. A enfermeira passou a refletir sobre aquele cenário, o quanto aquela mulher demandava cuidado, preparo, ajuda, era necessário avançar nessa relação. Contudo, se disponibilizou via celular quando inúmeros questionamentos, dúvidas, solicitações e sentimentos foram compartilhados. Progressivamente, a enfermeira questionava se G8 estava em condições de receber a visita, não havia avanços na relação.

Após os contatos e as mensagens, o primeiro encontro de forma presencial entre a enfermeira e a gestante foi possível. Esse movimento marcou o início da fase dois, com a consequente articulação com a fase três da relação interpessoal. O domicílio em que G8 morava era provisório, motivo pelo qual justificou a demora em receber as visitas. Ela e seu companheiro não possuíam residência própria e ficavam na dependência de familiares e proprietários liberarem a casa para que pudessem residir nela. A enfermeira, tocada e refletindo sobre aquela situação, compreendeu a dificuldade e se preocupou com o andamento da gestação, questionando onde estariam daqui a algumas semanas, no nascimento do bebê, solidarizou-se. Quando entrou no domicílio, notou que se tratava da casa dos familiares do companheiro de G8. Tia, tio, avó, prima, G8 e seu companheiro estavam presentes.

A enfermeira passou a ouvir. Buscou compreender a relação que G8 estabelecia com a família do companheiro, bem como quis explorar os sentimentos e valores que aquela gestação produzia nela, pois não pôde deixar de notar que pouco conversava sobre os seus sentimentos nas mensagens de celular, as dúvidas e os questionamentos estavam sempre no âmbito dos aspectos biológicos que a má formação clamava. Nesse passo, a primeira impressão da enfermeira foi de que G8 não manteve o mesmo comportamento questionador, interessada e comprometida, que estava manifestando de forma remota via celular, a fase três da relação

ainda não acontecera. Contudo, a enfermeira deu continuidade às visitas domiciliares, questionando-se internamente e de forma contínua se havia edificado aquela relação, a impressão era de que os encontros não estavam a fluir.

As visitas subsequentes ocorreram em um novo domicílio. G8 e seu companheiro revelaram a necessidade de exercer a parentalidade de forma mais autônoma, acreditavam serem potentes no exercício do papel de pai e mãe. A partir de então, a enfermeira percebeu que G8, questionadora, interessada, sempre estava ali, era o espaço, o sentimento de não pertencimento àquele espaço que lhe retraía. Havia confiança entre elas, havia reciprocidade e o desejo latente de desenvolver essa gestação por ambas as partes. G8 falou abertamente de como se sentia mais à vontade estando apenas com o companheiro. Contudo, relatava que ainda contavam com o apoio da família, uma vez que não trabalhava e eles dependiam financeiramente de auxílios. A renda familiar era provida por auxílios governamentais e quando seu companheiro exercia trabalhos informais a renda era complementada.

O início da quarta fase foi marcado por um comportamento de inquietude da enfermeira. O objetivo era progredir nessa parentalidade, a enfermeira questionava-se sobre o quanto estava a contribuir para o cuidado e a assistência àquela mãe, ao bebê e ao companheiro. A enfermeira se deparava a cada visita com uma família com tantas demandas e necessidades de saúde tão negligenciadas, sobretudo pelas diversas esferas que lhes proviam acolhimento. Mas, ao mesmo tempo, foi sentindo satisfação por ainda acreditar haver tempo para a ajuda, pois a confiança e a reciprocidade já existiam.

Imersa na relação, a enfermeira estabeleceu com G8 que as visitas passassem a ter frequências semanais e, sentiu que aquele cuidado próximo era tudo o que G8 precisava, pois ainda estava a clamar por atenção, acolhimento informacional, cuidado de si, cuidado com o bebê. Com isso, a enfermeira visitadora reconheceu as restrições de crescimento do bebê, justificadas pelos diagnósticos de hidrocefalia, mielomeningocele e alterações cardíacas.

Nesse momento, a enfermeira se presta a dedicar toda a sua atenção e seu cuidado no preparo e nos cuidados na recepção do RN de G8, quando, diante de uma situação de restrição de crescimento tão particular, foi tocada pelo compartilhar das informações, pelo estar com, lado a lado. G8 carecia de informações, tanto em relação à sua própria saúde e gestação, como dos cuidados e da rede de atenção à saúde pelos que o bebê clamaria. A essa altura, G8 ainda não havia tido nenhuma conversa a respeito do nascimento prematuro. Mesmo diante do risco eminente, a temática não foi trazida para o cenário do pré-natal. Assim, a enfermeira o fez, conversou sobre o nascimento prematuro, a possibilidade de tal intercorrência acontecer,

acolheu e forneceu informações sobre a restrição do crescimento fetal e o enlutar. Progressivamente, o enlutar foi preparado, mas agora ganhando mais concretude e compreensão da gestante. G8 e seu companheiro estavam tão sós, com o sentimento de não estarem preparados – e, de fato, não o estavam. A rede de atenção era distante de forma física e relacional, a enfermeira tentou suprir essa desarticulação, quando, considerando-se responsável nesse cuidado, foi sozinha, tecendo e amarrando a rede.

Assim, em uma das visitas domiciliares, a enfermeira e G8 separaram roupas, pensaram em como seria a dinâmica familiar, estabeleceram rotinas para que fossem desempenhadas nos momentos finais e após a chegada do bebê. A enfermeira fornecia o subsídio necessário, mas G8 protagonizou esse processo, articulando-o com a sua realidade e suas necessidades.

No começo dessa visita, tive muita dificuldade em conduzir. G8 não se manifestava verbalmente, demonstrava satisfação com as visitas, mas não havia interação nesse cuidado. Propus que arrumássemos as roupas da maternidade e que G8 separasse as roupas e os utensílios para o nascimento. Nesse momento, G8 passou a interagir, perguntava se aquelas roupas estavam boas, questionou como seria a limpeza do coto umbilical, quis saber quais materiais utilizar e como se dava a limpeza. Percebi uma interação, deixei que acontecesse, sem edificar esse encontro com mais informações (Relato de campo 25).

Ressalto que, diante da necessidade de visitas domiciliares com frequências menores, esse foi o único caso em que a segunda enfermeira visitadora também foi acionada para manter visitas domiciliares. Assim, G8 recebeu visitas das duas enfermeiras que se articulavam e produziam o cuidado de forma colaborativa, inclusive com idas à Rede de Atenção junto à G8. No município, há um serviço de média complexidade que promove a saúde e realiza a reabilitação, com destaque para as especialidades de fisioterapia, assistência social, psicologia e terapia ocupacional, atividades, essas, que seriam necessárias para o bebê de G8. Em paralelo com as visitas, as enfermeiras passaram a articular a Rede através da apresentação do caso aos profissionais de saúde atuantes nesse serviço.

Assim, o marco deste caso foi a construção da produção de cuidado a partir de um projeto terapêutico singular, posto que todos os profissionais do emaranhado da rede de atenção do município, somado às enfermeiras visitadoras, se reuniram em diferentes momentos para a discussão do caso. A partir desses contatos e da produção do cuidado singular, a gestante passou a desenvolver mais a sua parentalidade, com melhora na compreensão dos conteúdos, e os profissionais passaram a conhecer os limites e as potencialidades de G8 e a atuar neles.

Em uma das visitas domiciliares, a enfermeira visitadora acompanhou G8 a uma consulta de enfermagem na USF para atualizar os seus dados para o recebimento do auxílio financeiro. A enfermeira se dispôs a ir, pois além da consulta ter partido da necessidade de G8, estava a desenvolver a produção de cuidado, articulando as informações, reforçando a autonomia e o cuidado no exercício da parentalidade de G8, e reforçando a relação de confiança.

Acompanhei G8 à USF. A enfermeira atualizou os dados para o auxílio financeiro e se dispôs a auxiliá-los com uma visita domiciliar para o aleitamento materno. O diferencial dessa consulta foi que o companheiro de G8 solicitou acompanhamento de sua própria saúde à enfermeira, relatou a necessidade de fazer exames laboratoriais e desejou o encaminhamento para um médico. O companheiro sofria de sialorreia, na consulta levou uma fralda em pano para que fosse enxugando a sialorreia, revelou o quanto isso o incomodava (Relato de campo 26).

Dessa forma, o sentimento de desespero inicial deu lugar a uma relação de reciprocidade entre a enfermeira e a gestante. Fundamentando-nos no diálogo, indo ao encontro das principais carências e necessidades da família, houve tempo de acolher e ser útil. Ao passo que as visitas foram acontecendo, G8 manteve um olhar de satisfação, ainda enviava inúmeras mensagens para a enfermeira e sempre clamava pelas visitas domiciliares. Ao fim das visitas, um bem-estar foi evidenciado na enfermeira e na gestante. G8, de certa forma, estava pronta para vivenciar, ainda que com suas dificuldades, sua parentalidade de forma autônoma. Com isso, considero que o *rapport* foi alcançado.

### 5.1.9 Caso 9 – Caso complexo

**Síntese:** Este caso envolve uma gestante em extrema situação de vulnerabilidade econômica e social. O suporte da enfermeira centrou-se quase que exclusivamente em estabelecer cuidados básicos de rotina com G9, tamanha era a complexidade envolvida na dinâmica familiar, quando apenas sua tia lhe serve como rede de apoio, sendo o marido usuário de drogas. Há interpelação do suporte e do sentimento da necessidade de outro profissional seguir cuidando, quando a enfermeira visitadora se vê limitada em sua atuação.

#### **Relato de caso:**

De forma bastante curiosa, o caso de G9 chegou até a enfermeira por duas outras gestantes que estavam a receber a visita domiciliar. O discurso era que, conhecendo o trabalho da visita, a importância e a diferença que estava a fazer na vida delas, esse poderia ser realizado também com G9, mas apenas compartilharam ser G9 uma mulher em total situação de vulnerabilidade. A enfermeira ficou pensativa e inquieta, se deslocou até o ambulatório e colheu mais informações sobre a gestante com as enfermeiras do ambulatório. As enfermeiras compartilharam que se tratava de uma gestante de 32 anos, amasiada, em sua segunda gestação, sob acompanhamento no ACEG devido a um diagnóstico de hepatite C.

Diante de um caso que parecia tão complexo, a enfermeira telefonou para a gestante. Apenas na terceira tentativa foi possível estabelecer contato. G9 não atendeu o telefone nas tentativas anteriores, a enfermeira se perguntava o porquê. Assim que obteve sucesso, G9 aceitou ser integrante do estudo e a enfermeira programou a primeira visita. Nessa primeira aproximação, dando início à fase dois da relação interpessoal de Travelbee, a enfermeira adotou a postura de coletar o máximo de informações possíveis de G9. Quando chegou ao seu domicílio, observou uma extrema vulnerabilidade econômica e social. A enfermeira estimulou G9, permitindo que discorresse sobre a sua situação, não se limitando apenas à gestação, mas que falasse sobre sua vida, seus sentimentos, como era a relação com o companheiro, se havia uma rede de apoio presente.

De forma mais esmiuçada, soube que G9 não tinha familiares no município de desenvolvimento das visitas, tinha apenas o seu companheiro e a tia de seu companheiro, que é a pessoa mais próxima e de referência para auxiliar a família em situações de necessidades. Ademais, G9 vivia em situação de vulnerabilidade econômica, uma vez que ela não possuía renda e o seu companheiro desenvolvia trabalho informal, com detenção de toda a renda proveniente desse trabalho. No conhecimento dessa situação, a tia, vizinhos e a Instituição filantrópica da igreja, se solidarizavam com a situação e forneciam doações e auxílios à família. O companheiro de G9 é usuário de drogas e, intensificando a situação de vulnerabilidade social, vende os bens da casa, bem como os produtos de sobrevivência – leite, comida – para manter o uso dos entorpecentes. Por sua vez, G9 é analfabeta e sofre processos de violência física, psicológica e patrimonial por parte de seu companheiro. De todas as gestantes de alto risco que foram acompanhadas em visita domiciliar, G9 foi a gestante que mais se encontrava em situação de vulnerabilidade social.

A enfermeira visitadora se sentiu quase que derrotada por mais uma vez ver mulheres sendo negligenciadas em suas vidas. Quase que quanto maiores são as demandas, menores são



as experiências de acolhimento. Esta gestante estava desassistida em vários aspectos da vida e, desde os contatos iniciais, a enfermeira se sentiu impotente. Mobilizar o coletivo e a rede de apoio para proporcionar melhores condições para o desenvolvimento da gestação e do nascimento do bebê foi uma das estratégias para seguir com a relação, as fases três e quatro se articulavam já a essa altura.

Quando me aproximei do caso complexo de G9, achei que não haveria muito o que fazer em termos de cuidado de enfermagem, visto que a maior demanda era social, pois as necessidades da gestante são desse cunho. Entretanto, percebi que G9 está no campo da invisibilidade, o discurso de todos os profissionais pelos quais ela passa é de que é um caso sem solução, que a única saída é a retirada da guarda de seus filhos. Senti que algo poderia ser feito, agendei a primeira visita domiciliar (Relato de campo 27).

À medida que as visitas foram acontecendo, ainda intercaladas entre as fases dois e três da teoria pessoa-a-pessoa, a enfermeira visitadora observou, teceu apontamentos sobre a gestação, escutou G9 verbalizar sobre o desenvolvimento e sobre a adesão ao tratamento, bem como ao pré-natal e se colocou disponível para dar seguimento à produção de cuidado, sobretudo no enfrentamento das situações de vulnerabilidade de vida e gestacionais. A tia, única rede de apoio familiar de G9, esteve presente em todas as visitas domiciliares, nesse sentido a enfermeira reforçava a participação, visto a dependência de cuidados expressadas por G9.

De forma bastante diferenciada dos outros casos, a enfermeira teve de pontuar elementos que não necessariamente eram vistos enquanto necessários para G9. A exemplo de pautas relacionadas à violência doméstica, ao preparo e cuidado com a criança recém-nascida, ao atraso de desenvolvimento do primeiro filho (fato que foi observado pela enfermeira visitadora) e, por último, a questões de direitos, sobretudo os auxílios financeiros que poderiam ser contemplados. A enfermeira recorda-se de vivenciar um sentimento de medo ali naquele cenário. A qualquer momento, o companheiro de G9 poderia chegar e, diante de todo o histórico, o uso de entorpecentes e os comportamentos agressivos, também se sentia vulnerável. Só conseguia imaginar e refletir sobre a vida de G9 e de seus filhos naquela situação, visto que nem perto de sua família estava.

Por mais que as necessidades supracitadas não foram clamadas de forma explícita pela gestante, que demonstrava interesse nas intervenções e as aceitava bem. Quando a enfermeira mencionava as situações, G9 expressava sentimentos de preocupação com relação à sua gravidez, ao filho, à sua situação de vulnerabilidade.

Concomitantemente, a enfermeira visitadora ainda foi se colocando à sua disposição e desenvolvendo um trabalho de educação em saúde, quando a rotina de cuidados e higiene pessoal foi sendo colocada, bem como as rotinas com o filho. Instaura-se a fase quatro proposta por Travelbee. A essa altura, a enfermeira sentia-se responsável, tinha o desejo premente de auxiliá-la nos cuidados de vida e no enfrentamento das situações, o seu desejo era de que G9 se desvinculasse daquela vida. Devido à sua situação cognitiva, G9 não conseguia manter uma rotina e uns horários para atividades básicas como refeições, levar o filho à escola e escovar os dentes. Assim, diante tal situação, a enfermeira visitadora desenvolveu um cronograma diário em conjunto com G9 para que tais atividades não fossem esquecidas, bem como desenvolvidas com uma certa constância. Para que G9 conseguisse realizar a leitura, fotos que representavam os horários foram colocadas nesse cronograma e assim a compreensão foi possível. Nessa relação de ajuda, G9 as aceitou e passou a desenvolvê-las.

Em nenhuma das visitas, o companheiro de G9 esteve presente e a gestante verbalizava o seu descontentamento com relação ao comportamento do marido. Na relação estabelecida, a partir de e na comunicação terapêutica, a gestante e sua tia sempre foram orientadas pela enfermeira sobre os movimentos que poderiam tomar e que, inclusive, poderiam se afastar desse companheiro. Nesse ínterim, a enfermeira visitadora ofereceu, apresentou e articulou, um contato com a psicóloga do serviço especializado para que G9 participasse desse cuidado, sentia certo esgotamento emocional, mas o desejo latente da relação. A enfermeira movimentou-se no sentido de convidar G9 e todos da sua família para a consulta. Assim, G9, o companheiro, o filho e a tia do companheiro, participaram desse momento. Frequentaram dois encontros, até que o companheiro deixou de comparecer ao serviço.

Em determinado momento, ao agendar uma nova visita domiciliar, a enfermeira visitadora não conseguiu mais contato com G9.

Hávamos estabelecido uma relação e, com o intuito de dar seguimento à produção de cuidado, enviei hoje uma mensagem ao celular de G9 para a confirmação da nova visita domiciliar, um contato que havíamos afirmado para as futuras visitas. Nesse dia, percebi que a foto de perfil da gestante havia mudado, não era mais a foto habitual. Somado ao fato de não ter recebido resposta, percebi algo errado. Entrei em contato com a tia de G9 que revelou que o companheiro da mesma havia vendido o celular e que estavam sem meios de comunicação. Não consegui agendar a próxima visita. Sinto-me impotente e desesperançosa (Relato de campo 28).

Nessa conjuntura, a enfermeira aguardou e solicitou outros meios de comunicação com G9 junto ao serviço especializado de alto risco. No entanto, não obteve sucesso. Após um tempo, uma ou duas semanas depois, a tia entrou novamente em contato com a enfermeira, relatando que o companheiro de G9 havia mudado de residência, levando consigo G9 e o filho mais velho, todavia, não comunicou a ninguém sobre a nova moradia, a localização, o endereço e o motivo da mudança. Percebendo a necessidade de se fazer uma intervenção e, no reconhecimento de que a atuação de uma equipe multidisciplinar seria necessária, a enfermeira visitadora acionou o conselho tutelar do município, já não era mais capaz de atuar só.

Não foi um processo simples aceitar a necessidade de incluir o Conselho Tutelar no cuidado a G9 e sua família. Inicialmente, a enfermeira visitadora sentia que havia falhado e que essa alternativa era como se estivesse traindo a confiança da família. Foi um processo perceber que temos limites de atuação e que às vezes é preciso entregar para que outro com mais possibilidades siga cuidando.

Hoje, participamos de uma reunião com o Conselho Tutelar do Município. Eu e a segunda enfermeira visitadora estávamos presentes, bem como os conselheiros do município. Na reunião, ficou decidido que a conselheira faria uma primeira visita domiciliar para conhecer a família, com intuito de avaliar as fragilidades e potencialidades e fornecer os encaminhamentos necessários diante da situação (Relato de campo 29).

Nesse caso complexo, a produção de cuidado estabelecida não foi suficiente para mudar a realidade de G9, mas apoiamos a autonomia do cuidado consigo e com os filhos, demos suporte para que a tia continuasse a ser a base cuidadora principal desta família. Com isso, considero que o *rapport* não foi alcançado e estava longe de sê-lo, pois havia dependência na relação.

#### **5.1.10 Caso 10 – Conversas informativas**

**Síntese:** G10 estava no pré-natal de alto risco por ter sido diagnosticada com hipertensão na gestação. Recebeu um número de 10 visitas que pouco avançaram na exposição pessoa-a-pessoa entre a gestante e a enfermeira. O cunho informacional deu o tom das conversas.

#### **Relato do caso:**

A enfermeira visitadora teve acesso ao caderno do ACEG, o folheou e encontrou o nome de G10, seguida das informações de sua semana gestacional e do diagnóstico de hipertensão

arterial. Ao confirmar com as enfermeiras do ambulatório, percebeu que G10 era uma potencial gestante para a relação, seguindo os critérios de inclusão do estudo. Com essas informações, a enfermeira visitadora entrou em contato via telefone, explicou os objetivos do estudo e perguntou se G10 tinha interesse em integrá-lo. O aceite veio no momento da oferta, porém, G10 não manifestou entusiasmo, apenas relatou que tal cuidado seria interessante.

Com a menor idade gestacional de início das visitas, G10 tinha 23 anos, estava em união estável e em sua segunda gestação, planejada, conforme ela relatou. Essas informações foram compartilhadas pela própria gestante a partir do primeiro encontro entre ela e a enfermeira. Evidenciando a abertura da mulher à enfermeira, compartilhou que, por se tratar de uma gestação planejada, já fazia acompanhamento na unidade de saúde e, quando descobriu a gravidez, logo apresentou um pico hipertensivo e foi encaminhada pela médica ao alto risco.

Com a intenção de explorar as particularidades, os valores, os sentimentos e as experiências desse materno sob alto risco gestacional, a enfermeira incentivou a exposição, no interesse genuíno de apreender mais sobre sua vida. Segundo G10, uma importante rede de apoio nesse processo era sua tia, enfermeira atuante e principal suporte informacional durante a gestação.

A primeira VD não foi suficiente para o alcance da fase dois da relação pessoa-a-pessoa. A enfermeira questionou-se internamente sobre quais seriam os movimentos, as temáticas e necessidades de G10. Parecia-lhe uma gestante mais reservada e que enfrentava dificuldades para a vinculação, movimentou-se no assumir tal limitação. Questionava-se sobre se a tia enfermeira era o vínculo profissional de G10, sem espaço e sentido para um outro profissional.

