

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

MARIA APARECIDA GRACÉLIA SOUSA

**EXPERIÊNCIA DE PARTO DE MULHERES COM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO E
EM PROGRAMA DE VISITAÇÃO DOMICILIAR**

São Carlos/SP

2020

MARIA APARECIDA GRACÉLIA SOUSA

**EXPERIÊNCIA DE PARTO DE MULHERES COM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO E
EM PROGRAMA DE VISITAÇÃO DOMICILIAR**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) como requisito para a obtenção do título de mestra em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Jamile Claro de Castro Bussadori

São Carlos/SP

2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

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

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Maria Aparecida Gracelia Sousa, realizada em 25/08/2020.

Comissão Julgadora:

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

Profa. Dra. Nayara Girardi Baraldi (USP)

Profa. Dra. Marcia Regina Cangiani Fabbro (UFSCar)

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

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

AGRADECIMENTOS

Nestes últimos anos percebi a importância de construir nossos objetivos apoiados na força divina, na família, amigos e parceiros. Neste período os vínculos bem estabelecidos tornam tudo possível. E é com muita sinceridade que manifesto minha gratidão:

A Deus, por ser meu guia espiritual e me dar à luz necessária para seguir em frente, porque sem a sua proteção e benevolência, nada disso seria possível.

Ao meu querido esposo Édson de Jesus, por ter sido fundamental nesta conquista, pelo amor incondicional e incentivo. Obrigada por estar ao meu lado e compartilhar comigo as alegrias e dificuldades nesta trajetória. Sem você e sua paciência tudo seria mais difícil!

Aos meus amados filhos Pedro e Lívia, que tiveram que suportar minha ausência em diversos momentos, permitindo que me dedicasse à finalização deste trabalho. Vocês enchem o meu coração de orgulho, amor e felicidade. Amo vocês!

À minha família, que mesmo longe geograficamente, apoiou-me e torceu pelas minhas conquistas. Em especial **à minha mãe, Maria**. Grata pela mulher que é e por todo incentivo. Você é meu espelho. **À minha irmã Eliene**, por tantos ensinamentos e momentos compartilhados. Eterna gratidão pelo valioso e incansável apoio, determinante em todos os momentos deste trabalho.

À minha sogra Maria de Fátima, por estar disponível em todas as vezes que precisei. Suprindo minhas ausências junto aos meus filhos. Agradeço imensamente pelo apoio e compreensão.

À minha orientadora Jamile Claro de Castro Bussadori, por me conceder o privilégio de ser sua orientanda e acreditar no meu potencial, contribuindo de forma tão valiosa para o meu crescimento pessoal e profissional. Obrigada por me fazer sentir tão amparada. Serei eternamente grata a você e por todo ensinamento e amizade.

À Banca Examinadora, pela disponibilidade, colaboração e pelo conhecimento compartilhado por meio de pertinentes sugestões que enriqueceram o desenvolvimento desta dissertação.

Aos meus amigos do Mestrado, pelas alegrias e desafios compartilhados, que fizeram fortalecer e construir novas as amizades.

À querida Bruna Felisberto que tão prontamente me auxiliou, contribuindo de forma grandiosa com todas as etapas deste estudo, inclusive me incorporando ao macroprojeto da **Profa. Monika Wernet**. Sem a oportunidade que me proporcionaram, tudo teria sido diferente. Marcarão minha trajetória para sempre.

À Universidade Federal de São Carlos, e aos docentes, que me acolheram para esta oportunidade de formação, proporcionando um enorme crescimento profissional.

A todas as mulheres que voluntariamente participaram deste estudo, compartilhando suas experiências tão ricamente.

RESUMO

No contexto obstétrico atual, muito se tem discutido sobre as formas de nascer, dado o quão este evento é impactante e transformador na vida das mulheres e de suas famílias, e na sociedade. Apesar de muitos avanços, a assistência perinatal ainda está centrada no modelo biomédico e tecnocrático, caracterizado pela primazia da tecnologia sobre as relações humanas, com pouco interesse e respeito aos valores da mulher e da família. Tal realidade outorga à mulher um papel de subordinação perante o sistema, principalmente nas situações de maior vulnerabilidade, como no caso do gestar e parir na condição de alto risco gestacional. O presente estudo, qualitativo, exploratório e descritivo, objetivou analisar a repercussão de um programa de visita domiciliar, como ação complementar ao pré-natal de alto risco, na experiência positiva de parto das mulheres. Elencou-se como base conceitual a experiência positiva no parto da Organização Mundial de Saúde e como referencial metodológico a análise temática de Bardin. A coleta dos dados se deu em um município do interior paulista, no período de janeiro a setembro de 2019, por meio de visitas domiciliares às gestantes de alto risco, seguida de entrevista individual e aberta. O estudo contou com sete participantes. Foram elaboradas duas categorias temáticas, sendo elas: "O viver do parto", "O parto no pré-natal e as visitas domiciliares". Os resultados evidenciaram que receber a visita foi um complemento eficaz no pré-natal que repercutiu no empoderamento pessoal das mulheres para o enfrentamento de situações adversas da gestação e facilitou a sua vivência no parto frente a uma gestação de alto risco.

Palavras-chave: Gravidez de alto risco. Assistência ao parto. Parto humanizado. Visita