Outras visitas foram realizadas. A enfermeira observou que havia uma certa insegurança, preocupação e desinformação sobre esse materno hipertenso, de risco. Começou um movimento de ofertar novas informações a G10, com certa ampliação no interesse de G10 em conversar, apresentar dúvidas e alguns sentimentos. Referiu preocupar-se com o desfecho da gestação, mas sabe que é possível conduzi-la de forma natural, pois sua tia, principal apoio, lhe avisara sobre isso. Aparentava-se um movimento em direção à fase 2 do processo de Travelbee. A enfermeira optou por fazer uma apresentação e conversar sobre o que é a hipertensão na gestação, a sensibilizou para os riscos e reforçou a orientação de sua tia enfermeira, dizendo que de fato um atendimento mais especializado era necessário, e explicou os riscos reais de uma gravidez na condição de alto risco. Orientou sobre medicação, desenvolvimento da hipertensão e sobre cada trimestre gestacional. Ao perguntar sobre dúvidas, G10 disse não ter.

Para a enfermeira visitadora, as visitas de G10 foram bastante desafiadoras, talvez o caso mais desafiador no que diz respeito à criação de vínculo. Com isso, a enfermeira sempre fazia um processo reflexivo a cada visita, na busca de fazer com que aquela relação e a gestação em si se desenvolvessem de maneira positiva.

Sempre fico um pouco ansiosa antes das visitas para a G10, pois às vezes tenho a impressão de que ela não está se beneficiando o bastante. O vínculo com G10 é mais difícil, sinto que ela possui confiança, pois raramente me pergunta algumas coisas, mas ainda assim é superficial. Quando converso com ela e lhe dou alguma orientação ou sugiro que ela me peça algo, a resposta é sempre que ela tem pessoas da enfermagem na família, que ela não tem dúvidas, que está tudo bem, que posso ir conduzindo à minha maneira. É sempre uma ansiedade! Mas, aos poucos, vou percebendo progressos, hoje conversei um pouco sobre a ansiedade do terceiro trimestre e as mudanças fisiológicas e sobre o crescimento do bebê. Dificilmente ela participa com alguns comentários nas visitas, hoje se abriu dizendo que estava com insônia e que iria conversar com a médica na quarta-feira sobre isso [...] Tentei investigar motivos mais pessoais, de estresse, porém sem sucesso. [...] Sempre questiono as suas necessidades, buscando desenvolver visitas que façam mais sentido. Já utilizei algumas estratégias, como conversar sobre a família, falar sobre a filha dela, falar sobre os sentimentos e as emoções envolvidas com a chegada do bebê, mas sinto que o vínculo é limitado. Por vezes, já pensei em desistir dessa visita, porém não o farei. Acho que G10 é uma pessoa mais reservada mesmo, o que justifica os diálogos curtos. Reconheço e valorizo os diferentes perfis, até hoje estive com mulheres que gostavam de expor suas vidas, seus problemas, que gostavam de conversar sobre tudo. Com G10 é diferente e venho aprendendo com ela também, por isso, a opção é de continuar as visitas (Relato de campo 30).

A enfermeira visitadora passou a direcionar a conversa para os sentimentos em relação ao seguimento no alto risco e sobre o acolhimento recebido. G10 relatou que desde sua primeira gestação sempre foi muito bem atendida nos serviços de saúde, acolhida em suas dúvidas e necessidades e que sempre a deixaram muito livre para ser participante ativa do processo, acolhimento, esse, que também vem acontecendo no pré-natal de alto risco, segundo ela.

Sobre a questão do parto, G10 reafirmou, em uma das visitas, o desejo pela cesariana. Nesse sentido, a enfermeira visitadora se posicionou em um atitudinal de suporte, questionando, reconhecendo e respeitando, a decisão de G10. Em uma das conversas sobre a via de parto, ela ainda afirmou que não sente a sua privacidade respeitada na presença de muitos alunos quando

participa das consultas no pré-natal de alto risco e que irá se posicionar de forma contrária caso isso aconteça durante o parto. G10 relatou que a via cesariana é a sua via de escolha para o nascimento, relatou conhecer os seus benefícios e malefícios, mas que não há nada, nem ninguém, que a fará mudar de ideia. Todavia, reconheceu que, embora o seu desejo seja pela via cesariana, ainda era cedo para tomar qualquer decisão, pois era necessário considerar o fator da hipertensão, elemento com o qual ela não sabia lidar, pois diferenciava-se de sua gestação anterior. Contudo, relatou achar precoce a escolha e a abordagem dessa temática durante consultas médicas. Diante de essas revelações, a enfermeira viu uma oportunidade de auxiliá-la nesse processo, em um marco que favoreceu a entrada na fase de uma aparente ida para a fase três da teoria de Travelbee. Teceu apontamentos sobre os seus direitos, inclusive sobre a necessidade de privacidade nesse momento, bem como aproveitou para trazer um diálogo sobre o acompanhante, pessoa, essa, que também poderia ajudá-la a ter seus direitos respeitados quando chegasse o momento.

Nesse dia de produção de cuidado, perguntei se estava tudo bem, como havia passado a semana, e começamos a conversar. Nesse dia, conversamos um pouco sobre cesariana *versus* parto normal, mesmo sabendo do seu desejo pela cesárea. Sempre optei pela defesa do parto normal e, desde o primeiro dia de visita, fui muito clara para G10, que prontamente aceitou minha ideia e reconheceu dizendo que sabia dos benefícios do parto normal e o quanto sabia ser a melhor forma de vir ao mundo. No entanto, diante da informação sobre os dois tipos de parto e a não imposição de uma escolha sobre a mulher, eu me posicionava na defesa de que a escolha consentida deve ser da mulher e de sua família e que, por pensar dessa forma, não haveria problema algum em sua escolha pela cesariana. A conversa fluiu nesse tom. G10 respeitou e consentiu todas as vezes em que eu demonstrava os benefícios do parto normal (Relato de campo 31).

Nesse caso, realizaram-se nove visitas à G10. Não foi possível evidenciar que a relação terapêutica de fato ocorreu e, se ocorreu, foi mais tardia e pouco perceptível para a enfermeira, pois a relação era truncada, pouco fluida no intercâmbio, apesar de não se evidenciar restrições para receber a visita. As aproximações iniciais não foram suficientes para edificar uma relação, que só foi ocorrer com aproximadamente cinco visitas domiciliares. Ao fim, G10 demonstrava satisfação, reciprocidade nas orientações e percebia as visitas como uma relação que estava a acrescentar na sua experiência. A enfermeira, por sua vez, sentiu a dificuldade, mas compreendeu que estava a colaborar com informações, o espaço temático concedido por G10.

Assim, questiona-se a entrada na fase quatro da teoria interpessoal de Travelbee, tampouco considera-se ter alcançado o *rapport*, pois, na avaliação da relação, pouco avançaram na confiança, na reciprocidade e na unicidade de ambas.

#### **5.1.11 Caso 11 – Informar para empoderar**

**Síntese:** O caso onze retrata uma gestante de alto risco diagnosticada com diabetes mellitus gestacional, em acompanhamento no pré-natal; pré-natal, esse, que pouco lhe dava informações sobre, nem lhe fornecia espaço para, o cuidado relacional. Com isso, vê na possibilidade das visitas domiciliares, um espaço para sanar todas as suas dúvidas e estar livre para conversar. Encontra na enfermeira a pessoa para se relacionar dessa forma. As intervenções se dão no acolhimento informacional, sobretudo com o objetivo de empoderá-la e mantê-la informada sobre todos os aspectos do desenvolver dessa gestação.

#### **Relato do caso:**

No ambulatório de alto risco, as informações que foram ofertadas acerca de G11, além dos critérios do estudo, foi de ser uma gestante diagnosticada com diabetes. O convite para ela integrar o estudo foi feito via telefone. Na primeira tentativa, a gestante aceitou e logo agendamos o primeiro encontro. Ao aceitar o convite, verbalizou que manter uma relação mais próxima com uma profissional de saúde era uma ótima ideia, pois tinha muitas dúvidas.

Esse movimento marcou a entrada na fase dois do processo de Travelbee. A enfermeira e a gestante se encontraram pela primeira vez em visita domiciliar. Nessa primeira visita, outras informações e indagações foram compartilhadas, tem 28 anos, ocupa-se com as tarefas domésticas, autorrefere-se parda e está em sua terceira gestação. G11 é mãe de dois meninos em idade escolar e concebe ser a cuidadora principal dos filhos, assumindo todos os cuidados enquanto de sua responsabilidade, isso porque o seu companheiro atual trabalha durante todo o dia, por vezes extrapolando as oito horas diárias de trabalho enquanto G11 está a exercer os cuidados da casa e os cuidados com os filhos, quase que como uma extensão ao lar.

Nessa primeira visita, de forma bastante curiosa, a conversa centrou-se exclusivamente em seu diagnóstico. A enfermeira, sentada no sofá, iniciou a conversa, incentivando G11 a discorrer sobre a vida e a gestação. Seu semblante e tom de voz revelaram preocupação, medo e ansiedade, e as informações ali trazidas só confirmaram esses sentimentos, quando a enfermeira observou que todo o encontro se limitou à questão do risco. G11 estava em sua terceira gestação

e, segundo ela, as duas gestações anteriores foram normais, fato que a fazia nem acreditar naquele diagnóstico, pois se via tão normal, em suas próprias palavras. A enfermeira resgatou o aceite de G11 e percebeu que, de fato, ela tinha muitas dúvidas, questionou-se se havia uma lacuna de suporte informacional no seu acompanhamento pré-natal.

A enfermeira saiu do primeiro encontro refletindo sobre o quanto um cuidado relacional e informacional é negligenciado. G11 tinha dúvidas que facilmente poderiam ser sanadas em uma consulta, com uma boa acolhida, envolvendo encontros. Posto isso, ao término desse encontro, ficou na esperança de explorar mais os sentimentos e valores da gestante, compreender melhor as suas dinâmicas de vida, visto que ela parecia tão sozinha. Assim, outras visitas foram realizadas.

Ao passo que as visitas foram sendo agendadas, a segunda e a terceira fase do processo proposto por Travelbee se instalaram, com progressiva implicação da enfermeira nesse processo. Diante de todos os questionamentos que continuava a fazer sobre o diabetes, G11 revelou o seu medo do que poderia ocorrer com o bebê. A enfermeira observou que a ideia do enlutar, da morte e dos riscos para o bebê era latente em G11, preocupava-se em demasia e, com isso, a necessidade informacional precisava ganhar concretude. G11 era extremamente quieta, tinha um perfil mais tímido e olhares desviados que se manifestavam no encontro e passavam a mensagem de que estar no domicílio, sozinha, com uma profissional de saúde, lhe dava a liberdade desejada para perguntar e se apropriar da situação. No reconhecimento de todas essas nuances, a enfermeira se posicionou de forma colaborativa, com reciprocidade, desejando compartilhar desse sentimento de apropriação. A enfermeira estava disposta a ajudá-la e G11, gostava de ser ajudada.

Buscou-se compreender e esmiuçar ainda mais esses sentimentos e como G11 organizava sua rotina diante à situação. Relatou que explicações sobre o acompanhamento da diabetes, valores de glicemia capilar e sobre alimentação são pautas frequentes e necessidades de sua saúde. Referiu, ainda, que recebeu orientações ao ser encaminhada ao alto risco e que faz acompanhamento com nutricionista, mas que ainda assim tem muito medo, sobretudo medo do que pode ocorrer com o bebê.

Assim, ao esmiuçar os sentimentos e compreender essa necessidade informacional, um dos primeiros movimentos da enfermeira foi orientá-la e informar sobre o diagnóstico do diabetes gestacional, apontando o que é, seus reais riscos e cuidados. Além do mais, no sentido de compreender a forma como G11 organiza sua rotina de cuidado gestacional, a enfermeira teceu



questionamentos sobre o seu dia a dia, sobre o controle da glicemia, sobre a dieta e os exercícios físicos.

Aqui vale uma ressalva para explicitar a rotina de G11. Devido ao seu diagnóstico de alto risco, vai à uma Unidade de saúde todos os dias e três vezes para controle da glicemia. Ao se deslocar para a Unidade de Saúde, aproveita para deixar ambos os filhos na creche e depois retorna para buscá-los. G11 reside relativamente distante da Unidade de Saúde e faz todo esse percurso a pé, pois aproveita a caminhada para a prática de exercícios. No entanto, confessou que essa rotina tem se tornado exaustiva, uma vez que passou a apresentar dores abdominais e uma certa limitação devido à gravidez.

Em uma visita domiciliar anterior, conversei com G11 sobre a possibilidade de ter consigo um aparelho de glicemia capilar. G11 revelou que tem medo com relação ao seu manuseio, mas relatou interesse, pois vem enfrentando dificuldades no deslocamento até a Unidade de Saúde. Na visita atual, já está com o aparelho em mãos, aprendeu a fazer a auto aferição, mas, mesmo assim, aproveitou para lhe mostrar as funções, como anotar os valores e todos os cuidados que deve ter com o aparelho (Relato de campo 32).

Acontece que a solidão também era motivo de preocupação. Ao ser questionada, G11 relatou que sempre vai sozinha às consultas de pré-natal e aos exames. Nas visitas domiciliares, sempre esteve sozinha e dificilmente envolvia terceiros em suas conversas, porque sua rede era limitada. A enfermeira foi tocada pela mulher, sua história e suas necessidades, e o desejo de escuta e presença colaborativa manifestava-se de forma premente. Sua rede de apoio é composta por familiares e uma vizinha considerada amiga, no entanto, o acionamento dessa rede é limitado, fato que foi comprovado pela própria gestante, uma vez que nem todos possuem disponibilidade e flexibilidade de serem acionados em qualquer momento. G11 tinha especialmente medo de estar sozinha no momento do parto, foi quando a enfermeira se disponibilizou para estar junto a ela e acompanhá-la.

A essa altura, a fase quatro da proposta de Travelbee foi alcançada. É notório que houve um processo crescente de compartilhamento de informações e confiança mútua. No início, G11 limitava suas perguntas somente aos encontros presenciais, onde sempre foi acolhida. Mas, com a progressiva implicação da enfermeira nesse processo, passou a expandir as dúvidas, o compartilhamento de informações e mais: o partilhar de sua vida e gestação, via mensagens no celular. Os assuntos eram variados e, ao enviar mensagens, encontrando na enfermeira o suporte necessário, com acolhimento informacional e as respostas desejadas, passou a angariar ainda

mais confiança, se retroalimentando e se beneficiando cada vez mais daquela relação. Mais uma vez, a enfermeira questiona-se internamente da quantidade de serviços e profissionais da rede que G11 já havia encontrado nesse caminhar, desponta-se que o acesso não é sinônimo de acolhimento, encontro e relação. Liberdade! Essa era a palavra que G11 manifestava ao estar diante da enfermeira, ali era livre para perguntar. Para a enfermeira, não se tratava de liberdade, mas relação de cuidado. As informações recebidas nos serviços eram insuficientes para que G11 pudesse tomar decisões. Cabe ressaltar que essa relação de confiança só foi estabelecida a partir da e na relação de cuidado. Relação, essa, que foi construída, fase a fase em VDs, nas quais, em conjunto, trilhavam caminhos, compartilhavam vida e suporte. Nessa fase, a reciprocidade há muito se instalara.

Um exemplo é a sua ida para a maternidade no dia do procedimento. G11 diz não saber quem irá lhe acompanhar ou se ao menos terá um acompanhante, visto que o companheiro trabalha muito e só consegue ser dispensado quando o compromisso for programado com antecedência. Nesse sentido, a enfermeira visitadora intensifica um cuidado pautado no empoderamento de G11.

Essa visita foi muito marcante para mim. Já percebia G11 extremamente solitária, sempre indo às consultas sozinha e, diferentemente das outras visitas, o companheiro quase não aparecia, nem mesmo em relatos da própria gestante. Fizemos o seu mapa da rede social e poucas foram as pessoas com relação íntima, fato que dificulta o apoio. Quando me relatou o seu medo sobre a possibilidade de não realizarem a laqueadura, logo intervi sobre a importância de se ter um acompanhante no momento para que aumente as chances de seus direitos serem garantidos e, para a minha surpresa, G11 relatou que não sabia se teria um acompanhante, pois todos que conhece poderiam ajudá-la, mas não têm flexibilidade total. Percebi que esse caminhar solitário, embora triste, poderia ganhar um novo desdobramento, deveria ser mais trabalhado, e que G11 tem possibilidade e capacidade para se empoderar cada vez mais e lutar pelos seus direitos, ainda que sozinha (Relato de campo 33).

Foi necessário um processo intenso de sensibilização dos seus direitos. Nesse contexto, G11 também revelou ter ansiedade sobre todo o desenvolver da gestação. Assim, a enfermeira aproveitou para realizar intervenções sobre a ansiedade, inclusive tecendo comentários sobre a necessidade de desacelerar o ritmo, realizar repouso e dar um tempo para si. Aqui cabe um parêntese de que todo o cuidado doméstico fica na responsabilidade de G11, outro fator que foi colocado como pauta da produção de cuidado entre enfermeira e gestante, no sentido de lhe

mostrar a possibilidade de compartilhamento de afazeres domésticos e o quanto é benéfico, não gerando sobrecarga. Para a situação gestacional atual isso lhe seria até saudável, uma vez que G11 passou a apresentar oligoâmnio e necessitou de repouso e hidratação intensa.

Sempre quando chego para as visitas domiciliares, G11 está limpando a casa. É uma gestante muito ativa, com grandes responsabilidades e, por vezes, até sobrecarregada. Hoje teci comentários sobre o seu diagnóstico de oligoâmnio e a necessidade de se cuidar, de se hidratar e ter um tempo para si. G11 me garantiu que tem feito o repouso necessário, questionou sobre os riscos e possíveis desfechos de tal situação. Queixou-se do fato da espera nas consultas no ACEG, queixa recorrente de outras gestantes (Relato de campo 34).

Outro fator que merece ser destacado é que nesse processo de empoderamento, G11 passou a perceber que a sua ida ao ACEG e a espera pela consulta era desrespeitosa. Essa queixa foi recorrente na produção de cuidado, os agendamentos das consultas sempre eram no início da manhã e no início da tarde. Por exemplo, todas as mulheres que se consultavam pela manhã eram agendadas para às 07h e todas as mulheres que se consultavam no período da tarde eram agendadas para às 13h. Todavia, G11 passou a perceber e a se queixar de que chegava às 07h para a consulta, mas o seu atendimento só ocorria às 11h da manhã, pois todas as mulheres que ali estavam também eram distribuídas nos horários da manhã.

Nesse sentido, a enfermeira visitadora a orientou para a realização de uma reclamação formal para os profissionais do ACEG e, concomitantemente, fez uma intervenção junto às enfermeiras do ACEG, parceiras do presente estudo, para que essa situação fosse revista.

Considero o *rapport* alcançado para este caso. No dia de sua cesariana, G11 foi acompanhada por uma amiga próxima e todos os seus direitos foram garantidos, incluindo a realização da laqueadura. O acolhimento informacional retirou G11 de uma posição vulnerável e, com isso, exerceu autonomia para um viver não dependente da relação com a enfermeira.

#### **5.1.12 Caso 12 – Em busca da experiência positiva**

**Síntese:** O caso retrata a história de uma gestante diagnosticada com retrovírose e que buscava um cuidado livre de julgamentos. Em seu histórico, inúmeras foram as violências domésticas e a violência obstétrica sofridas. Tudo o que mais desejava para essa gestação atual era uma experiência outra, humanizada, livre de danos que lhe causassem sensações e sentimentos negativos e atemporais. As intervenções aqui realizadas vão ao encontro à possibilidade de uma

experiência outra, que garantisse informação e o empoderamento necessário para cobrar um cuidado justo e digno.

### **Relato do caso:**

O primeiro contato com informações sobre G12 se deu na visualização do caderno no serviço especializado. As informações centraram-se em ser uma gestante com retrovírose, de 30 anos. A enfermeira então questionou as enfermeiras do ambulatório que confirmaram G12 estar dentro dos critérios de inclusão. A enfermeira então estabeleceu o primeiro contato com a gestante via telefone. Compartilhou informações sobre o estudo, sobre as visitas domiciliares e o significado desse acompanhamento em conjunto com o pré-natal. G12 aceitou o convite logo após a sua oferta, manifestou interesse, satisfação e certa empolgação com a possibilidade das visitas, apresentou dúvidas e, antes mesmo da primeira visita, já havia mandado uma mensagem para a enfermeira solicitando-a.

A primeira visita domiciliar foi realizada. A enfermeira observou ser G12 extremamente comunicativa, havia desejo e uma certa liberdade em compartilhar de sua vida, sem medo de julgamentos e sem filtros nesse compartilhar. Relatou ser portadora do vírus HIV, estar em uma união estável, com um companheiro muito amado. Sua ocupação é com o lar e revelou ter mais três filhos, estando em sua quarta gestação. No início das visitas, residia com os pais, seus três filhos e sua avó, no local onde ocorreram as primeiras visitas domiciliares.

Toda aquela empolgação do telefone e o comportamento que estava manifestando se confirmaram em visita domiciliar, quando revelou que com as visitas domiciliares viu a possibilidade de ter um cuidado profissional que aconteceria em seu domicílio, soava quase como um privilégio e uma necessidade de estar com, junto e próximo de alguém. A enfermeira apostou nessa relação e deu início à fase dois com uma rápida progressão para a fase três do processo proposto por Travelbee. Assim, nas primeiras aproximações, a enfermeira buscou compreender esses sentimentos com relação à visita, os sentimentos com relação à gestação e compreender a experiência e os comportamentos de G12. Observou que a gestante era extremamente curiosa sobre diversos assuntos, demonstrou interesse e uma necessidade de conversar, de expor os acontecimentos de sua vida sem ser julgada. A enfermeira logo observou que G12 buscava uma relação entre profissional de saúde e gestante livre de julgamentos, sobretudo pela sua condição de alto risco e por suas escolhas de vida. Ao discorrer sobre sua história de vida, G12 relatou as inúmeras violências sofridas. Na revelação de sua história, situações de violências domésticas, sexuais, psicológicas e obstétricas marcam a experiência de

vida e nos foi preciso trabalhar sob essas perspectivas, pois refletiam no seu processo gestacional e no seu maternar.

Para contextualizar, relato aqui suas histórias. Em seu primeiro relacionamento, foi vítima de agressões físicas e abandono. À época da visita não permitia que a filha mantinha contato com o pai, mas tinha o direito da pensão garantida. No segundo relacionamento, foi vítima de violência sexual pelo companheiro que, sem o seu consentimento, manteve relações com ela sob efeito de álcool. Nessa relação, se contaminou com HIV e engravidou, pois o ex-companheiro, além de não a comunicar sobre o diagnóstico, realizou o ato sexual sem a devida proteção. Esse ex-companheiro faleceu devido a não seguimento do tratamento. Em sua última relação, a mais duradoura (oito anos), foi traída pelo ex-companheiro e sofria violência psicológica, com falas que a diminuía enquanto mãe e mulher.

Para além das violências no âmbito de gênero, G12 também referiu ter sido vítima de violência obstétrica. Em quase todas as visitas, demonstrava muita preocupação sobre como seria o seu atendimento na maternidade, visto que não aceitaria ser atendida pela mesma médica que a traumatizou, nem ao menos ser atendida da mesma forma por outro profissional de saúde. Ao passo que G12 relatava os acontecimentos, sentimentos de dor, de raiva e medo se mesclavam nas suas falas, ora verbalizando-os de forma explícita, ora demonstrando-as apenas na comunicação não verbal ou nas mudanças de tom de voz.

Sentamos no sofá, uma de frente para a outra. Como em todas as outras visitas, perguntei e a incentivei para que falasse sobre sua vida. G12 passou a me contar sobre seus relacionamentos abusivos, as situações de violência vivenciados, os conflitos familiares, a violência obstétrica e as violências da sociedade como um todo diante de seu diagnóstico. Lembro-me de me sentir extremamente tocada nesse primeiro encontro. G12 se demonstrou extremamente informada, consciente, mas havia um semblante triste diante de uma história de vida marcada por violências. Saio da visita reflexiva, sobretudo por acreditar que G12 se sente de alguma forma culpada por todos esses acontecimentos. Tive o cuidado de escutar, de compreender os seus sentimentos e não intervir sobre essas questões, mas assim o farei ao passo que construiremos nossa relação (Relato de Campo 35).

Uma relação fundamentada no diálogo, na oferta de informações, autêntica e desprovida de julgamentos estava sendo criada. Diante desse cenário, a enfermeira sentia que a fase quatro da relação interpessoal estava a acontecer, quando passou a trabalhar as questões da violência, estabelecendo a primeira ajuda à G12, que prontamente se colocou num movimento de aceitar

essa relação e ajuda. *A priori*, observou-se que G12 compreendia ter sido vítima de relacionamentos abusivos. Em um segundo momento, a enfermeira também fez uma investigação para certificar-se de que o relacionamento atual não se assemelhava aos outros. Feito isso, a relação permitiu que passassem a trabalhar os impactos dessas violências, tecendo comentários sobre a necessidade de não se culpar sobre os acontecimentos, dos direitos enquanto mulher, da importância do reconhecimento das violências vividas, da autoestima e da parentalidade no contexto de violência.

O mesmo caminho foi traçado com a violência obstétrica. A partir do reconhecimento de que G12 tinha consciência de que havia sido vítima de violência, a enfermeira teceu comentários sobre outros tipos de violência, os impactos na vida das mulheres e da família, a importância do empoderamento, da informação e do acompanhante nos momentos de pré-natal, parto e puerpério. Só assim foi possível perceber que uma das maiores necessidades de G12 era buscar novas experiências de parto a partir da relação de vínculo que estava se criando. Durante a produção de cuidado, enfermeira visitadora e gestante trabalharam em conjunto para que uma outra realidade fosse possível.

G12 era extremamente curiosa, buscava informações a todo momento, tirava suas dúvidas e revelava seus sentimentos à enfermeira visitadora que, por sua vez, sempre reforçava esses comportamentos, visto que estavam na relação a partilhar de suas vidas. Em um desses momentos, apontou o seu diagnóstico de HIV como fator que a assombrava. Tinha medo de pensar que, internada em alojamento conjunto, outras mulheres poderiam questioná-la de o porquê não estar amamentando, fato que também poderia acontecer com alguns familiares que desconheciam seu diagnóstico.

G12 abordou a temática amamentação. Fiz o movimento de esperar que a temática viesse à tona e hoje ela revelou seu medo, seus sentimentos. Sinto que estamos cada dia mais conectadas e construindo o cuidado de forma conjunta (Relato de Campo 36).

Somado a esse medo, G12 se preocupava com relação ao seu futuro. Diante de tantas histórias de violência, reconhecia o quão importante é ter independência. Todavia, revelou que depende financeiramente das pensões pagas pelos ex-companheiros, também recebe auxílio de seus pais, contudo, não possui uma profissão e nem ao menos um trabalho fixo. Diante de tais situações, a enfermeira teceu apontamentos sobre autoestima e dependência financeira, a orientou sobre escolas do município que poderiam auxiliá-la na busca dessa autonomia, uma vez que G12 relatou a necessidade de ingressar em um curso, revelou ser o seu sonho. De forma

indireta, todos esses elementos impactavam a forma como se enxergava enquanto mãe e no desenvolvimento de sua parentalidade.

Outro marco dessa visitação, foi a participação da família. Em uma das visitas, no movimento de deixar o encontro acontecer, G12 sentiu necessidade de conversar sobre a família. Estavam passando por uma situação de adoecimento com sua avó (Alzheimer) e foi necessário mudar toda a dinâmica familiar, inclusive a dela que, diante do crescimento da barriga, passou a não conseguir auxiliar nos cuidados com a avó. Todos esses elementos a deixavam preocupada, inclusive com queixas de dores abdominais.

Quando cheguei para essa visita domiciliar, G12 me acomodou na sala, onde estavam ela e sua avó. Na cozinha, estava sua mãe a ouvir toda a visita e, por vezes, tecia comentários. G12 integrou sua avó na visita, tentava explicar para a avó quem eu era e, hora ou outra, a avó interrompia a visita, querendo sair de onde estava, com períodos de confusão. G12 passou então a discorrer sobre os problemas que estavam a enfrentar com a avó devido ao Alzheimer. Relatou que toda a dinâmica familiar teve de mudar e que os cuidados ofertados à avó não estavam sendo suficientes, que estavam pensando em colocá-la numa Instituição de Longa Permanência. Nessa visita, escutei e teci comentários sobre esse cuidado, mas, sobretudo, me sensibilizei sobre o quanto a família pode impactar na gestação ou, até mais, como a família também faz parte da gestação. Aqueles relatos também diziam respeito ao processo de maternar. G12, mulher gestante, filha, mãe e neta estavam ali naquela visita (Relato de campo 37).

Fundamentada no diálogo, na autenticidade e na reciprocidade, a relação de fato foi construída e edificada. As visitas ocorreram de forma quinzenal, mas ousou dizer que G12 mantinha contato via mensagens no celular todos os dias com a enfermeira. Ao fim de cada mensagem, o sentimento de ambas era de satisfação pela interação estabelecida. G12, em busca de uma nova experiência de vida e de maternar, e a enfermeira, na busca de práticas de cuidados reconstrutivas.

Com isso, G12 realizou uma cesariana e uma laqueadura, não foi vítima de violência obstétrica, teve os seus direitos garantidos e ainda manteve uma relação com a enfermeira via mensagens de celular, mas se considerava autônoma e livre para seguir não dependente da relação. Considero o *rapport* alcançado.

### 5.1.13 Caso 13 – O pré-natal no Brasil

**Síntese:** O caso retrata a história de uma gestante, venezuelana, que está residindo no Brasil. Possui vínculo com dois serviços de saúde, estando a AB e o especializado a compartilhar o pré-natal dela. Contudo, informações sobre seus direitos e sobre a rede de atenção materno-infantil no município nunca lhe foram ofertadas pelos serviços. A intervenção da enfermeira é de dar suporte e acolhimento sobre os seus direitos e a utilização da rede. No histórico da relação, a enfermeira inclusive escreve uma carta a um dos médicos para que G13 tenha um direito e uma necessidade garantida.

#### **Relato do caso:**

As enfermeiras do ACEG compartilharam informações a respeito de G13. Centraram-se em compartilhar que se tratava de uma mulher, com 42 anos de idade e diagnóstico de hipertensão arterial. Julgavam o diagnóstico de risco ser a razão para a qual deveria receber as visitas domiciliares. Após o compartilhar, como de costume, a enfermeira visitadora entrou em contato via telefone. Na primeira fala de G13, com escuta atenta, observou tratar-se de uma pessoa de outra nacionalidade, o que se confirmou minutos depois. Assim, outras informações foram compartilhadas ali naquele momento. Casada, branca, de nacionalidade venezuelana, com dois filhos, residente no Brasil há três anos e estudante de pós-graduação a nível de doutoramento. “Qual seria sua necessidade?”, pensou a enfermeira, pois julgava estar diante de uma gestante com acesso à informação e entendimento sobre essa informação. Agendou a primeira visita, queria explorar mais, era um desafio.

O movimento de ir até sua casa deu início a fase dois que, com o progressivo compartilhar, confiar e estar junto uma da outra, progredindo para a fase três da teoria de Travelbee. A enfermeira se aproximou de uma forma pouco mais contida, era outra nacionalidade, queria compreender melhor a experiência de gestar e maternar em um país outro, com culturas, comportamentos e com uma atenção à saúde diferente daquela à que estava habituada. G13 revelou que sua vinda ao Brasil se deu devido às questões políticas de seu país de origem, a enfermeira refletiu, pensando que aquela vinda não ocorreu por um desejo da mulher e de sua família, mas, sim, por um refúgio, para ter uma vida, um maternar mais calmo e subsidiar condições à sua família. Também compartilhou sobre o seu acompanhamento pré-natal, mantinha vínculo com os dois serviços, ACEG e AB. Era o terceiro filho, em um país diferente do seu, com uma cultura totalmente diferente, e o conhecimento dessa cultura e da assistência pré-natal era quase nulo, como foi revelado pela própria mulher.



As visitas foram acontecendo, a gravidez de G13 se deu de forma regular, sem intercorrências. G13 compartilhava com a enfermeira sobre sua vida, sentimentos, angústias, estavam imersas nessa relação de confiança, entre o dar e o partilhar, as visitas eram prazerosas e leves para ambas. A enfermeira passou a observar que, ainda que G13 estivesse em uma posição de certa forma privilegiada (cito aqui o acesso e a continuidade do pré-natal em dois serviços, a facilidade de acesso à informação, uma rede de apoio consolidada no ambiente educacional), havia um sentimento de preocupação. Preocupava-se com o cuidado dos filhos mais velhos, com o ambiente educacional desses, com a experiência de gestar em idade mais avançada e, sobretudo, preocupava-se com a questão financeira.

Ademais, G13 tinha pouco conhecimento do funcionamento da rede de saúde materno-infantil, sempre questionando, trazendo necessidades em saúde e tirando dúvidas. E aí começou a aparecer o quanto G13 estava vulnerável, mantinha vínculos com dois serviços de pré-natal, dois médicos, profissionais diferentes, lugares e informações que se somavam, mas havia uma lacuna nas questões de seus direitos, a enfermeira observou e lançou esforços para suprir tal lacuna, partimos para a quarta fase do processo de Travelbee. Mais uma vez, foi um desafio. Aqui, o grande desafio foi articular e apresentar o pré-natal à G13, na busca de resgatar e apresentar o pré-natal em um país novo, mas sem abrir mão de sua nacionalidade. Ainda que haja semelhanças no desenvolvimento do pré-natal de ambos os países, há uma diferença nas questões de direitos. Nesse sentido, a enfermeira visitadora foi tecendo apontamentos sobre os direitos da gestante no Brasil, sobretudo sobre a lei do acompanhante, fato que não era do conhecimento de G13.

Nesta visita, apresentei a lei do acompanhante para G13. Ela me informou que em seu país não há essa garantia, logo, ficou muito surpreendida com essa possibilidade. Todavia, demonstrou preocupação com o planejamento, pois se preocupava com os cuidados aos filhos mais velhos. Quando contou um pouco sobre sua vida, revelou que não tinha nenhum familiar aqui na cidade para apoiá-la com os filhos. Penso em explorar um pouco a rede de apoio social de G13 no Brasil para pensarmos em articular um apoio quando houver tal necessidade (Relato de campo 38).

Paralelamente, a enfermeira desenhou a rede de atenção à saúde materno-infantil no município. Maternidade, unidades básicas, escolas, serviços especializados, todos esses serviços foram compartilhados, com intuito de conscientizá-la e ilustrar esse emaranhado de

rede, sempre articulado com o direito de acesso. À essa altura, G13 ainda não conhecia a maternidade, aqui foi realizada uma intervenção, a enfermeira agendou junto à G13 uma visita, fato que é um direito da mulher. A enfermeira saiu reflexiva da visita, preocupada, porém satisfeita, a rede havia sido visualizada por G13, pela primeira vez.

No desenvolvimento das visitas domiciliares, outras temáticas foram levantadas pela gestante. Assim, a enfermeira visitadora teceu apontamentos sobre o diagnóstico de hipertensão arterial e a gestação, o tratamento medicamentoso, o aleitamento materno e, por uma solicitação da gestante, a temática da laqueadura foi trazida para discussão, quando G13 revelou o desejo de realizar o procedimento. Nesse interim, a enfermeira visitadora explicou o procedimento, bem como a legislação vigente sobre esse assunto. Ademais, desenvolveu um trabalho de escuta desse desejo por parte de G13, para dar o subsídio necessário na sua escolha.

Percebo que há um desejo verbalizado por G13 para a realização do procedimento de laqueadura. Como G13 já se encontra com 31 semanas, é necessário iniciar o procedimento para autorização da laqueadura. Assim, nessa visita mostrei todos os caminhos, documentos necessários e a legislação vigente para o procedimento. No fim da visita, escrevi uma carta explicitando o desejo de G13 e a orientei para que a levasse na sua próxima consulta de pré-natal e apresentasse ao médico, uma vez que me relatou não ter tido essa temática abordada em consulta. Pensei na carta como uma forma de me comunicar com o médico e de atender a uma necessidade e um desejo de G13 (Relato de campo 39).

Nas visitas subsequentes, G13 foi comunicando e compartilhando os caminhos traçados dentro da Rede de Atenção à Saúde para a autorização do procedimento de laqueadura. Revelou que o médico leu a carta enviada pela enfermeira visitadora e que, prontamente, a orientou e encaminhou para dar seguimento. Um pedaço de papel, informações contidas nele, o partilhar entre enfermeira e gestante possuem significado para ambas, sustentando ainda mais a relação de confiança mútua, de reciprocidade. Uma reconhecia à outra em sua singularidade. Observou-se que G13 tinha até outro semblante, revelava o quanto a enfermeira e a interação com ela fazia sentido e transformou seu maternar.

Outro ponto a ser destacado na produção de cuidado é a temática do aleitamento materno. Nos dois nascimentos anteriores, G13 não teve auxílio profissional e revelou muita dificuldade em amamentar seus filhos, visto que o desmame ocorreu de forma precoce e os profissionais que a acompanhavam receitaram fórmulas lácteas, como forma de suprir a necessidade nutricional das crianças. Assim, diante dessa informação, a enfermeira visitadora

desenvolveu todo um trabalho de orientação e de suporte à amamentação, se colocando à disposição para auxiliá-la, de forma precoce, assim que o bebê nascesse e dando o aporte informacional necessário, bem como mostrando outros meios de informação para que G13 pudesse realizar buscas e leituras.

O nascimento ocorreu por via cesariana, G13 foi submetida à laqueadura e foi incentivada ao aleitamento materno. Ao fim, continuava a compartilhar informações, manteve contato com a enfermeira, mas demonstrava apropriação, com seus direitos garantidos, e autonomia para o cuidado do bebê e dos filhos mais velhos. Diante disso, considero a quinta fase da teoria de Travelbee, o *rapport*, alcançada. G13 estava preparada para seguir.

#### **5.1.14 Caso 14 – Gestante informada**

**Síntese:** O presente caso retrata a história de uma gestante, em uma segunda gravidez planejada e cujo maior desejo era ter um parto livre de violência, querendo esquecer os sentimentos advindos de sua experiência anterior. As intervenções da enfermeira visitadora envolvem a escuta ativa dos sentimentos e o acolhimento informacional, quando, tocada pela situação, desejou ajudá-la na possibilidade de ter uma experiência outra e positiva.

#### **Relato do caso:**

No ambulatório de alto risco, as enfermeiras compartilharam ser G14 uma mulher de 28 anos, com diagnóstico de diabetes gestacional e estar dentro dos critérios de inclusão. Apenas com essas informações, a enfermeira visitadora entrou em contato via telefone, ofereceu participação no estudo, convidando a mulher a integrá-lo. G14 aceitou prontamente, com certo entusiasmo em sua voz, mas não fez nenhuma manifestação verbal sobre o assunto. Com isso, a enfermeira agendou a primeira visita domiciliar.

Na primeira visita, sentadas na sala, G14 demonstrou ser uma mulher extremamente comunicativa. Compartilhou muitas informações sobre sua vida e gestação. A gestação atual ocorreu nove anos após a primeira, casada, é natural da Bahia e toda a sua família reside por lá. O seu companheiro, caminhoneiro, se ausenta com certa frequência da residência, pois passa dias e até semanas em viagem a trabalho, motivo de extrema tristeza para ambos, segundo G14, porque possuem o desejo de compartilhar mais todo o processo. Com isso, G14 revelou que passa muito tempo sozinha, motivo pelo qual aceitou receber as visitas, pois via nelas um

momento em que não estaria sozinha. A enfermeira foi tocada por esse momento, não deixou de pensar que há uma necessidade explícita de se relacionar, de não estar só – desejou explorar mais esse sentimento. G14, de forma bastante saudosa, manifestou a sua tristeza ao falar de sua família na Bahia, há uma vinculação entre eles muito forte e estar longe, geograficamente falando, é motivo de sofrimento. Ainda, na primeira visita, também manifestou interesse em saber mais sobre a diabetes e como ela afeta o crescimento da bebê, pois no pré-natal não lhe foi informado.

Assim, as visitas domiciliares foram todas conduzidas a partir de um encontro em que a pauta era posta pela própria gestante e correspondida pela enfermeira. G14 era extremamente comunicativa, havia sempre um desejo de resgatar as suas experiências anteriores, reafirmando um querer experienciar uma outra realidade, e a enfermeira ia ao encontro dessa relação. Bastante curiosa, G14 buscava informações na internet, em aplicativos de celular, buscava atualizar-se sobre intervenções desnecessárias na gestação e passou a reconhecer as violências obstétricas sofridas na experiência anterior e, mais do que isso, compartilhar para a enfermeira toda a sua trajetória. A essa altura, a fase dois da teoria da relação interpessoal estava já se findando para abrir caminho à próxima.

Nas visitas domiciliares, a enfermeira sempre buscava os conhecimentos prévios da gestante a partir da experiência vivenciada e fazia as intervenções necessárias, sempre articulando as informações com base nas necessidades do significado posto por G14. À medida que as visitas iam acontecendo e chegando mais próximo do momento do nascimento, G14 manifestava seu medo de sofrer violência obstétrica. A enfermeira quis entender os valores e sentimentos, se colocou numa posição de escuta, incentivando e solicitando o compartilhar da experiência sobre o medo, e acreditava ser possível uma nova experiência. Dentre as violências obstétricas sofridas, percebeu-se, diante das falas e dos sentimentos expressos pela gestante, que o jejum, a episiotomia e a solidão no momento do parto foram as violências com maior simbolismo para G14.

Ao relatar a experiência de parto anterior, G14 se mostrou extremamente preocupada e com muito medo de que as mesmas violências ocorressem na experiência atual. Ainda que tenha sofrido vários tipos de violência obstétrica, o jejum, a episiotomia e o fato de a terem deixado sozinha, sem qualquer tipo de contato ou cuidado no momento do parto, foram de um simbolismo extremo para G14, que se culpabilizava pela falta de informação e de conhecimento do que estava a acontecer com ela. Na descrição dos acontecimentos, G14 utilizou palavras como dor, fome, solidão e medo. Para mim, enfermeira, que

busca outras práticas de saúde, o sentimento é de ser minha responsabilidade garantir uma outra experiência (Relato de campo 40).

Nessa visita, ao passo que G14 revelava sua experiência, a enfermeira foi observando seu semblante, tom de voz e articulando-os com a primeira informação recebida. G14 aceitou receber visitas, pois não gosta de estar sozinha e a mantiveram sozinha durante o período em que mais precisou de acompanhamento. Mais do que tudo, o estar sozinha remetia aos sentimentos vivenciados nessa experiência de parto, era o que os profissionais e as Instituições de saúde deveriam evitar e acolher, era o que a enfermeira visitadora tentava promover com a relação ali estabelecida.

Imergirmos na fase quatro proposta por Travelbee. O movimento prioritário da gestante após revelar toda a experiência vivenciada foi compreender o que lhe havia ocorrido. Nessa fase, a enfermeira passou a conversar com G14 e acolhê-la de forma informacional. Em um tom de conversa, foi tecendo comentários sobre o que é a violência obstétrica, suas principais formas, o impacto causado na parentalidade e na experiência. Ao passo que ia fornecendo as informações, solicitava que G14 verbalizasse os sentimentos e as experiências que a remetiam aquele momento. Ao mesmo tempo, a enfermeira mostrava e/ou reforçava os caminhos pela busca de outras e novas informações, filmes, vídeos e leituras foram sugeridos enquanto materiais que pudessem lhe promover maior aporte informacional.

Essa busca e necessidade informacional se estendia a outros aspectos de sua gestação. De forma bastante marcante, G14 foi uma das gestantes que mais se queixou do cuidado recebido no pré-natal de alto risco, justamente por considerá-lo lacunar em termos de informação e de acolhimento. A essa altura, tendo mantido uma relação de cuidado com tantas mulheres, compartilhando tantas histórias e vidas, a enfermeira refletiu sobre as relações de cuidado estabelecidas no serviço especializado, uma vez que a maioria das necessidades manifestas são de cunho relacional. Portanto, ousar dizer, são possíveis de serem executadas desde que os profissionais estejam empenhados na construção de relações outras, no reconhecimento do outro como um ser mulher. Nesse cuidado relacional, manifestava-se o desejo de ser sem discriminação, equânime e humanizado, estendendo-se, ao serviço privado também.

A gestante estava afastada de suas atividades laborais devido às limitações impostas pela gestação. Com isso, sempre solicitava da enfermeira a apropriação na pauta dos direitos trabalhistas, dos direitos enquanto mulher e gestante e dos direitos após o nascimento. Com isso, a enfermeira visitadora acionou um advogado trabalhista e retornou as informações para G14. As visitas foram marcadas por essa busca e vontade da gestante em se apropriar de

assuntos que estavam relacionados com sua gestação. Nesse sentido, a enfermeira visitadora sempre se mostrou disposta a estar com a gestante e construir essa relação de ajuda e reciprocidade de forma conjunta. Outros assuntos conduzidos pelos encontros entre enfermeira e gestante foram aleitamento, desmame, sinais de trabalho de parto e métodos não farmacológicos da dor.

Na produção de cuidado, G14 se mostrou muito interessada pelos métodos não farmacológicos de dor. Em visitas anteriores, sem o conhecimento do que é um método de alívio de dor, citou por diversas vezes o quanto massagens realizadas por estagiários em sua região lombar contribuíram para o seu relaxamento no trabalho de parto da sua experiência anterior. Nessa visita domiciliar, levei várias fotos de gestantes utilizando diversos métodos não farmacológicos e lhe mostrei, resgatando o fato de que ela já havia experienciado um, mesmo sem ter a consciência disso. Foi uma visita extremamente prazerosa. Consegui remarcar a consulta que G14 perdeu e ainda conversamos sobre o aleitamento materno, a dificuldade, o que é o desmame e sobre os principais cuidados com o bebê no puerpério (Relato de campo 41).

G14 relata ter medo da maternidade do município, sobretudo pelos relatos negativos que escuta na sala de espera do pré-natal de alto risco. Nessa conjuntura, o movimento prioritário da enfermeira visitadora foi escutar esses relatos e tecer apontamentos de como o atendimento deve ser conduzido, desde a sua admissão até a sua alta, mapeando os aspectos que envolvem um cuidado genuíno e informando sobre eles. A intenção, aqui, foi de estimular o processo de informação de G14, empoderando-a ainda mais para o reconhecimento e a não aceitação de práticas violentas e desnecessárias. Mais do que isso, a enfermeira queria dar uma possibilidade outra à G14 para vivenciar de maneira positiva um momento que é tão único.

O *continuum* da produção de cuidado se deu de forma bastante fluida. O recurso *WhatsApp* foi usado entre enfermeira e gestante e reforçou os encontros terapêuticos, sobretudo no reconhecimento do aporte informacional que G14 adquiriu para detectar e conduzir de forma autônoma todo o processo de trabalho de parto. Posto isso, G14 vivenciou um momento de parto vaginal, sem intervenções e acompanhada de seu marido. Considero o *rapport* alcançado.

### **5.1.15 Caso 15 – Afastando-se do pré-natal de alto risco: problematizando relações no serviço especializado**

**Síntese:** O caso 15 retrata uma gestante de alto risco em sua quarta gestação não planejada. No histórico de sua vida, há violência obstétrica e dificuldades de acesso à métodos contraceptivos. As consequências de tais eventos em sua vida são tão atemporais que, diante das relações pouco amistosas e respeitadas no serviço do pré-natal, prefere afastar-se desse e aguardar o momento oportuno para solicitar atendimento e uma cesariana na maternidade. As intervenções da enfermeira, neste caso, estão no âmbito da vigilância contínua de sua saúde e do bem-estar fetal, aumentando a frequência das visitas domiciliares e dando suporte emocional, informacional.

#### **Relato do caso:**

Neste caso, novamente a enfermeira retirou os dados da gestante através do caderno disponibilizado no ambulatório. As informações contidas relatam tratar-se de uma gestante, diagnosticada com hipertensão arterial e diabetes gestacional, de 34 anos de idade e em sua quarta gestação. Com isso, entrou em contato com a mulher via telefone, e, após o aceite por parte da mesma, agendou a visita domiciliar. Ao manifestar-se sobre o aceite, relatou ser importante um acompanhamento mais próximo.

Ao dar início às visitas domiciliares, G15 passou a compartilhar outras informações sobre sua gestação e sobre sua vida para a enfermeira. Revelou que a gestação não foi planejada, nem desejada, e, com o não planejamento de uma gravidez, tentou agendar a implantação de um dispositivo intrauterino (DIU). Contudo, por problemas da Rede de Atenção à Saúde na demora do seu agendamento e na impossibilidade de não poder utilizar anticoncepcionais orais, o desfecho foi a gestação atual. Com isso, foi discorrendo sobre si e compartilhou o seu principal medo, o motivo pelo qual aceitou receber visitas domiciliares e dar seguimento ao pré-natal: quer assegurar que sua filha não apresente alterações cardíacas, como sua filha mais velha apresentou. No continuar de sua história, a enfermeira notou que além do medo do bebê imaginário *versus* o bebê real, G15 ainda tem medo dos elementos que rodeiam um problema cardíaco. Revelou a transferência intermunicipal, os dias intermináveis de internação, a tensão pela filha ser submetida a uma cirurgia cardíaca. Era tudo o que G15 queria evitar, queria ter a segurança de que tudo ocorreria bem. Na busca por essa segurança, durante as visitas e as consultas pré-natais, G15 clamava por sinais e sintomas, exames de imagem e questionamentos para confirmar a ausência de alterações.

À medida que as visitas iam acontecendo e a relação se estabelecendo, outras revelações e outros sentimentos eram colocados. G15 era uma gestante extremamente comunicativa,

porém tensa, demasiado preocupada, e a enfermeira foi observando que havia muitos traumas e experiências de relações com profissionais de saúde não muito exitosas. Nessa fase, a enfermeira se colocou em uma posição de proximidade, evitando os julgamentos e tentando ajudá-la, iniciou-se a fase três proposta por Travelbee. Dessa relação, a enfermeira foi acessando o motivo do seu descontentamento nas relações de cuidado. Quando a gestante revelou já ter recebido várias negativas para um método contraceptivo permanente, não entendi o porquê. Era uma necessidade. No revelar da necessidade, G15 relata o desejo de que esse método estivesse de alguma forma relacionado a ela, e não ao companheiro. Nesse cenário, a enfermeira em uma tentativa de ajudá-la, incentivou que G15 manifestasse novamente o seu desejo de realizar o processo de esterilização em sua Unidade Básica de Referência. Concomitantemente, entrou em contato com as enfermeiras do serviço especializado e com alguns profissionais de referência para compreender melhor como se dá o processo de laqueadura no município em que as visitas foram desenvolvidas.

Entrei em contato com uma enfermeira da Rede municipal e descobri que no município há uma quantidade limite de laqueaduras que podem ser realizadas. Quando o município atinge esse valor, outras operações não podem mais ser realizadas. É preciso pensar em outra alternativa para G15, a dificuldade de acesso não pode ser uma alternativa nessa história (Relato de Campo 42).

Outro marco da visita domiciliar à G15 foi a temática do parto. Para contextualizar essa necessidade, é preciso resgatar o histórico de experiência de parto e nascimento da gestante. Em sua primeira gestação, o nascimento foi por via vaginal, que segundo ela, se deu sem alterações; em sua segunda gestação, foi por via cesariana; em relação ao terceiro nascimento, esse de memórias mais recentes e de experiências negativas, G15 revelou que foi por via vaginal e relembra de inúmeros toques vaginais, sobretudo toques realizados por estudantes, relatando o uso de ocitocina de forma intermitente. G15 relatou que, com o uso da medicação, as dores se deram em demasia. Devido a isso, sua experiência foi negativa e, embora tivesse o desejo de passar pela experiência da via vaginal novamente na gestação atual, tem medo.

A visita de hoje foi marcada por falas de G15 que remetem à sua experiência de parto e nascimento anterior. G15 foi enfática em falar que não deseja passar pelo que passou, que tem medo dos toques, que não deseja ser tocada novamente e que não quer enfrentar aquela dor. Primeiro, me assegurei de compreender toda a história. Quis



compreender a cascata de intervenções desnecessárias que ocorreram na experiência de parto e a partir daí promovi um suporte informacional sobre o que é violência obstétrica; mostrei casos de sucesso e dei todo o aporte informacional necessário, sobretudo na afirmação de que ela não deve se sentir culpada pelo ocorrido e que há experiências que podem ser positivas. Todavia, G15 afirmou o desejo de esperar o tempo que for necessário para a realização da cesárea (Relato de campo 43).

À medida que íamos avançando com as visitas, cada vez mais G15 relatava não encontrar espaço para uma conversa sobre a temática do parto dentro do pré-natal de alto risco, o que culminou no seu afastamento desse cuidado. Em visita domiciliar, verbaliza não desejar mais passar em consultas, pois não se sentia acolhida em suas necessidades. G15 relatou que os profissionais do alto risco não a haviam abordado ainda para questioná-la sobre os seus desejos, tampouco lhe garantiram um acolhimento informacional sobre as vias de parto. O desfecho foi o afastamento da gestante do serviço especializado, fato que preocupou a enfermeira visitadora, mas a colocou em vigília, mais atenta. Nessa conjuntura, a fase quatro se iniciou. Com uma relação de confiança e de vínculo já estabelecido, a enfermeira visitadora se colocou e disponibilizou com o suporte necessário à G15. Aproximando-se das 40 semanas de gestação, e na observação de que G15 estava irredutível com o comportamento de se afastar do pré-natal, a enfermeira passou a manter visitas domiciliares com frequência semanal. Concomitantemente, diálogos de orientação e suporte se mantiveram todos os dias por mensagens de celular, inclusive com ligações telefônicas.

Diante desse cenário, a enfermeira visitadora desenvolveu todo um trabalho de relembrar todos os processos do trabalho de parto, incentivou o monitoramento contínuo e permanente dos níveis de glicemia e pressão arterial e solicitou que G15 buscasse a maternidade em qualquer situação. G15 assim o fez, foi por diversas vezes à maternidade para assegurar que tudo estava bem, além de buscar algum profissional que lhe fizesse a cesariana. Todavia, o discurso dos profissionais que a avaliavam era de que gostariam de induzir o parto. G15 se negou todas as vezes e, após assegurar-se do bem-estar materno e fetal, discursava dizendo à enfermagem que, diante da informação de bem-estar do bebê, iria retornar ao seu domicílio e esperar. A enfermeira visitadora manteve conversas em paralelo e ainda realizando as visitas domiciliares, mostrava os caminhos à G15.

Toda essa história me gerou muita tensão. De uma certa forma, me sinto conivente desse afastamento de G15 do pré-natal, mas entre nós há uma relação de confiança e vínculo que faz com que G15 se comprometa

com as orientações e ajuda que forneço. Em momento algum estou a negligenciar o seu cuidado, mas é inegável não refletir mais uma vez que o pré-natal de alto risco é tão lacunar que mulheres preferem evitá-lo (Relato de Campo 44).

Contudo, em uma das consultas na maternidade, finalmente um médico a conduziu para a operação cesariana. Ali, me revelou que a experiência havia sido da forma como desejava.

#### **5.1.16 Caso 16 – Rede de apoio**

**Síntese:** O presente caso retrata a articulação de uma gravidez planejada e muito desejada junto a um companheiro que, sendo usuário de drogas, estava sem usá-las há algum tempo, assim decidiram ser esse o momento adequado. Mas, no decorrer da gestação, seu companheiro teve uma recaída e a mulher se viu só, desesperançosa, mas ainda desejando desenvolver cada momento de sua parentalidade. As intervenções envolvem o acolhimento emocional e o pensar em uma rede de apoio para lhe auxiliar nesse momento, que se fez tão solitário e tão feliz ao mesmo tempo.

#### **Relato do caso:**

No ambulatório de alto risco, a enfermeira visitadora encontrou o nome de G16 e algumas informações sobre ela. Dentre elas, estavam ser G26 uma mulher de 42 anos, em sua primeira gestação, sob diagnósticos de diabetes e hipotireoidismo. Colhidas essas informações, a enfermeira entrou em contato com G16, conversou sobre as propostas e como as visitas seriam conduzidas. G16 prontamente aceitou o convite, manifestou que, por sua idade e por tratar-se de uma primeira gestação, era de fato necessário ter um acompanhamento mais próximo.

Iniciamos a segunda fase proposta por Travelbee assim que a primeira visita foi agendada e realizada. G16 passou a compartilhar informações sobre o seu maternar e sobre sua vida. É mulher, trabalha como balconista de um supermercado e é casada. Compartilhou que sua gestação foi planejada com o companheiro, pois ele é usuário de drogas e está a algum tempo sem fazer uso delas. Por isso, decidiram ser aquele o momento ideal para avançar no relacionamento do casal. Ainda nesse primeiro contato, revelou que a apropriação de seus diagnósticos de alto risco era uma necessidade.

Observou-se que G16 manifestava a necessidade de conhecer cada fase da gestação, do desenvolvimento da bebê, inclusive mantinha comportamentos extremamente saudáveis, tudo para garantir uma gestação sem intercorrências. Havia uma necessidade de apropriação, de

desenvolver a parentalidade em todas as suas fases, aquele maternar era tão desejado, refletiu a enfermeira. À medida que a enfermeira e a gestante foram avançando na relação, ambas foram se disponibilizando, aproximando-se, compartilhando de forma autêntica e recíproca.

A essa altura, as fases três e quatro se articulavam. No sentido de compreender os sentimentos e comportamentos relacionados ao diagnóstico e a essa experiência, a enfermeira foi questionando G16 sobre a sua vivência, sua experiência sobre esse gestar, a incentivava a falar sobre sua parentalidade. No desenrolar da produção de cuidado, muitos foram os questionamentos e as apropriações de G16. Em uma das visitas, a enfermeira a auxiliou na escolha do enxoval, dando subsídios e informações necessárias para que G16 realizasse a compra. Nesse ínterim, a enfermeira inclusive a auxiliou na busca por produtos de qualidade e financeiramente alcançáveis para G16, sobretudo por ser uma necessidade explícita dela. Ademais, G16 participou de cursos e palestras relacionadas ao parto e à amamentação, realizou a visita na maternidade, aspectos, esses, que foram influenciados pela enfermeira visitadora, posto que a mesma trouxe para as visitas domiciliares a possibilidade e o direito de G16 participar desses momentos.

G16 é financeiramente independente, todavia, o seu companheiro contribui com as despesas da casa. Na continuação da produção de cuidado, o companheiro de G16 foi demitido e, somado a isso, a filha de seu primeiro relacionamento passou a residir com eles. Com todos esses acontecimentos, G16 começou a observar um comportamento mais agitado de seu companheiro. Assim, diante da situação, com o auxílio de sua enteada, G16 promoveu a internação de seu esposo, marco dessa visitação.

Na visita de hoje, G16 relatou que, durante a última semana, seu companheiro teve uma recaída e fez uso de drogas. Relatou que não teve escolha a não ser interná-lo, fato que foi aceito voluntariamente por ele. Nessa visita, a única necessidade de G16 era ter um espaço para relatar os seus sentimentos, sem julgamento. Angústia, tristeza e decepção marcaram essa experiência. G16 chorou e se disse perdida, sobretudo pelo fato da proximidade do parto e da sensação de impotência, pois não sabia o que fazer sem o companheiro, companheiro que, inclusive, seria o seu acompanhante na maternidade (Relato de campo 45).

É inegável dizer que a enfermeira sofreu junto. Uma gestação tão planejada, de uma certa forma tão solitária, mas cheia de esperança, acabou por perder o seu brilho mais intenso. Nessa fase da visita, a enfermeira já havia realizado um trabalho de resgatar a rede de apoio de

G16, tudo para auxiliar no processo de enfrentamento e planejamento no momento da ida à maternidade. Contudo, diante dessa nova revelação, se viu na necessidade de uma outra abordagem, em conjunto, para que pudessem pensar em novas estratégias de apoio, em um novo acompanhante, em novas pessoas que fizessem parte de sua rede.

O movimento prioritário foi de desenvolver e refletir de forma conjunta cada momento em que seria necessário acionar uma pessoa. A enfermeira utilizou questionamentos do tipo “Quem pode levar você até a maternidade?”; “Aqui na sua casa, quem poderá lhe auxiliar com as tarefas domésticas?”, dentre outros. Assim, ambas foram esquematizando esse caminhar, que ganhou mais concretude a partir do planejamento. Ademais, a enfermeira teceu apontamentos sobre o papel do acompanhante, bem como da importância de se ter alguém durante todos os períodos do parto e do puerpério.

A irmã de G16 me enviou uma mensagem no celular informando que levou G16 à maternidade e que estava junto a ela de acompanhante. De forma bastante curiosa, me enviou uma mensagem com uma solicitação para que eu ficasse calma, pois G16 havia repassado a informação sobre a importância e o papel do acompanhante durante essa fase, aspectos, esses, que ela havia compreendido e que já estava a exercer (Relato de campo 46).

No momento do parto e do nascimento, G16 esteve acompanhada de sua irmã. Desenvolveu seu materno e aproveitou cada momento junto à filha. G16 continuou a mandar mensagens e ainda estabelecia contato com a enfermeira visitadora, mas estava pronta para seguir não dependente da relação. Por isso, considero a quinta fase proposta por Travelbee como alcançada.

#### **5.1.17 Caso 17 – Carência informacional**

**Síntese:** O caso retrata o diagnóstico de alto risco, a necessidade de repouso e medo associado com a carência informacional da mulher. Em sua primeira gestação, planejada e desejada, G17 se depara com uma situação que lhe põe a prova. No histórico do pré-natal, recebe informações que pouco compreende e busca na figura da enfermeira o acolhimento informacional necessário. Confia nela, se entrega e compartilha sobre sua vida. As intervenções se deram quase que exclusivamente com informações.

#### **Relato do caso:**

O início da fase um proposta por Travelbee, para este caso, destoou de todos os outros. O compartilhamento de informações sobre G17 veio através de uma docente, responsável pela mediação de um grupo de gestantes que se encontravam quinzenalmente de forma remota e compartilhavam experiências, recebiam educação em saúde e articulavam-se entre si no compartilhar da maternagem. Sabendo que estava a desenvolver visitas domiciliares, a docente veio até mim e compartilhou ser G17 uma gestante de 28 anos com uma necessidade informacional explícita e recentemente diagnosticada com placenta prévia, fator que a conduziu para o pré-natal de alto risco e lhe causou muito desconforto, sobretudo, por não compreender a sua condição e o maternar em alto risco.

Com essas informações, a enfermeira entrou em contato com G17. O início da relação foi um pouco conturbado. A enfermeira quase desistiu de fornecer visitas à G17, pois, ainda que ela tivesse aceitado receber as visitas, sempre que a enfermeira tentava agendar um primeiro encontro, desmarcava ou acontecia algum imprevisto. Entretanto, a enfermeira sentiu que era necessário insistir e assim o fez. Depois de algumas tentativas, conseguiu agendar a primeira visita domiciliar. G17 é extremamente comunicativa, revelou seus sentimentos, sua vida e informações sobre sua família. Está em sua primeira gestação, vive em uma área rural do município em que as visitas foram desenvolvidas, reside com os pais e o seu companheiro. Nesse momento, havia descoberto que, além da placenta prévia, também havia uma suspeita de descolamento prematuro da placenta. Por esses motivos, estava em repouso absoluto no leito, sendo a primeira gestante deste estudo a estar nessa condição. A enfermeira ficou bastante reflexiva ao ver G17 somente deitada, em repouso, mexendo em seu celular, sobretudo por ela demonstrar tanta tristeza em estar ali. Logo nesse primeiro encontro, revelou saber da necessidade de estar em repouso, mas manifestava estar triste, pois se considera uma pessoa ativa, que gosta de trabalhar, sair e estar em contato com o meio ambiente. Naquele momento, a enfermeira percebeu que aquele viver estava muito longe da gestação que G17 havia idealizado para si, quase manifestando frustração e culpa de estar naquela condição.

Progressivamente, fomos sendo lançadas às fases dois e três da teoria relacional de Travelbee. Entre o compartilhar, o dar e receber, havia uma relação de confiança que estava ali sendo estabelecida. Por várias vezes, G17 clamou por outras visitas para a enfermeira, antecipando a data das visitas agendadas. A enfermeira, em atitude solícita, atendeu às suas manifestações e necessidades. Ao passo que os encontros foram acontecendo, G17 foi revelando que as informações que lhe eram passadas eram muito vagas e abstratas, queria mais. Ao passo que, ao descobrir o diagnóstico de alto risco, buscava meios de acessar outras

informações, pois sentia as informações passadas no pré-natal serem de certa insuficiência, demonstrava-se consciente do diagnóstico. No entanto, tinha necessidade de maiores esclarecimentos sobre o desenvolvimento da gestação, o risco de sangramento e a compreensão do processo de repouso.

Nessa visita, conversamos sobre o repouso de G17. Antes de vir para a visita, me preparei e fiz diversas leituras sobre o repouso, a ocupação do tempo, o que poderia ser feito para diminuir os desconfortos de se manter na mesma posição, sobre a sua importância e as suas indicações. Relatei à G17 que encontrei um site norte-americano de mulheres gestantes que narram, e discorrem sobre, a experiência de se manterem em repouso, como ela. Também conversamos da possibilidade de uma colega docente de fisioterapia lhe auxiliar com os movimentos em repouso, tudo para ajudá-la a enfrentar esse processo. G17 demonstrou contentamento. A visita foi prazerosa (Relato de campo 47).

No início da produção de cuidado, um espaço de narrativa foi cedido a G17. Ao narrar toda a sua trajetória na gestação, revelou que, quando apresentou o primeiro episódio de sangramento, se deslocou até a maternidade e que, a partir dali e diante do atendimento recebido, sentiu a necessidade de se empoderar e de receber suporte informacional. G17 narrou que foi atendida por estudantes – cerca de 10 – sendo que quatro realizaram o toque vaginal e insistiram no toque até serem sinalizados por ela do desconforto que lhe estavam causando.

Quando G17 me contou sobre as situações de violência obstétrica, toques excessivos, fui remetida ao termo “vagina escola”. É uma realidade tão cruel e tão próxima que me sinto responsável para que G17 busque, sim, uma nova experiência, livre de danos e de violência. Sentimentos de medo, culpa, preocupação e desinformação rodeiam sua experiência (Relato de Campo 48).

Outra revelação foi a solidão vivenciada no ambiente da maternidade. Devido ao sangramento, relatou à enfermeira que permaneceu por dois dias hospitalizada para observação clínica. Narrou cenas de total falta de cuidado que ocorreram durante essa hospitalização, quando foi deixada sozinha, sem auxílio e sem suporte informacional adequado. Nesse ínterim, G17 clamava por um cuidado digno, estava insegura com o cuidado ofertado até então e buscava o aporte necessário para compreender aquele novo cuidado, queria ser auxiliada nisso, e a enfermeira se dispôs a seguir essa caminhada com G17, juntas.

Ao se deparar com cenas de cuidado que lhe davam insegurança, somado ao fato de que estava em repouso absoluto, G17 acabou por se afastar dos atendimentos, fato que a fez atrasar

as vacinas preconizadas para a gestação. Assim, o primeiro movimento da enfermeira visitadora foi de reconhecer a dificuldade que G17 tinha para se dirigir até a Unidade e acionou a enfermeira da Unidade de Referência para que, em visita domiciliar, o esquema vacinal de G17 fosse completado.

G17 é extremamente comunicativa, tem muitos questionamentos e demonstrou interesse em permanecer com as visitas simultaneamente ao grupo de gestantes. É a primeira gestante que participa de um grupo. No encontro de hoje, G17 revelou algumas necessidades na produção de cuidado, sendo uma melhor compreensão da condição de placenta prévia e o desejo de não ser vítima de violência obstétrica os mais clamados na visita (Relato de Campo 49).

Assim, a enfermeira visitadora estimulou a leitura de alguns documentos, fato que era bastante solicitado por G17, e ilustrou com vídeos, informações e imagens, o diagnóstico de placenta prévia. A enfermeira se colocava numa posição de suporte, apoiando e reforçando uma conversa sobre o diagnóstico, sobre os riscos de sangramento, bem como o que fazer em casos de sangramento. A partir daqui, foi-se criando uma relação de confiança, a quarta fase já estava posta. G17 acionava a enfermeira, comunicava as suas tomadas de decisão e suas condutas relacionadas a gravidez. Por exemplo, sempre comunicava como abordaria o médico sobre determinado assunto, as suas escolhas, como se posicionava no grupo de gestantes, dentre outros. Nessa fase da relação, havia vínculo e uma aceitação, por ambas as partes, do processo que estavam a viver.

Um dos marcos da visitação foi a temática do parto. O movimento prioritário da enfermeira para a produção de cuidado foi oferecer informações sobre os tipos de parto, escutando e abordando os conhecimentos prévios de G17, buscando compreender o seu desejo, dando suporte às suas escolhas, promovendo seu empoderamento e sua autonomia. Todavia, o grande desafio dessa visitação estava em promover a escolha individual de G17, quando a enfermeira observou que a decisão do médico que estava a conduzir o seu pré-natal se sobressaía, influenciando a gestante na escolha pela cesariana.

Ainda na produção do cuidado, G17 enviava fotos para a enfermeira, lhe comunicava alterações, compartilhava informações que encontrava na internet com ela. Com isso, a enfermeira visitadora reforçou ainda mais esse interesse em desenvolver a parentalidade, em descobrir um novo maternar, de forma prazerosa e leve.

Perto do nascimento, G17 fez a opção pela cesariana. A enfermeira agiu de forma a dar suporte à sua escolha. Manteve um longo contato com a enfermeira, ainda buscando tirar

dúvidas e compartilhar a sua vida, mas G17 estava se comportando de forma muito autônoma, exercendo o seu papel dentro desse materno. Considero o *rapport* alcançado, G17 não dependia mais da relação.

## 6. DISCUSSÃO

A análise dos casos e do cuidado das enfermeiras à luz dos preceitos da relação pessoa-a-pessoa na prática da visita domiciliar permite afirmar que os objetivos do cuidado da enfermagem são delineados e perseguidos a partir das relações interpessoais estabelecidas. As gestantes de alto risco, no papel de demandantes do cuidado e colaboradoras ativas e essenciais na tessitura dele, convidam e desejam o suporte profissional e dão pistas do percurso a ser seguido. Elas, ao serem captadas pela enfermeira, vão tecendo correspondências, estreitando a relação e ampliando a exposição de cada qual na relação. Uma forte evidência relativa a esse desejo, a essa abertura e necessidade, diz respeito à ocorrência da 2ª e 3ª fase da teoria do relacionamento interpessoal de Travelbee, fases que se manifestaram nas primeiras VDs, quando não, na primeira. Contudo, fica assinalada a necessidade de correspondência por parte da enfermeira às pistas e aberturas expressas. O interesse demonstrado em entender vai conduzindo e criando um contexto relacional favorável à exposição de particularidades e à apresentação de necessidades específicas. O cuidado só na, e a partir da, relação, está diretamente articulado a necessidades em face às demandas que a situação imputa à mulher e sua família. São necessidades que assim se constituem em função de uma historicidade de uma existência em um dado contexto social e cultural.

Neste estudo, entre tantos casos, há uma diversidade de histórias de vidas e modos de viver, de dar sentido e enfrentar a gestação de alto risco. Por vezes, fica evidente a repetição de processos, quando abordagem, movimentos e demandas se assemelham nas diferentes histórias, mas é importante destacar a diversidade e a particularidade, mesmo naquilo que pode parecer muito semelhante. E isso acontece porque se explorou como caso o cuidado a partir da RELAÇÃO enfermeira e gestante de alto risco na visita domiciliar e o cuidado. Esse encontro favoreceu o intercâmbio de revelações e possibilidades na conjuntura singular de cada situação e, dessa forma, não nega, pelo contrário, aceita e criativamente tece o acolhimento nas possibilidades reais e concretas.

Para tanto, à enfermeira foi essencial a apropriação do referencial do relacionamento interpessoal de Travelbee e o conceito de cuidado ali sustentado. Quando o enfermeiro se disponibiliza e garante um olhar para o cuidado enquanto balizador de relações construídas, o



direcionamento do suporte vai ao encontro às necessidades específicas de cada mulher, mostrando que o enfermeiro pode, e deve, ser suporte, mas a centralidade da demanda é do outro. O olhar atento, valorizador da relação, viabiliza as particularidades, quando as intervenções terapêuticas são postas de forma propositada e individualmente. Desse modo, o encontro do significado e do sentido na doença e na vida está sempre lançado na relação do demandante do cuidado com o enfermeiro, o que reclama para esforços de compreensão e respeito às individualidades, às limitações e potencialidades de cada pessoa (demandante do cuidado e enfermeiro).

É importante enfatizar que todos os casos aqui narrados refletem a realidade da vida das participantes. Emoções, conflitos familiares, sentimentos, concepções e reflexões do processo e do desenvolvimento do gestar em alto risco foram narradas a partir de um caso vivido no seu real, onde enfermeira e gestante estabeleceram a relação pessoa-a-pessoa. A relação permitiu o encontro entre enfermeira, gestante, família, rede de atenção à saúde e os saberes envolvidos com a singularidade de cada um. Essas versões nos guiam para o entendimento de que os encontros que valorizam a relação desvelam-se no. e a partir do. fortalecimento do vínculo e favorecem a autonomia na medida em que o cuidado é tecido.

Essa ancoragem favoreceu a construção colaborativa, a solicitude, a disponibilidade para engajar-se com a tessitura compartilhada do cuidado. O processo é retroalimentado pelo testemunho de sofrimentos, de negativas, mas também pelo testemunho ativo da tendência de suprir necessidades (parcial ou completamente) sob o resgate ou a progressão da autonomia. Assim, a análise dos casos permitiu afirmar ser o referencial teórico de enfermagem Relação Interpessoal (pessoa-a-pessoa) de Travelbee potente para o cuidado pré-natal a gestantes de alto risco, por favorecer a revelação de aspectos a serem trabalhados e de núcleos que clamam por suporte, a exemplo do preparo para o enlutamento, sobretudo no contexto do risco iminente de morte, do acolhimento informacional e do acesso aos direitos e serviços, dentre outros. O desdobramento desse cuidado é o empoderamento da pessoa da mulher gestante, contribuindo para que ela estabeleça sentidos e lutas para seu viver e gestar.

Chama-se a atenção para o quanto o enlutamento é comum a muitos casos. Quando pais projetam, desejam, planejam uma gestação, a parentalidade é logo desenvolvida e pensada (BOLIBO et al., 2018). Projeta-se um bebê imaginário, uma gestação sem intercorrências, uma parentalidade quase que envolvendo uma ordem progressiva de acontecimentos. Acontece que quando essa parentalidade e gestação é interpelada pelo risco do nascimento prematuro, por malformações, doenças congênitas, entre outras situações que tornam o bebê imaginário

diferente daquele real, expectativas, frustrações, sentimentos negativos são vivenciados (CÔTÉ-ARSENAULT; DENNEY-KOELSCH, 2016; BOLIBIO et al., 2018). É nesse momento que a mulher clama por ser acolhida e que o profissional auxilia no enlutar, prática recorrente no presente estudo quando as mulheres se viam diante de situações concretas de um bebê real *versus* um imaginário ou diante de possibilidades para um bebê real *versus* um imaginário, ambas situações causando-lhes sofrimento.

Nesse núcleo, destacam-se, aqui, os cuidados paliativos enquanto estratégias cuidativas adotadas pelas enfermeiras visitadoras, ainda que nenhuma gestante tenha tido o óbito enquanto desfecho. O foco da estratégia, segundo recomendação do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (AGOC) (2019) é a oferta de um cuidado, que deve aparecer em gestações complicadas e que envolvem o risco de morte, com o objetivo de promover qualidade de vida e conforto para mães e recém-nascidos em condições de risco. Com isso, dentre os cuidados aconselháveis, estão a oportunidade de conhecer e acessar a outras especialidades neonatais e pediátricas quando necessário, o apoio emocional e informacional durante o pré-natal e o parto, incluindo aconselhamento para o luto; todos eles aspectos que foram aqui tratados e de preocupação para as enfermeiras visitadoras.

Um segundo elemento comum é o acolhimento informacional. Há muito vem sendo discutida na literatura a carência informacional de gestantes de alto risco, seja nos serviços de pré-natal, seja em casos em que a hospitalização é posta (RICHTER; PARKES; CHAW-KANT, 2007; TUNÇALP et al.; 2012; SILVA; SILVEIRA; GOMES-SPONHOLZ, 2016; SOUZA et al.; 2020). Curioso é pensar que poucos avanços foram dados nessa direção, quando estudos mais recentes comprovam essa lacuna assistencial (AMORIM et al.; 2017; SOUZA et al.; 2020), denunciando as inequidades dos serviços de pré-natal. Neste estudo, não é diferente, as mulheres que realizavam pré-natal, inclusive em ambos os serviços, especializado e AB, estão despreparadas em termos de conhecimento.

Reflexo disso, na relação pessoa-a-pessoa, a carência informacional aparece em praticamente todos os casos, quando, na direção de acolher e dar suporte para essa gestante e sua família, o orientar e informar ganha centralidade no cuidar. A grande discussão, aqui, é que as enfermeiras visitadoras se lançam nesse acolher, mas não encontram nos serviços a mesma atenção e o mesmo acolhimento informacional, por isso suportam essa necessidade sozinhas. É inegável não pensar o quanto as mulheres são privadas de um direito básico, simples, envolvendo apenas a tecnologia leve do cuidado, como reflexo disso, percebe-se que, quando

encontram alguém disposto para isso, criam vínculos e, talvez por esse motivo, se lançam à relação logo nas primeiras visitas.

Essas nuances problematizam também o contexto em que a relação pessoa-a-pessoa foi estabelecida, no caso, o ambiente domiciliar. A visita domiciliar como uma tecnologia de interação no cuidado à saúde (SAKATA et al.; 2007) e ponto de partida de novas interações com gestantes de alto risco (SOUZA et al.; 2022) encontra no ambiente domiciliar um espaço promotor para os encontros. O espaço do domicílio é privilegiado para a construção de relações, fez com que as mulheres se expressassem livremente, compartilhando suas vidas e angústias, seus sofrimentos, e reconheceram o lugar de destaque de cada um no viver o alto risco (SOUZA et al.; 2022)

No entanto, defende-se aqui que o contexto apenas se compôs para a compreensão da história, da experiência, e para o reforço na construção de vínculo e cuidado, mas o grande mote é a disponibilidade e o atitudinal do estar com, relacionando-se entre humanos, pessoa-a-pessoa. E, ainda, a prática da visita por si só, sem uma ancoragem para o atitudinal do profissional, não é suficiente para alcances dialógicos e reveladores das necessidades. Implica às enfermeiras ou a outros profissionais de saúde atitudes que superem a unilateralidade dos paradigmas biomédicos, com investimento nas relações dialógicas e ampliação do olhar e da escuta para a complexidade da vida da gestante (MIRANDA; SILVA; MANDÚ, 2018), sem os quais não há relação pessoa-a-pessoa.

A partir do entendimento das gestantes como protagonistas e da valorização das interações a cada encontro, a VD, da forma como foi aqui relatada, permitiu o envolvimento relacional, o fortalecimento do vínculo, e favoreceu a tessitura do cuidado. E, ainda, pela comunicação, o relacionamento terapêutico foi estabelecido, com o objetivo de auxiliar as mulheres a lidarem com o materno no alto risco, encontrando significado nesse viver.

No modelo hegemônico de atenção à saúde materna, há pouco (ou nenhum) espaço para que os encontros aconteçam. A comunicação é bidirecional, limitada ao momento de um procedimento ou a um determinado assunto e, na maioria das vezes, só acontece quando há permissão do profissional que está a conduzir o cuidado. A consequência desse encontro, se é que podemos chamar de encontro, é o olhar restrito do profissional aos aspectos físicos e patológicos, quando se deveria olhá-lo e percebê-lo em sua integralidade (JUNQUEIRA; JUNQUEIRA, 2009).

No percurso da produção à saúde de mulheres gestantes de alto risco, o olhar para a saúde da mulher esconde o bem-estar fetal. Um estudo que objetivou desvelar as orientações

recebidas sobre o parto durante o pré-natal de alto risco revelou que, quando a temática do parto faz parte das abordagens realizadas em consulta, as orientações recebidas são direcionadas à saúde e ao desenvolvimento fetal, com enfoque nos riscos, corroborando as situações de urgência e emergência na evidência de um parto prematuro e da cesariana (LOURENÇO et al.; 2020).

A representação social da maternidade é significada como função e como expressão do amor materno, sobretudo ligada à responsabilização de cuidar do filho. Assim, manter o bem-estar, aderir aos tratamentos, aos exames e à consulta de pré-natal enquanto forma de garantir um bom desenvolvimento fetal é o cenário vivido e potencializado no alto risco. No caso das gestantes com algum diagnóstico que lhes configure como risco, o zelo de cuidar da gestação é acrescido pelo zelo da saúde do bebê. Em outras palavras, e referenciando aqui o diagnóstico de HIV na gestação como um exemplo, o cuidado de si que consiste na adesão à medicação, no acompanhamento frequente do pré-natal e na vigilância laboratorial, incide sobre o cuidado do outro (CARVALHO; MONTEIRO, 2021). Esse fator reforça a desigualdade de gênero e o modelo hegemônico que, ousado dizer, é prática recorrente no materno na condição de alto risco.

É certo que o acompanhamento de alto risco é realizado devido aos riscos de morbimortalidade materna e infantil, e não estamos querendo, aqui, negar esse cuidado, principalmente considerando que são em sua maioria evitáveis e necessitam de avaliação criteriosa (FERNANDES; CAMPOS; FRANCISCO, 2019; ERRICO et al.; 2018). Todavia, o problema desse olhar reduzido e fragmentado é que espaços forjados para construir o cuidado especializado precarizam e negligenciam a relação enquanto cuidado, encaram os processos relacionais e os encontros produzidos pelos sujeitos como obscurantismo, em detrimento a valorização de outros saberes, restringindo o fazer em saúde (FEUERWERKER, 2016; AZEREDO; SCHARAIBER, 2021).

A restrição do fazer em saúde também ocorre quando mulheres recebem orientações que são relacionadas ao risco em demasia. Risco do diagnóstico, risco da gestação, risco de automedicação, risco a respeito dos comportamentos que devem ser evitados e riscos ao consumo de álcool, por exemplo, são mais valorizados em contraposição às orientações e informações que potencializem autocuidado e autonomia (MARQUES et al.; 2021).

Considerar a eminência do risco o alvo principal da produção de cuidado impossibilita a relação pessoa-a-pessoa. A atenção pré-natal para mulheres de alto risco, como já foi citado neste estudo, guarda características e protocolos definidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2022) que, inclusive, prevê outros fatores de risco, a atenção à saúde da gestante como algo que

se estende para além do físico, com inclusão dos aspectos sociais, e recomenda o cuidado informacional, com esclarecimento de todos os processos do desenvolvimento da gestação, visando à participação efetiva da mulher, sobretudo nos processos decisórios (OLIVEIRA; JUNQUEIRA, 2011; BRASIL, 2012; FERNANDES; CAMPOS; FRANCISCO, 2019).

Nesse sentido, é importante levar em consideração que múltiplos fatores de risco, tanto sociais, quanto biológicos e econômicos, potencializam ainda mais as chances de desfechos negativos para as gestantes. Um estudo nacional recente, realizado no Espírito Santo, confirmou esses achados, demonstrando que as gestantes têm seu risco subestimado na assistência pré-natal e colocou como dificuldade para a saúde pública em geral a qualificação do cuidado e a consequente redução da morbimortalidade, uma vez que esse recorte implica os resultados mais favoráveis (GARCIA et al.; 2019).

Os achados acima citados corroboram o presente estudo no sentido de que quase todas as mulheres, se não todas, possuíam múltiplos fatores de risco quando o olhar amplia o campo para além daquele somente biológico. Aponta-se, aqui, que esses fatores só serão observados quando o profissional se encontra de forma genuína com a mulher, quando mantém a relação pessoa-a-pessoa. Do contrário, há uma retroalimentação do modelo biomédico, modelo, esse, que fragmenta e limita o cuidado.

Assim, o percurso teórico-metodológico dos encontros produzidos neste estudo foi construído e trabalhado como uma alternativa e um ponto de partida de novas relações para as gestantes de alto risco acompanhadas. O grande mote do cuidado se deu ao reconstruir relações que tinham na autonomia o recurso técnico que potencializava os meios de andar para a vida dessas mulheres, potencializando os sucessos práticos (CARNEIRO; AYRES, 2021), evitando a retroalimentação dos modelos biológicos de atenção à saúde da mulher gestante.

Aponta-se, neste estudo, que a reconstrução do cuidado com gestantes de alto risco requer olhar a relação como cuidado potente para a transformação. Olhar os modos de vida em todas as suas perspectivas nas relações étnico-raciais, nas relações de gênero, sexualidade, religião, território, classe social, contexto familiar, contexto escolar, laboral e as redes de apoio, são elementos que devem ser levados em conta e que são colocados como importantes para a OMS, mas que só são deslumbrados e valorizados diante da relação genuína entre enfermeira e gestante de alto risco (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005; RENNER et al.; 2021).

Para o desenvolvimento de uma atenção que adote um paradigma reconstrutivo, principalmente no sentido de compreender os direitos sexuais e reprodutivos como

fundamentais para o desenvolvimento de autonomia e protagonismo da mulher, é necessária a inclusão efetiva e ativa da usuária, inclusive nas circunstâncias de fragilidade emocional e biológica (FERNANDES; CAMPOS; FRANCISCO, 2019), bem como a inclusão de sua família no processo de maternagem, como a gravidez de alto risco reclama. Outro ponto no enfrentamento na desigualdade de gênero na atenção à saúde de mulheres gestantes é considerar a integralidade da saúde materno-infantil. Nas palavras da OMS (2005, p. XIII) “não faz sentido prestar cuidados à criança sem zelar pela saúde da mãe, ou cuidar da mãe durante o parto e não dar atenção à saúde do bebê”.

Ao se pautar relações genuinamente construídas e uma efetiva troca de saberes dentro do ambiente domiciliar, as visitas configuram-se como uma estratégia técnico-assistencial e pedagógica para o processo de cuidado em saúde. Contudo, quando a visita não atinge esse alcance, a estratégia torna-se mero espelho do modelo hegemônico de saúde (QUIRINO, 2020). Acontece que a riqueza dessa ferramenta só pode ser percebida e exercida por profissionais sensíveis e que sejam tocados genuinamente pelas situações encontradas. Quando o profissional enxerga não somente um corpo a ser cuidado, mas também um ser humano intrinsecamente ligado e vivo em seu ambiente (LEAL et al.; 2021), há um efetivo encontro e uma potência para a construção da relação pessoa-a-pessoa. No caso do presente estudo, a relação se deu na visita domiciliar, mas desponta-se que pode ser prática do serviço especializado, quando os profissionais se responsabilizam para isso.

Assim, defende-se, aqui, a relação pessoa-a-pessoa como uma tecnologia leve que pode ser desenvolvida em qualquer ambiente e por qualquer profissional, que produz encontros e saúde. Quando estamos imersos nas relações construídas, nos deixamos tocar, nos deixamos sofrer pelas interferências de vida que nos pulsam, demandando uma outra atitude como profissionais, mas somente no cuidado relacional encontrando sentido em seu fazer e promovendo o sentido da experiência ao demandante do cuidado.

Autores como Cunha e Sá (2013), Savassi (2016) e Chimbida e Medeiros (2016), têm sinalizado a visita como prática que coexiste nesse modelo biomédico junto às tecnologias duras. Muitas vezes, a realização da VD fica apenas na responsabilidade dos agentes comunitários de saúde. Além de limitada apenas a um profissional, não há discussão em equipe, as condutas são burocratizadas e desenvolvidas por um *script*, quando apenas se realiza o preenchimento de fichas e os procedimentos padrões (QUIRINO, 2020), descaracterizando o grande objetivo e alcance da VD.

O fracasso das visitas domiciliares e, indo além, do atendimento às gestantes de alto risco em serviço especializado, é exatamente o não alcance das necessidades de saúde dessas mulheres. Assim como no nosso estudo, usuários da estratégia de saúde da família muitas vezes são inseridos no sistema a partir de queixas clínicas. Utilizam-na como moeda de troca para o atendimento e, à medida em que são atendidos, revelam outras queixas (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Isso se dá porque uma das primeiras necessidades que aparece é a de ser ouvido. Contudo, diante da banalização das necessidades subjetivas, o usuário valida as queixas clínicas em um movimento de ser acolhido por um profissional que não legitima as tecnologias leves como elemento de trabalho:

[...] visualiza-se contradição na identificação da necessidade de saúde pelo trabalhador, pois embora ele perceba a importância da escuta e do acolhimento por parte da comunidade, não existe uma legitimação de que essa se constitui uma necessidade de saúde. Os relatos tendem a designar que, na verdade, muitas vezes os usuários não estão “sentindo nada”, ou maximizam ou fingem a queixa clínica para serem ouvidos. Tal situação é aceita pelos trabalhadores, porém causa tensão e estresse no processo produtivo, visto que entendem que o problema real (patológico) nas expressões de subjetividade parecem não ser detectadas pelo trabalhador como necessidade de saúde, mas como produto da situação de vulnerabilidade social que fragiliza a comunidade emocionalmente. De maneira que, mesmo na emergência de necessidades subjetivas, são as tecnologias duras e leve-duras as mais valorizadas e (re)conhecidas pelas equipes (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018, p. 866)

Nesse sentido, é importante resgatar o fundamento principal do cuidado e das visitas domiciliares, que é o “*encontrar o outro*”, o estar disponível a este encontro e construir relações enquanto cuidado. Sendo essas habilidades e atitudes fundamentais ao profissional enfermeiro (SAVASSI, 2016) e aos profissionais que, de alguma forma, estão imbricados no cuidado às gestantes de alto risco.

Para romper com essas práticas que refletem o modelo hegemônico de saúde, é necessário questionar: que relação intersubjetiva estamos construindo no cuidado em saúde? O cuidado relacional é visto como uma prática em saúde que coexiste com as tecnologias duras? Valoriza-se a relação pessoa-a-pessoa?

O ponto de partida para a produção das relações que foram construídas neste trabalho foi o de estar aberto ao devir. O sentimento do “não saber”, do sentir-se deslocado,

desterritorializado e, por muitas vezes, não saber como agir diante às inúmeras situações, colocou a enfermeira em uma posição desconfortável, produzindo o cuidado a partir das possibilidades e das necessidades que encontrava, agindo no encontro com o outro, na integração dos saberes e a partir da relação (SEIXAS et al.; 2019). “No encontro com o outro é que podemos perceber que precisamos dele para construirmos boas saídas” (SEIXAS et al.; 2019, p. 9), e é por acreditar na reconstrução de práticas cuidativas que problematizamos a relação, abrindo caminhos para a reconfiguração do modelo:

[...] embora sejam as tecnologias duras e leveduras as mais legitimadas pelos trabalhadores como instrumentos de seu trabalho, os laços de afeto e amizade constroem o vínculo entre trabalhadores e usuários, dando vazão a um clima de intimidade que estreita as relações, tornando-as mais horizontais, abrindo-se às redes vivas de produção de existências. A prática do acolhimento por meio da escuta e do diálogo marca o cotidiano de trabalho das equipes, embora não esteja definida como estratégia institucional de organização do trabalho. Os sentimentos de compromisso e vínculo estimulam práticas mais integradas, marcadas pela intersetorialidade e interdisciplinaridade. [...] sinalizando a potencialidade para o acolhimento e produção subjetiva de cuidado que atenda às diversas necessidades de saúde, ao mesmo tempo em que, contraditoriamente, demarca fragilidades relacionadas, principalmente, a não legitimação das necessidades subjetivas e das tecnologias leves como elementos de seu trabalho (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018, p. 869).

Contudo, a complexidade desse cuidar envolve também a rede de atenção à saúde. Na análise da produção de cuidado no pré-natal de alto risco a partir das relações construídas, ficou evidente que, à medida em que se relaciona com a gestante de alto risco, a enfermeira capta as necessidades de saúde e age em prol dessas necessidades. Contudo, esse alcance demonstra-se limitado, mesmo diante dos esforços da enfermeira visitadora, pois o movimento da enfermeira é, em sua filosofia do cuidado e da relação, de construir uma rede de atenção para as necessidades de saúde das mulheres gestantes de alto risco e de suas famílias. Entretanto, quando vai ao encontro da rede para que essa compartilhe esse cuidado, a rede se ausenta, os profissionais de saúde não compactuam com os mesmos movimentos e, assim, sem um processo colaborativo, não se obtém um terreno propício para alcançar todos os princípios do SUS.

Assim, o que revela este estudo é que, embora a enfermeira, sozinha, a partir da e na relação, consiga reconstruir as práticas de saúde e dar suporte às necessidades de saúde das mulheres gestantes de alto risco, dando sentido à experiência nesse processo, os alcances não



estão com a densidade reclamada da complexidade exigida, porque a enfermeira não contou com a colaboração de um importante eixo: o da rede de atenção.

Em geral, e de acordo com o protocolo clínico do Ministério da Saúde, quando diagnosticadas como de alto risco, as gestantes são encaminhadas para a atenção especializada. Todavia, recomenda-se que a gestante mantenha o vínculo com a equipe da AB que a encaminhou (BRASIL, 2022). Esse é um dos grandes desafios no cuidado às gestantes de alto risco, também encontrado no nosso estudo, uma vez que o primeiro trilhar da AB é fornecer a alta para que a gestante realize o pré-natal de forma exclusiva no serviço especializado.

Acontece que o serviço especializado dentro da RAS, embora tenha como proposta o compartilhamento do cuidado, pois faz parte da rede sendo uma atenção secundária (MENDES, 2011; SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, 2019), não é operacionalizado de forma que a produção em saúde se dê conjuntamente à AB. Para que haja compartilhamento é necessário o estabelecimento de modalidades de comunicação entre as equipes, discussão de caso, revisão de plano de cuidado (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, 2019). Contudo, esta comunicação e a construção progressiva e compartilhada do cuidado está longe de ser realidade (TESSER; NETO, 2017), inclusive no materno em alto risco.

A partir de então, ocorre a ruptura da produção de cuidado de gestantes de alto risco na AB (FERREIRA; LEMOS; SANTOS, 2020) e, nessa discussão, há algumas considerações que merecem destaque. Em um estudo que analisou o perfil de gestantes de alto risco, verificou-se que quase metade das gestantes dos municípios estudados foi inserida no serviço especializado no primeiro trimestre da gestação. A partir de então, a discussão ganha dois elementos, existem critérios e protocolos ministeriais a serem seguidos para o encaminhamento de gestantes ao serviço especializado. Todavia, há alguns encaminhamentos sendo realizados de forma precoce e que poderiam estar sob os cuidados do médico da atenção básica, sendo especialista ou não (FERNANDES; CAMPOS; FRANCISCO, 2019). Na mesma direção, quando encaminhadas ao serviço especializado, as mulheres encontram dificuldades de acesso e locomoção (XAVIER et al.; 2015), fato que também foi observado no presente estudo.

Foram inúmeras as queixas com relação à locomoção ao serviço especializado durante as visitas domiciliares. Isso nos leva a uma reflexão que vai de acordo com os autores Tesser e Neto (2017), que consideram que o serviço especializado pode ser relativamente descentralizado. Ainda discutem que:

as várias possibilidades tecnológicas de informação e comunicação contemporâneas existentes no Brasil (telefone, internet, telessaúde, telemedicina etc.) provavelmente permitem também viabilizar algo como um matriciamento regionalizado, mesmo nos casos de menor possibilidade de descentralização dos especialistas ou seus equipamentos (p. 949).

Nessa perspectiva, destaca-se a ausência de uma rede consolidada para a gestão de alto risco. Arrisca-se dizer aqui que é quase como um movimento de não pertencer a essa rede de atenção à saúde da gestante de alto risco que não opera em sua legitimação. Reconhecem-se os alcances da enfermeira visitadora no suporte às necessidades das mulheres e de suas famílias neste estudo, mas não sem inferir a fragilidade da rede, do cuidado compartilhado, no reconhecimento de demandas multiprofissionais e interdisciplinares. Infere-se que todos os elementos aqui listados estão correlacionados aos indicadores de saúde, fragilizam o acompanhamento e limitam os alcances, distanciando as políticas de saúde das práticas executadas.

Mais do que confirmado, as necessidades de saúde das gestantes de alto risco estão no âmbito interdisciplinar e necessitam da rede consolidada, fato que também aparece no presente estudo quando o risco gestacional não foi a necessidade maior de nenhuma gestante. Nesse sentido, o cuidado e a relação entre profissionais e gestantes requer a articulação de saberes, não apenas como um somatório de profissionais, mas especialmente no sentido de uma interlocução de disciplinas e da rede, para dar conta da complexidade desse cuidar. Só a partir dessa interlocução é que se superarão as relações de poderes e novas relações pessoa-a-pessoa poderão ser criadas (FILHO; SOUZA, 2021).

Se profissionais de saúde não ampliarem os horizontes e os olhares para além das necessidades biológicas, não haverá relação e, sem relação, não há um olhar ampliado. Trata-se de um círculo assistencial que se retroalimenta à medida que não houver mudança em ato:

Essa alteração do "objeto" e do "objetivo" do trabalho clínico exigirá mudança nos meios de intervenção, sejam eles diagnósticos ou terapêuticos. Lidar com pessoas, com sua dimensão social e subjetiva e não somente biológica; esse é um desafio para a saúde em geral, inclusive para a clínica realizada em hospitais. Para que o diagnóstico consiga avaliar a vulnerabilidade, a equipe deverá colher dados e analisar o problema de saúde encarnado em um sujeito em um contexto específico; para esse fim, além de utilizar a semiologia tradicional, será necessário agregar elementos da história de vida de cada pessoa, identificando fatores de risco e de proteção (CAMPOS; AMARAL, 2007, p. 852).

Considerar as necessidades de saúde de gestantes de alto risco no âmbito interdisciplinar é garantir a integralidade por meio da coordenação do cuidado e corresponsabilidade entre os diversos pontos da rede, aspecto ausente no presente trabalho. Assim, é imprescindível discutir como essa rede não tem sido considerada, em suas diversas competências e formas de organização, no cuidado às gestantes de alto risco.

Discute-se aqui, a necessidade premente de se resgatar umas das ferramentas para a garantia da integralidade e coordenação do cuidado, o apoio matricial a partir de uma equipe denominada Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Este apoio, que fazia parte do desenho da política governamental da AB como um arranjo organizacional e um método de compartilhamento de conhecimentos que permite o suporte técnico, pedagógico e institucional, tinha como objetivo garantir a integralidade do cuidado em prol do olhar ampliado à todas as necessidades de saúde dos usuários (LAZARINO; SILVA; DIAS, 2019; FIGUEIREDO; PAULA, 2021) e vem sendo desmontado aos poucos com os novos arranjos governamentais.

Dentro do contexto de gestão de risco, fica mais do que comprovado a necessidade de se repensar em estratégias de cuidado que articulem tal compartilhamento de saberes, sobretudo por ser o NASF, estratégia de fundamental importância na resolução de casos mais complexos e na efetivação de um cuidado integral (FIGUEIREDO; PAULA, 2021). A partir do presente estudo, além da articulação da rede e da potencialidade de outros profissionais no cuidado do alto risco, defende-se a exploração de se ter uma equipe de matriciamento no PNAR, sobretudo no papel da assistente social.

A partir dos achados do presente estudo, diante de tantas mulheres em situação de vulnerabilidade social, econômica, vivendo em situações de violência doméstica, pontua-se a necessidade de o profissional assistente social ser pensado e contabilizado como um profissional integrante do PNAR, podendo ser acionado a qualquer hora, compartilhando seus saberes no alcance da integralidade do cuidado de mulheres gestantes de alto risco. Isso porque, existem saberes que somente esse profissional poderá auxiliar por ser de sua competência.

Os obstáculos comendo a rede são tamanhos que neste estudo de caso percebemos o quão pouco se efetivaram composições com a rede formal. Muitas composições fizeram uso da equipe de assessoria das enfermeiras visitadoras, pois a queixa levada não conseguia movimentar e construir sentido de modo a provocar envolvimento com o caso. A equipe de

matriciamento deu insights sobre as intervenções, compondo e participando das visitas domiciliares em alguns momentos.

Outro aspecto a ser considerado é que, quando o profissional dá espaço à uma escuta qualificada, o indivíduo revela aquilo que lhe incomoda, se informa sobre a sua saúde, o profissional faz o movimento de perceber se houve compreensão e se renovam as informações a partir da necessidade. Um processo terapêutico se estabelece, o sujeito toma a decisão sobre o seu tratamento, pois tem liberdade e responsabilidade diante da decisão que for tomada (JUNQUEIRA; JUNQUEIRA, 2009). O profissional tem o dever de esclarecer, mas o paciente, uma vez esclarecido, tem o direito de decidir o que melhor lhe convém. Deve-se, pois, respeitar sua autonomia (JUNQUEIRA; JUNQUEIRA, 2009).

Ao fazer uma aposta na autonomia, sobretudo na de mulheres gestantes, é imprescindível admitir que a atenção à saúde da mulher na gestação e no parto é um tema que se destaca no cenário da medicalização da vida (WARMLING et al.; 2018). O lugar em que as mulheres foram hegemonicamente sendo colocadas (AZEREDO; SCHARAIBER, 2021), como objetos na produção de saúde, representa um obstáculo para a vivência de uma vida livre, que se soma, no presente estudo de caso, à maternidade livre. Nesse lugar, elas veem seus saberes sendo relegados a um segundo plano. São invalidadas, silenciadas e as suas decisões são sempre sobrepostas por ordens médicas (WARMLING et al.; 2018; CUNHA; EROLES; RESENDE, 2020). Em paralelo, há uma medicalização de seus corpos, quando por vezes são desapropriadas de seus corpos, retiradas do protagonismo e persuadidas a não contrariarem a lei da natureza (ALVES, 2014; HERNANDEZ; VÍCTORA, 2021).

A medicalização do corpo gravídico tem se configurado como uma realidade no Brasil e nesse ínterim as mulheres tornaram-se vítimas de uma desigualdade de gênero que implica a redução da expressão, do poder de decisão, da autoridade e do reconhecimento (WARMLING et al.; 2018). Com relação ao momento do pré-natal, por exemplo, esse processo de medicalização do corpo se coloca diante de inúmeras solicitações de exames de imagem (WARMLING et al.; 2018). Disfarçadas de aspectos biológicos, a medicalização do corpo e a desigualdade de gênero potencializam a não efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, sobretudo quando a autonomia lhes é negada. Nesse sentido, a atenção à saúde na perspectiva de um modelo de reconstrução é uma das esferas que pode contribuir para uma atenção à saúde mais justa (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2017).

Quando analisado no contexto concreto das relações, o materno em alto risco desponta-se como uma experiência quase que solitária. Indo mais além, percebe-se o quanto a rede de

atenção à saúde da mulher carece de relações, seja para subsidiar as informações, para alcançar os direitos sexuais e reprodutivos e os fazer valer, seja para o acolhimento morfofuncional. Na interface dessas lacunas assistenciais, pode surgir a gestação de alto risco e com ela as delimitações e os desafios que as gestantes de alto risco experienciaram no presente estudo. Dentre as lacunas assistenciais, a relação interpessoal e a valorização dos aspectos subjetivos desse materno desvelam-se e remetem a uma vulnerabilidade que extrapola a problemática estritamente biomédica.

A questão, então, passa a ser: qual é o principal desafio dos profissionais na construção de relações pessoa-a-pessoa no contexto da gravidez de alto risco? Incapacidade, limitação, desafios, falta de formação ou de responsabilização?

O relacionamento humano é o horizonte, requer compromisso, empatia, simpatia e *rapport*. Seu alcance conduz ambos ao crescimento e a transformações ao longo do processo relacional, com a ocorrência da identificação de problemas e a criação de ações na direção de enfrentá-los realisticamente, quando novos comportamentos surgem para comunicar-se, socializar-se e encontrar sentido frente à situação enfrentada. Isto requer interessar-se pelo bem-estar da outra pessoa, abarca dimensões diversas da vida das gestantes.

O modo como aqui foram configuradas as relações interpessoais pode ajudar a reconfigurar o modelo de atenção à saúde no contexto de alto risco em contextos diversos, não somente no espaço domiciliar. Fica evidente o quanto essas relações, quando estabelecidas e construídas de forma genuína, são potentes para alcançar a produção do cuidado, ainda que limitadas diante de uma rede desestruturada.

Antecede à rede de atenção o adentrar-se na atenção e na saúde. O acesso ao pré-natal de alto risco em serviço especializado é pouco tematizado (FERNANDES et al., 2020), mas os casos aqui relatados permitem levantar o questionamento acerca da existência efetiva do acesso ao pré-natal. O conceito de acesso só estará garantido se ultrapassar o entendimento restrito ao ‘entrar’ no serviço. Implica conseguir acessar ações na direção das necessidades advindas da gestação ou até portadas anteriormente a ela e que nunca foram ponderadas pela atenção à saúde, apesar de compor a experiência de saúde daquela mulher/pessoa e de sua família. A qualidade do pré-natal é amplamente discutida e os resultados deste estudo endossam a existência de inadequações e iniquidades.

Nessa direção, receber VDs, ser assistida no domicílio, agrega o elemento da conveniência para a mulher, assim como o da adequação. Manter a continuidade de contato com a mulher oportunizou proximidade, mesmo junto daquelas que não acionavam as

enfermeiras pelo *WhatsApp*. Sabe-se que o manejo de fatores de risco e de condições adversas que surgem durante a gestação contribuem com a redução da mortalidade materna e com melhores desfechos de parto e nascimento.

Diante do conjunto dos resultados alcançados, relacionais, de vínculo, de acesso, de longitudinalidade, de acolhimento, este estudo recomenda a incorporação de VDs regulares na atenção ao pré-natal a gestantes de alto risco. Acredita que ter enfermeiras incorporadas ao serviço de alto risco com esta atividade fim seria mais interessante e oportuno, inclusive realizando a mediação entre o acompanhamento do serviço de alto risco e a AB. Entretanto, o perfil requer, além de conhecimentos e habilidades técnicas para conduzir um pré-natal, ser competente na relação com a pessoa da mulher e da sua família. Essa competência é apontada por outros estudiosos no âmbito do pré-natal de alto risco. Os profissionais precisam promover um diálogo aberto, sensível, promotor da escuta qualificada e do compartilhamento (SANTOS et al, 2021). O referencial de Travelbee contribuiu para isso, apesar da existência de outros referenciais de enfermagem que acentuam a relação interpessoal.

Com base nos casos aqui desenvolvidos, o tempo gasto entre o deslocamento até a residência da mulher, o registro da visita, a discussão com a equipe de assessoria e a visita em si, envolveu cerca de três (3) horas por mulher atendida em um dia. Assim, se pensarmos em um turno de trabalho para as enfermeiras de seis (6) horas por dia, podemos dizer que cerca de duas (2) mulheres e suas famílias por dia poderiam ser contempladas com o cuidado em domicílio, semanalmente seriam 10 mulheres e 10 famílias. E, se realizadas com a frequência quinzenal adotada neste estudo de caso, 20 mulheres por enfermeira. Na existência de duas enfermeiras, como foi neste estudo, 40 mulheres e suas famílias seriam contempladas com esta inserção. Simulação, essa, feita de forma simples e rápida, apenas para demonstrar e dar concretude a uma possibilidade de cuidado outra que tem potencialidade para a reconstrução de práticas, desde que a enfermeira se disponibilize e esteja aberta ao devir. O pré-natal requer um alcance de acesso oportuno a ações resolutivas e acolhedoras, seja nos serviços da AB, como em outros a ele conectados (GUIMARÃES et al., 2018).

Ao direcionar a reflexão para o acesso ao pré-natal de alto risco, percebe-se que o tempo de espera para a primeira consulta no ambulatório especializado é grande, isso sem mencionar aquelas que nem conseguiram entrar. Talvez, diante da existência da enfermeira visitadora, a organização do dia poderia ser composta por um caso novo e um seguimento. Entender a situação específica da mulher contribuiria para manejar esse tempo de espera e fazer movimentos pautados nessas informações em termos de priorização de situações. Um estudo

de caso com esta pauta também comporia evidências introduzidas com a proposta deste estudo de caso. Um estudo recente abordando o tempo de espera para o serviço de pré-natal de alto risco identificou uma significância estatística entre não acesso ao serviço especializado e parto com idade gestacional abaixo de 37 semanas (MEDEIROS et al.; 2022).

Para finalizar esta seção, assinalamos a premência da rede de atenção à saúde dar valor às relações interpessoais. A relação como uma tecnologia leve favorece o olhar e a produção do cuidado na direção de práticas mais humanas e integrais, é o elemento que conduz o profissional a dar acesso, acolhimento e continuidade. Esperamos que outros profissionais atrelados diretamente à assistência do materno em alto risco sejam tocados pelas discussões aqui tecidas, que se somem à luta pela reconstrução de cuidados e experiências outras, apostando na construção de relações genuínas e assumindo o compromisso com os direitos e os deveres, com a cidadania dessas mulheres e de suas famílias, na intenção de mobilizar um cuidado que potencialize o sucesso prático ao produzir saúde.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O cuidado de enfermeiras visitantes balizadas na relação pessoa-a-pessoa deste estudo depende-se enquanto uma prática de cuidado que tem a potencialidade de reconstruir o cenário organizacional das interações no campo de saúde, sobretudo na experiência de mulheres que vivenciam o pré-natal de alto risco. Isto porque a teoria pessoa-a-pessoa possui o potencial de servir como modelo conceitual e prático, subsidiando novas produções de cuidado, sobretudo centradas na pessoa e na família, o potencial de acolher as necessidades reveladas nos encontros dialógicos.

Em síntese, dentre as possibilidades observadas, alocar a relação como elemento central do cuidado torna as orientações mais horizontais. As interações e os vínculos são mais legitimados, abrindo-se experiências no campo da existencialidade e superando fragilidades relacionais.

Estar imersa na relação pessoa-a-pessoa é o impulso para o reconhecimento do viver o alto risco e os sentimentos e significados imbricados nessa experiência. Lançar-se nessa relação dá margens para a produção subjetiva de cuidado, estimulando um agir mais integrado, atendendo às diversas necessidades em saúde e legitimando as diferentes tecnologias presentes no cuidado ao outro.

Políticas e programas ministeriais há anos pautam o cuidado na sua forma ampliada, visando acolhimento, diálogo, comunicação nas práticas em saúde. Contudo, ressaltamos aqui

a necessidade premente de se pautar a relação nos currículos de graduação dos cursos da área da saúde. Considerar a relação como uma tecnologia do cuidado e, além, central ao cuidado, naturalmente ampliaria a presença, o encontro, o vínculo, reforçando e implementando o que as políticas em saúde clamam, mas que os serviços de saúde e os profissionais renegam.

Não obstante, defende-se o uso indiscriminado e ilimitado de teorias de enfermagem, sobretudo pelo seu potencial de aplicação no contexto do SUS. As teorias de enfermagem guiam a prática, criam, expandem e sedimentam novos conhecimentos da profissão e, com isso, na prática de cuidado são capazes de promover os benefícios almejados pelas evidências científicas, quando o seu uso abriria caminhos para reflexões, para a ampliação do fazer crítico, amparando a profissão na produção de cuidado complexos, caminhando em convergência com a integralidade do cuidado.

Nessa direção, esta tese indica que são necessários movimentos de retomada da relação enfermeiro-paciente enquanto central, sobretudo apostando que em todos os espaços em que se cuida é possível estabelecer encontros, desde que a relação pessoa-a-pessoa seja tomada enquanto elemento valorativo. Um importante núcleo de intervenção é considerar que se a relação enquanto uma tecnologia leve não for o eixo condutor das práticas cuidativas, todas as outras tecnologias não serão executadas na prática, pois não haverá o cuidado mais basilar, que é a relação. Esse olhar para o cuidado é fundamental para o enfermeiro, pois permite reflexão e mudança em ato.

Cabe destacar que os cuidados aqui produzidos foram realizados por duas enfermeiras e uma equipe multiprofissional assessora. Equipe, essa, que era possível à época e cujas integrantes traziam similaridades, pois o ponto chave para o desenvolvimento das visitas domiciliares era a articulação de competências para o desenvolvimento de uma relação pessoa-a-pessoa no cuidado. Deter uma equipe de matriciamento cujo objetivo era a qualificação do cuidado, enriqueceu discussões e ampliou a relação pessoa-a-pessoa, visto que em muitos momentos as necessidades de saúde não foram alcançadas com o olhar de um profissional apenas. Contudo, a própria autora da tese é uma participante das visitas. Entende-se esse ponto como um limite do estudo, no entanto, reforça-se que as experiências vivenciadas são distintas, realizadas por pessoas diferentes, mas que se encontram na valorização da relação.

Um outro contraponto a essa limitação é o processo que antecede às idas ao domicílio das gestantes de alto risco. Sob o ponto de vista da equipe envolvida com a experiência das relações, já antes acreditávamos na possibilidade de produções de cuidado a partir de encontros genuínos, pensávamos no valor das intersubjetividades, das possibilidades de aparecerem



pautas que necessitariam serem tomadas enquanto necessidades (sobretudo as questões não prescritivas do cuidado) , da necessidade de fornecer e auxiliar uma atenção em saúde integral, centrada na mulher, com abordagem familiar, não centrada em sua barriga. Assim, as enfermeiras visitadoras já guardavam similaridades e pactos que as direcionavam para a relação, contrapontos que se colocam diante da limitação do estudo.

Por fim, os pactos estabelecidos iam na direção de valorizar e colocar a relação pessoa-a-pessoa enquanto elemento central, esforçando-se em manter as tradições de Joyce Travelbee e sempre se colocar em cena com a discussão da relação amadurecida. O espaço do domicílio é de abertura ao encontro singular da pessoa para quem intenciona o cuidado, traz potencialidade para a revelação dessa pessoa e seu contexto, com um cenário que jamais se alcançaria sem o deslocamento e a estada no domicílio.

Assim, as relações pessoa-a-pessoa no domicílio da mulher gestante de alto risco revelaram-se fundantes para o cuidado ser tecido, por estreitar e articular a relação da enfermeira e da mulher e sua família, conduzindo à exposição de necessidades e à edificação de um esforço conjunto e compartilhado para o acolhimento delas e, concomitantemente, para o desenvolvimento de autonomia da mulher. Contudo, confirmou-se que o atitudinal do enfermeiro é de essencialidade, determinando indicativas para se garantir a apresentação e exploração das teorias de enfermagem na formação profissional. A oportunidade de contato e reflexão sobre distintas perspectivas teóricas e a forma de percepção e entendimento dos metaparadigmas de saúde, doença, pessoa, ambiente, cuidado e enfermagem, favorecem o posicionamento para as tessituras do cuidado de enfermagem quando este estudo aponta ser a valoração da relação interpessoal potencial para os alcances na atenção pré-natal de alto risco.

## 8. REFERÊNCIAS

ABOUT US. (s. d.). Fonte Nurse-Family Partnership. Disponível em: <https://www.nursefamilypartnership.org/about/>. Acesso em 21 jun. 2021.

ALVES, K. M. C. V. A subjetivação da mãe naturalista como modelo: a maternidade como efeito das pedagogias culturais. **Revista Periódicus**, v. 1, n. 2, p. 97–110, 2014.

AMORIM, T. V. et al. Perspectivas do cuidado de enfermagem na gestação de alto risco: revisão integrativa. **Enfermería Global**, n. 46, p. 515-529, 2017.

AMORIM, M. M. R.; TAKEMOTO, M. L. S.; FONSECA, E. B. Maternal deaths with coronavirus disease 2019: a different outcome from low-to-middle-resource countries? **Am J Obstet Gynecol**. 2020.

AMARO, S. Sujeito visitado como autor do discurso. In: **Visita domiciliar: teoria e prática**. Campinas, 2016.

ASTUTO, J.; ALLEN, L. Home visitation: part of a comprehensive approach to improving the lives of poor families. **Soc Policy Rep**, vol. 23, p. 3 – 22, 2009.

AUGUSTO, I.; FRANCO, L. H. R. O. Aspectos históricos da assistência de enfermagem domiciliar. **Laes Haes**, vol. 1, n° 5, p. 50-52, 1980.

AZEREDO, Y. N.; SCHARAIBER, L. B. Autoridade, poder e violência: um estudo sobre humanização em saúde. **Interface**. v. 25, p. e190838, 2021.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Interface – comunic, Saúde, Educ.**, v. 4, n. 6, p. 117-120, 2000.

\_\_\_\_\_. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Rev. Cienc & Saúde Colet.**, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

\_\_\_\_\_. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.73-92, 2004.

\_\_\_\_\_. Para comprender el sentido practico de las acciones de salud: contribuciones de la Hermeneutica Filosófica. **Rev. Salud Coletiva**. v. 4, n. 2, p. 159-172, 2008.

\_\_\_\_\_. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Rev. Saúde e Societ.**, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004b.

\_\_\_\_\_. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. IN: AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. 1 ed. Rio de Janeiro: IMS/CEPESC/UERJ/ABRASCO, p. 41-73, 2009a.

\_\_\_\_\_. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Rev. Saúde e Societ.**, v.18, supl.2, 2009b.

\_\_\_\_\_. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. P. 49-83.

\_\_\_\_\_. O Cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade, e reconhecimento na construção política da integralidade. IN: PINHEIRO, R.; JUNIOR, A. G. S. **Cidadania do Cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC/ABRASCO. p. 27-45. 2011.

\_\_\_\_\_. Cuidado, trabalho, interação e saber nas práticas de saúde. Editorial. **Rev. Baiana enferm.** v. 31, n. 1, e:2847, 2017.

BANCO DE DADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS). Informações de saúde, indicadores de saúde: nascidos vivos 1994-2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvsp.def>. Acesso em 07/07/2021.

BARNES, J.; BALL, M.; MEADOWS, P.; MCLEISH, J.; BELSKY, J. Nurse-family partnership programme: first year pilot sites implementation in England: the pregnancy and postpartum period. London: Departments of Health/Departments of Children, Schools and Families, 2008.

BOEHS, A. E.; PATRICIO, Z. M. O que é este “cuidar/cuidado”? uma abordagem inicial. **Rev. Esc. Enf. USP.** v. 24, n. 1, p. 111-116, 1990. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/268283168.pdf>

BOFF, L. **Saber cuidar**. Ética do humano – compaixão pela terra. Editora Vozes, Rio de Janeiro. 1999, 199p.

BRANT, L.; MINAYO, C. Do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho: a transformação do sofrimento em adoecimento. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.9, n.1, p.213- 23, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Rev Bras Saúde Matern Infant.** v. 2, n. 1, p. 69-71, 2002.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e agrário. **Programa criança feliz: a intersectorialidade na visita domiciliar**. Brasília, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. v. 4. Brasília, 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015

\_\_\_\_\_. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília (DF), 2012.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto

Risco, incluída a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2013.

\_\_\_\_\_. **Síntese de evidências para políticas de saúde: promovendo o desenvolvimento na primeira infância**. Brasília, 2016.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. Investigação qualitativa em educação. Tradução Maria J. Alvarez, Sara Bahia dos Santos e Telmo M. Baptista. Porto, Portugal: Porto Editora, LDA, 1994.

CAMPAGNOLI, M.; SILVA, C. P.; RESENDE, R. C. P. Atendimento de pré-natal na estratégia saúde da família: singularidade da assistência de enfermagem. **Rev. Nursing**. v. 22, n. 251, pp. 2915-2920, 2019.

CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S. **Co-construção de autonomia: o sujeito em questão**. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND, J.; CARVALHO, Y. M.; organizadores. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 669-88, 2006.

CAMPOS, G. W. S.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciênc. & Saúde Coletiva**. v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CARNEIRO, J. L. S.; AYRES, J. R. C. M. Saúde do idoso e atenção primária: autonomia, vulnerabilidades e os desafios do cuidado. **Rev. Saúde Pública**. v. 55, n. 29, p. 1-9, 2021.

CARVALHO, J. M. R.; MONTEIRO, S. S. Visões e práticas de mulheres vivendo com HIV/aids sobre reprodução, sexualidade e direitos. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 37, n. 6, p. 1-11, 2021.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências**. Brasília: COFEN; 2009.

CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. G. C. Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org). Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 157-181, 2005.

CUNHA, A. C.; EROLES, N. M. S.; RESENDE, L. M. “Tornar-se mãe”: alto nível de estresse na gravidez e maternidade após o nascimento. **Interação em Psicologia**. v. 24, n. 3. p. 279-286, 2020.

CHAVES, S. C et al. Obstetric transition in the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: exploring pathways for maternal mortality reduction. **Rev. Panam Salud Publica**. v. 37, n. 4, p. 203-210, 2015.

CHRISTIE, J.; BUNTING, B. The effect of health visitors' postpartum home visit frequency on first time mothers: cluster randomised trial. **Int J Nurs Stud**. v. 48, n. 6, p. 689-702, 2011.

CLARK, C. S. Watson's Human Caring Theory: Pertinent Transpersonal and Humanities Concepts for Educators. **Humanities**. v. 5, n. 21, 2016.

CRESWELL, John W. Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens. Trad. Sandra Mallmann da Rosa. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

D'AGOSTINI, F. C. P. A. **Construção do papel maternal: um estudo fenomenológico acerca das vivências de interação entre mães adolescentes e enfermeiras**. 2019. [Tese de doutorado]. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

DMYTRYSHYN, AL. et al. Long-term home visiting with vulnerable young mother: an interpretative description of the impact on public health nurses. **BMC Nursing**. v. 14, n. 12, 2015.

ERRICO, L. S. P. et al. O trabalho do enfermeiro no pré-natal de alto risco sob a ótica das necessidades humanas básicas. **Rev. Bras. Enferm.** v. 71, suppl 3, p. 1257-64, 2018.

ESPIRITO SANTO, F. H.; PORTO, I. S. De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. **Esc. Anna Nery**. v. 10, n. 3, p. 539-546, 2006.

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**. vol. 2, nº3, p. 72-86, 1998.

FERNANDES, J. A.; CAMPOS, G. W. S.; FRANCISCO, P. M. S. B. Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante. **Saúde debate**. v. 43, n. 121, p. 406-416, 2019.

FERREIRA, A. M. D.; OLIVEIRA, J. L. C.; SOUZA, V. S.; et al. Roteiro adaptado de análise de conteúdo – modalidade temática: relato de experiência. **J. nurs. health**. v. 10, n. 1, e20101001, 2020.

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**. v. 10, e3625, p. 1-8, 2020.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração das redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panamericana Salud Publica**, v. 24, n. 3, p.180-8. Rio de Janeiro, 2008.

FEUERWERKER, L. C. M. Cuidar em saúde. In BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde. Surpreendendo o instituído nas redes**. Ed. Hexis: Rio de Janeiro, 2016. p. 35-47.

FIGUEIREDO, M. C.; PAULA, F. L. Gestão do cuidado e matriciamento na atenção primária à saúde: um relato de experiência. **APS em Revista**. v. 3, n. 2, p. 95-101, 2021.

FILHO, S. B. S.; SOUZA, K. V. Rede Cegonha e desafios metodológicos de implementação de redes no SUS. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 26, n. 3, p. 775-780, 2021.

FLEURY-TEIXEIRA, P.; VAZ, F. A. C.; CAMPOS, F. C. C.; ÁLVARES, J.; AGUIAR, R. A. T.; OLIVEIRA, V. A. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciênc. & Saúde Coletiva**. v. 13, supl. 2, p. 2115-2122, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 50. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000. 165 p.

FREITAS, M. A. S.; ARAÚJO, M. R. N. As Redes de Atenção à Saúde nos 30 anos do Sistema Único de Saúde: histórias, propostas e desafios. **Rev Bras Polít Públicas**. v. 8, n. 3. P. 14-33, 2018.

FUJIWARA, T.; OKUYAMA, M.; SATO, T.; KAWACHI, I. Do home-visit programas for mothers with infants reduce parenting stress and increase social capital in Japan. **J Epidemiol Community Health**. v. 66, p. 1167-76, 2012.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDADES, FPNU. **Mundos distantes: saúde e direitos reprodutivos em uma era de desigualdade**. Rio de Janeiro: Unfpa; 2017.

GARCIA, E. M.; MARTINELLI, K. G.; GAMA, S. G. N.; OLIVEIRA, A. E.; ESPOSTI, C. D. D.; NETO, E. T. S. Risco gestacional e desigualdades sociais: uma relação possível? **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 24, n. 12, p. 4633-4642, 2019.

GARCIA, I. F. S.; TEIXEIRA, C. P. Visita domiciliar: um instrumento de intervenção. **Sociedade em Debate**. v. 15, n. 1, p. 165-178, 2009.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. Assistir/Cuidar na enfermagem. **Rev. Min. Enf.** v. 2, n. 1, p. 2-8, 1998.

GONÇALVES, R. N.; et al. Política nacional de promoção da saúde: o percurso de elaboração, implementação e revisão no Brasil. **Divers@ Revista eletrônica interdisciplinar**. v. 12, n. 2, p. 198-205, 2020.

HERNANDEZ, A.; VÍCTORA, C. Modos sensíveis de criação infantil: uma inflexão no processo de medicalização dos cuidados com crianças. **Saúde e Sociedade**. v. 30, n. 1, p. 1–11, 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/sao-carlos.html>. Acesso em 07/07/2021.

JUNQUEIRA, C. R.; JUNQUEIRA, S. R. **Bioética e saúde pública**. In: RAMOS, D. L. P. Bioética: pessoa e vida. São Caetano do Sul: Difusão, 2009, p. 97-115

KEMP, L. et al. Child and family outcomes of a long-term nurse home visitation programme: a randomised controlled trial. **Arch Dis Child**, vol. 96, p. 533-540, 2011.

KOERICH, M. S.; RAMOS, R. M; COSTA. E. Ética e bioética: para dar início à reflexão. **Texto contexto – enferm.** v. 14, n. 1, 2005.

KROEFF, R. F. S.; GAVILLON, P. Q.; RAMM, L. V. Diário de campo e a relação do(a) pesquisador(a) com o campo-tema na pesquisa-intervenção. **Estud. Pesqui. Psicol.** v. 20, n. 2, p. 464-480, 2020.

LACERDA, M. R. et al. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 88-95. Paraná, 2006.

LAKIN, A.; SUTTER, M. B.; MAGEE, S. Newborn Well-Child Visits in the Home Setting: A Pilot Study in a Family Medicine Residency. **Fam Med.** v. 47, n. 3, p. 217-21, 2015.

LAZARINO, M. S. A.; SILVA, T. L.; DIAS, E. C. Apoio matricial como estratégia para o fortalecimento da saúde do trabalhador na atenção básica. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional.** v. 44, n. 23, p. 1-8, 2019.

LEAL, M. C; GAMA, S. G. N.; PEREIRA, A. P. E.; PACHECO, V. E.; CARMO, C. N.; SANTOS, R. V. The color of pain: racial iniquities in prenatal care and childbirth in Brazil. **Cad. Saúde Pública.** v. 33, supl. 1, p, 1-17, 2017.

LEAL, M. C.; ESTEVES-PEREIRA, A. P.; VIELLAS, E. F.; DOMINGUES, R. M. S. M.; GAMA, S. G. N. Prenatal care in the Brazilian public health services. **Rev. Saúde Pública.** v. 54, n. 8, p. 1-12, 2020.

LEAL, N. P.; VERSIANI, M. H.; LEAL, M. C.; SANTOS, Y. R. P. Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas. **Ciênc. saúde coletiva.** v. 26, n. 3, 2021.

LEININGER, M. **Caring: a central focus of nursing and health care services.** In: LEININGER, M. Care the essence of nursing and health. THOROFARE, C. B. 1984, p. 45-59.

LÉVINAS, E. **Entre nós: ensaios sobre a alteridade.** Trad. Pergentino Stefano Pivatto et al. Petrópolis: Vozes, 1997.

LI, S. A. et al. Health care and social service professionals' perceptions of a home-visit program for young, first-time mothers. **Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada.** v. 35, n. 9, p. 160-7, 2015.

LIVRAMENTO, D. V. P. et al. Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 20, e20180211, 2019.

LOURENÇO, J. C.; MEDEIROS, F. F.; RODRIGUES, M. H.; FERRARI, R. A. P.; SERAFIM, D.; CARDELLI, A. M. M. Orientações sobre parto no pré-natal de alto risco nos serviços de saúde. **Revista de Enfermagem da USFM.** n. 10, e85, p. 1-21, 2020.

MARQUES, B. L.; TOMASI, Y. T.; BOING, A. F.; GEREMIA, D. S. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Esc. Anna Nery.** v. 25, n. 1, p. 1-8, 2021.

MAZZA, M. M. P. R. A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. *Rev. Bras. Crescimento desenvolv. Hum.* v. 4, n. 1, p. 123-130, 1994.

MEDEIROS, F. F.; et al. Prenatal follow-up of high-risk pregnancy in the public service. **Rev. Bras. Enferm.** v. 72, suppl. 3, p. 213-220, 2019.

MELO, D. E.B.; SILVA, S. P.C.; MATOS, K. K. C.; MARTINS, V. H. S. Consulta de enfermagem no pré-natal: representações sociais de gestantes. **Rev. Enferm. UFSM.** v. 10, e18, p. 1-18, 2020.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

MERRIAM, S. B. *Qualitative research and case study applications in education.* San Francisco: Jossey-Bass, 1998.

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

MINKOVITZ, M. D.; O'NEILL, K. M.; DUGGAN, A. K. Home Visiting: A Service Strategy to Reduce Poverty and Mitigate Its Consequences. **Acad. Pediatr.** v. 16, sup. 3, S:105-11, 2016.

MIRANDA, E F.; SILVA, A. M. N.; MANDÚ, E. N. T. Abordagens de necessidades de saúde pelo enfermeiro na consulta pré-natal. **Rev. Cuidado é fundamental.** v. 10, n. 2, p. 524-533, 2018.

MELLO, D. F., SILVA, R. M. M.; PANCIERE, L. Êxito técnico e sucesso prático em visita domiciliar para o cuidado da saúde da criança. **Rev. Pesquisa Qualitativa.** v. 5, n.7, p. 13-33, 2017.

MORIN, E. **Ciência com consciência.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996

MORSE, J. M.; BOTTORFF, J.; NEANDER, W.; SOLBERG, S. Comparative Analysis of conceptualizations and theories of caring. **Summer.** v. 23, n. 2, 1991.

McFARLANE, E. et al. Maternal relationship security as a moderator of home visiting impacts on maternal psychosocial functioning. **Prev. Sci.** v. 14, p. 25-39, 2013.

MUÑOZ, R. D.; FORTES, P. A. **O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido.** In: MUÑOZ, R. D.; FORTES, P. A. *Iniciação à bioética.* Brasília: Conselho Federal de Medicina;1998

NEVER, E. P. As dimensões do cuidado em enfermagem: concepções teórico-filosóficas. **Esc. Anna Nery.** v. 6, p. 79-92. 2002.

OLDS, D. L. et al. Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: age 4 follow-up results of a randomized trial. **Pediatrics.** vol. 114, p.1560-1568, 2004.



OLDS, D. L. Prenatal and Infancy Home Visiting by Nurses: From Randomized Trials to Community Replication. Vol. 3, n. 3, p. 153-172, 2002.

OLIVEIRA, M. A. **Ética e práxis histórica**. São Paulo: Ática; 1995.

OLIVEIRA, V. J.; MADEIRA, A. M. F. Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco. **Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 103- 109, 2011.

OLIVEIRA, M. F. V.; CARRARO, T. E. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. **Rev Bras Enferm**. v. 64, n. 2, p. 376-80, 2011.

OLIVEIRA, M. M. C.; ALMEIDA, C. B. A.; ARAÚJO, T. L.; GALVÃO, T. G. Aplicação do processo de relação interpessoal de Travelbee com mãe de recém-nascido internado em unidade neonatal. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 39, n. 4, p. 430-436, 2005.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de saúde 2005: para que todas as mães e crianças contem**. Geneva, s.n, 2005.

ONU, United Nations. **The sustainable development goals report 2019**. New York: United Nations. 2019.

ORÍ, M. O. B.; XIMENES, L. B.; ALVES, M. D. S. Madeleine Leininger e a teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural – um resgate histórico. **Rev. Online braz. j. nurs**. v. 4, n. 2, p. 24-30, 2005.

OVERVIEW. (2018). Fonte Nurse-Family Partnership. Disponível em: <https://www.nursefamilypartnership.org/wp-content/uploads/2019/07/NFP-Overview.pdf>. Acesso em 21 jun. 2021.

PAIM, J. S.; FILHO, N. A. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**. v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PAIM, J. S.; et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PAROLA, V.; COELHO, A.; FERNANDES, O.; APOSTOLO, J. Travelbee’s theory: Human-to-Human Relationship model – na adequate framework for palliative nursing care. **Rev. de Enfermagem Referência**. v. 5, n. 2, e20010, 2020.

PEDRINI, L.; PREFUMO, F.; FRUSCA, T.; GHILARDI, A. Counselling about the Risk of Preterm Delivery: A Systematic Review. **Biomed Res Int**, 2017.

POKORNY, M. **Nursing theorists of historical significance**. In: M. R. Alligood. Nursing theorists and their work. MO: Mosby/Elsevier. 2014.

QUIRINO, T. R. L.; JUCÁ, A. L.; ROCHA, L. P.; et al. A visita domiciliar como estratégia de cuidado em saúde: reflexões a partir dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. **Revista Sustinere, [S.I.]**. v. 8, n. 1, p. 253 - 273, jul. 2020.

RADCLIFFL, E.; BRENEMAN, C. B.; CROUCH, E.; BALDWIN, I. We Serving the Most At-Risk Communities? Examining the Reach of a South Carolina Home Visiting Program. **J Community Health**. v. 44, n. 4, p. 764-771, 2019.

RAJÃO, F. L. **Atenção domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre o marco legal, consolidação e utilização de serviços no âmbito do SUS**. 2018. 107f. [Dissertação de Mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

REINALDO, A. M. S.; ROCHA, R. M. Visita domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: idéias para hoje e amanhã. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 4, n. 2, p. 36 – 41, 2002.

REIS, T. R. L.; PADOIN, S. M. M.; TOEBE, T. R. P.; PAULA, C. C.; QUADROS, J. S. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 17, n. 1, e64677, 2017.

RENNER, A. M. R.; GOMES, G. A.; BRUM, N. P.; ARTECHE, A. X. A vivência da maternidade e os estilos de interação mãe-bebê. IN: CADONÁ, E.; BONATTI, E.; MINUZZI, M. D.; PERUZZOLO, R. C.; TOMASI, W. E. **Mídia e gênero na contemporaneidade, Transversalidades: gênero, saúde e educação**. 1ª ed. Editora. URI Frederico Westph, 2021.

RIBEIRO, F. S.; GABRIEL, M. R.; LOPES, R. C. S.; VIVAN, A. G. Abrindo espaço para um segundo bebê: impacto na constelação da maternidade. **Psicol. clinic**. v. 29, n. 2, p. 155-172, 2017.

RIBEIRO, J.; SOUZA, D. N.; COSTA, A. P. Investigação qualitativa na área da saúde: por quê? **Ciê. Saúde Colet**. v. 21, n. 8, 2016.

RICHTER, M. S.; PARKES, C.; CHAW-KANT, J. Listening to the Voices of Hospitalized High-Risk Antepartum Patients. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurse**, v. 36, n. 4, p. 313-318, 2007.

ROBERTON, T.; et al. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. **The lancet**. v. 8, n. 7, e901-e908, 2020.

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

ROCHA, T. O.; FARIA, S. M. S. A comunicação enfermeira-cliente no cuidado em unidade de pronto atendimento 24h (UPA 24H): uma interpretação em Travelbee. **Enfermería Global**. n. 30, p. 91-105, 2013.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am Enfermagem**, vol. 12, n° 6, p. 1027-1034, 2005.

ROSA, F. M.; ROSA, R. C. M.; ZEN, P. R. G.; GRAZIADIO, C.; PASKULIN, G. A. Trissomia 18: revisão dos aspectos clínicos, etiológicos, prognósticos e éticos. **Rev Paul Pediatr**. v. 31, n. 1, p. 111-120, 2013.

SAKATA, K. N.; ALMEIDA, M. C. P.; ALVARENGA, A. M.; CRACO, P. F.; PEREIRA, M. J. B. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Rev. Bras. Enferm.** v. 60, n. 6, p. 659-64, 2007.

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.

SANTOS, E. M.; KIRSCHBAUM, D. I. R. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. vol. 10, nº 1, p. 220-227, 2008.

SANTOS, A. G. et al. O cuidado em enfermagem analisado segundo a essência do cuidado de Martin Heidegger. **Rev. Cubana de Enfermería**. v. 33, n. 3, 2017.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23. n. 3, p. 861-870, 2018.

SANTOS, D. S. et al. Disproportionate impact of COVID-19 among pregnant and postpartum Black Women in Brazil through structural racism lens. 2020.

SÃO CARLOS, Programa Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <[http://186.233.80.56/gestao\\_saude/index.php/unidade-de-saude/](http://186.233.80.56/gestao_saude/index.php/unidade-de-saude/)>. Acesso em: 07 jul. 2021.

SÃO CARLOS, Unidades Básicas de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <[http://186.233.80.56/gestao\\_saude/index.php/unidades-basicas-de-saude/](http://186.233.80.56/gestao_saude/index.php/unidades-basicas-de-saude/)>. Acesso em: 07 jul. 2021.

SEIXAS, C. T.; BADUY, R. S.; CRUZ, K. T.; BORTOLETTO, M. S. S.; SLOMP JUNIOR, H.; MERHY, E. E. O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que os usuários-guia nos ensinam. **Interface**. v. 23, e170627, 2019.

SEIXAS, C. T.; MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; ESPÍRITO SANTO, T. B.; JUNIOR, H. S.; CRUZ, K. T. A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela COVID-19. **Interface**. v. 25, suppl. 1, 2021.

SILVA, M. C. N. Sistematização da assistência de Enfermagem: desafio para a prática profissional. **Enferm. Foco**. v. 8, n. 3, p. 1, 2017.

SILVA, K. L.; SENA, R. R.; SEIXAS, C. T.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar como mudança de modelo technoassistencial. **Rev. Saúde Pública**. v. 44, n. 1, p. 166-76, 2010.

SILVA, D. V. R.; SILVEIRA, M. F. A.; GOMES-SPONHOLZ, F. A. Experiências em morbidade maternal grave: estudo qualitativo sobre a percepção de mulheres. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.69, n.4, p. 662-668, 2016.

SILVA, J. R. et al. Indicadores da qualidade da assistência pré-natal de alto risco em uma maternidade pública. **Rev Bras. Ciências da Saúde**. v. 22, n. 2, pp. 109-116, 2018.

SILVA, E. P. et al. Avaliação do pré-natal na atenção primária no Nordeste do Brasil: fatores associados à sua adequação. **Rev. Saúde Pública.** v. 53, n. 43, 2019.

SILVA, F. L.; RUSSO, J.; NUCCI, M. Gravidez, parto e puerpério na pandemia: os múltiplos sentidos do risco. **Horizontes Antropológicos.** v. 27, n. 59, p. 245-265, 2021.

SOARES, J.C.R.S.; CAMARGO JUNIOR, K.R. Patient autonomy in the therapeutic process as a value for health. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** v.11, n.21, p.65-78, 2007.

SOARES, L. G.; HIGARASHI, I. H. Gestão de caso como estratégia de cuidado no pré-natal de alto risco. **Rev. Bras. Enferm.** v. 72, n. 3, p. 692-9, 2019.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada – saúde da mulher na gestação, parto e puerpério.** São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. 60p.

SOUZA, B. F.; BUSSADORI, J. C. C.; AYRES, J. R. C. M.; FABBRO, M. R. C.; WERNET, M. Nursing and hospitalized high-risk pregnant women: challenges for comprehensive care. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v. 54, e03557, p. 1-8, 2020.

SOUZA, B. F.; MARSKI, B. S. L.; BONELLI, M. A.; RUIZ, M. T.; WERNET, M. Solicitude em visita domiciliar de enfermeiras no cuidado pré-natal de alto risco: relato de experiência. **Esc. Anna Nery.** v. 26, 2022.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R. Mortalidade materna pela COVID-19 no Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v. 21, suppl. 1, 2021.

SOUZA, L.; MARCHIORI, M.; SOCCOL, K; HOLKEM, G. Modelo de cuidado a gestantes e puérperas: perspectiva de profissionais da saúde da família. **Rev. Enferm. UFSM.** v. 10, e86, 2020.

SBP, Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento científico de genética. **Diretrizes de atenção à saúde de pessoas com Síndrome de Down.** 2020. 25p.

SCHNEIDER, A. L.; FILHO, A. T. Alteridade e história: escritura e narrativa como uma ética do Outro. **Rev. Fronteira Z.** n. 21, p. 22-37, 2018.

SHELTON, G. Appraising Travelbee's human-to-human relationship model. **Journal of the advanced Practitioner in Oncology.** v. 7, n. 6, p. 657-661, 2016.

SMITH, L. An evolving logic of participant observation, educational ethnography, and other case studies. In: SHULMAN, L. (Ed.). *Review of researching education.* Itasca: F. E. Peacock, 1978. p. 316-377.

STAMM, M. Evolução do cuidado na enfermagem até o cuidado transdimensional: uma revisão da literatura. **R. Cienc. Cuid. Saúde.** v. 1, n. 2, p. 293-298, 2002.

STAKE. R. E. Case studies. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (ed.) *Handbook of qualitative research* London: Sage, 2000. p. 435-454

TAI, D. B. G.; SHAH, A. DOUBENI, C. A.; WIELAND, M. L. The disproportionate impact of COVID-19 on Racial and Ethnic Minorities in the United States. **Clin Infect Dis**. 2020.

TAKEMOTO, M. L. S. et al. Brazilian Group for Studies of COVID-19 and Pregnancy. Clinical characteristics and risk factor for mortality in obstetric patients with severe COVID-19 in Brazil: a surveillance database analysis. **BJOG**. v. 127, n. 3, 2020a.

TAKEMOTO, M. L. S. et al. The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. **Int J Gynecol Obstet**. 2020b.

TERRA, L. S. V.; CAMPOS, G. W. S. Alienação do trabalho médico: tensões sobre o modelo biomédico e o gerencialismo na atenção primária. **Rev. Trab. Educ. saúde**. v. 17, n. 2, e0019124, 2019.

TESSER, C. H.; NETO, P. P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciênc. saúde colet**. v. 22, n. 3, p. 941-952, 2017.

THE DAVID OLDS STORY. (s. d.). Fonte Nurse-Family Partnership. Disponível em: <https://www.nursefamilypartnership.org/about/program-history/>. Acesso em 21 jun. 2021.

THE PROGRAMME. (s. d.). Fonte: Family Nurse Partnership. Disponível em: <https://fnp.nhs.uk/about-us/the-programme/>. Acesso em 21 jun. 2021.

TRAVELBE, J. What's wrong with sympathy? **The American Journal of Nursing**. v. 64, n. 1, p. 68-71, 1964.

TRAVELBEE, J. **Intervention in psychiatric nursing: Process in the one-to-one relationship**. Philadelphia, PA: F. A. Davis Company. 1969.

TRAVELBEE, J. **Intervención en enfermería psiquiátrica: el proceso de la relación de persona a persona**. Cali: Davis. 1979.

TUNÇALP, O. et al. Listening to Women's Voices: The Quality of Care of Women Experiencing Severe Maternal Morbidity, in Accra, Ghana. **PLoS One**. v. 7, n. 8, p. 1-8, 2012.

VENTURA, M. M. O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. **Rev SOCERJ**. v. 20, n. 5, p. 383-386, 2007.

VIEIRA, V. C. L. et al. Vulnerabilidade da gravidez de alto risco na percepção de gestantes e familiares. **Rev. Rene**. v. 20, 2019.

XAVIER, R. B. et al. Itinerários de cuidados à saúde de mulheres com história de síndromes hipertensivas na gestação. **Interface (Botucatu)**. v. 19, n. 55, p. 1109-1120, 2015.

WALDOW, V. R. Cuidado: uma revisão teórica. **Rev. Gaúcha de Enferm**. v. 13, n. , p. 29-35, 1992.

\_\_\_\_\_. **Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem**. In: WALDOW, V. R.; LOPES M. J.; MEYER, D. E. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. P. 7-30.

\_\_\_\_\_. Definições de cuidar e assistir: uma mera questão de semântica? **R. gaúcha Enferm.** v. 19, n. 1, p. 20-32, jan. 1998.

\_\_\_\_\_. Atualização do cuidar. **Aquichán.** v. 8, n. 1, p. 85-96, 2008.

WATSON, J. **Nursing: the philosophy and science of caring.** Boston: Little Brown, 1979.

\_\_\_\_\_. **Nursing: human science and human care.** Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts, 1985.

WARMLING, C. M.; FAJARDO, A. P.; MEYER, D. E.; BEDOS C. Práticas sociais de medicalização & humanização no cuidado de mulheres na gestação. **Cad. Saúde Pública.** v. 34, n. 4:e00009917, p. 1-11, 2018.

WEISS, HB. Home visits: necessary but not sufficient. **Future Child, Crossref,** vol. 3, nº 3, p. 113-128, 1993.

WHO, World Health Organization. **Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013.** Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA. The World Bank and The United Nations Population Division. May 2014.

WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. **Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017.** WHO, Geneva, 2019.

WHO, World Health Organization. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report 27 August 2020. WHO, Geneva, 2020.

WHO, World Health Organization. **The network for improving quality of care for maternal, newborn and child health: evolution, implementation and progress.** 2017-2020. WHO, Geneva, 2021.

YAZAN, B. Três abordagens do método de estudo de caso em educação: Yin, Merriam e Stake. **Meta: Avaliação.** v.8, n. 22, p. 149-182, 2016.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 4. ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.

YIN, R. K. **Case study research and applications: design and methods.** 6. ed. Los Angeles: SAGE; 2018.

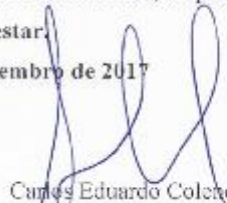
**ANEXOS E APÊNDICES****ANEXO A – Carta de autorização Prefeitura Municipal****CARTA DE AUTORIZAÇÃO**

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 Colatoni

Secretário Municipal de Saúde de São Carlos

**RECEBI EM**

05/10/2017

Jamile Bussadori

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](mailto:cephumanos@ufscar.br)

## ANEXO B

## Parecer consubstanciado do CEP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

**Pesquisador:** Monika Wernet

**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:** 2.467.733

**Apresentação do Projeto:**

Estudo longitudinal, prospectivo, observacional, com análise quantiqualitativa. 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 prénatal

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 Canadá; 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:** 13.565-905

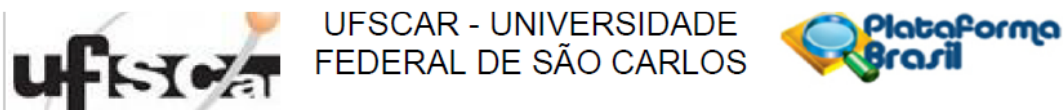
**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br





Continuação do Parecer: 2.467.733

alcances do PVD às gestantes de alto risco na percepção dos sujeitos sociais que dele vivenciaram; 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 use. 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
----------------	---------	----------	-------	----------

<b>Endereço:</b> WASHINGTON LUIZ KM 235 <b>Bairro:</b> JARDIM GUANABARA <b>UF:</b> SP <b>Município:</b> SAO CARLOS <b>Telefone:</b> (16)3351-9683	<b>CEP:</b> 13.565-905  <b>E-mail:</b> cephumanos@ufscar.br
--	---



Continuação do Parecer: 2.467.733

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1057522.pdf	22/12/2017 11:57:53		Aceito
Outros	carta.pdf	22/12/2017 11:56:44	Monika Wernet	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostopvd.pdf	22/12/2017 11:55:51	Monika Wernet	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projktopvd.docx	22/12/2017 11:55:22	Monika Wernet	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclepvd.pdf	22/12/2017 11:55:11	Monika Wernet	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CARLOS, 16 de Janeiro de 2018

---

**Assinado por:  
Priscilla Hortense  
(Coordenador)**

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

## APÊNDICE A

### **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](mailto: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](mailto: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](mailto:monika.werent@gmail.com)

Local e data:

---

---

Pesquisador responsável

Monika Wernet

---

Assinatura do Pesquisador

---

Nome do Participante

---

Assinatura do Participante

## ANEXO C – PRODUÇÕES DECORRENTES DAS RELAÇÕES EM DOMICÍLIO NO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

### Artigos publicados

**SOUZA, B. F.**; MARSKI, B. S. L. M.; BONELLI, M. A.; RUIZ, M. T.; WERNET, M. Solicitude em visita domiciliar de enfermeiras no pré-natal de alto risco: relato de experiência. *Esc. Anna Nery*. v. 22, e:20210328, p. 1-7, 2022.

CASTRO, L. O.; **SOUZA, B. F.**; MARSKI, B. S. L.; LOPES, M. E. P.; SANTOS, P. R. M.; WERNET, M. Visita domiciliar no pré-natal: expectativas de gestantes risco. *UFPE On line*. v. 14, e244258, 2020.

### Capítulos de livros publicados

FABBRO, M. R. C.; BUSSADORI, J. C. C.; WERNET, M.; **SOUZA, B. F.**; FERMIANO, A. R.; SOUSA, M. G. **Pré-natal de risco habitual e alto risco: estudo qualitativo sobre percepções de mulheres**. *New Trends in Qualitative Reserach. SIed.: Ludomedia*, v. 8, p, 538-546, 2021.

### Resumos publicados em anais de congresso

**SOUZA, B. F.**; MARSKI, B. S. L; BONELLI, M. A.; RUIZ, M. T.; WERNET, M. Visita domiciliar no pré-natal de alto risco: relato de experiência. In: Simpósio Internacional de Assistência ao Parto (SIAPARTO), 2021. Anais SIAPARTO, 2021.

**SOUZA, B. F.**; MARSKI, B. S. L.; LOPES, M. E. P.; OLIVEIRA, A. I. B.; PETRUCELLI, G.; DIAS, P. L. M.; WERNET, M. Visitação domiciliar no pré-natal de alto risco: estudo de caso. In: 14º Congresso Internacional da Rede Unida, 2020. Niterói. Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unidade, v. 6, 2020.

CASTRO, L. O.; **SOUZA, B. F.**; MARSKI, B. S. L.; LOPES, M. E. P.; MARQUES, T. M.; WERNET, M. Visita domiciliar regular no pré-natal: expectativas de gestantes de alto risco. In: XI Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal e V Congresso Internacional de

Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Maceió. Anais de Evento do XI Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal e V Congresso Internacional de Enfermagem Obstétrica e Neonatal, 2019.

**Resumos expandidos publicados em anais de congresso**

LOPES, M. E. P.; MARSKI, B. S. L.; **SOUZA, B. F.**; CASTRO, L. O.; OLIVEIRA, A. I. B.; WERNET, M. O encontro como estruturante do cuidado à família de alto risco gestacional: relato de experiência. In: XI Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal e V Congresso Internacional de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Maceió. Anais de Evento do XI Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal e V Congresso Internacional de Enfermagem Obstétrica e Neonatal, 2019.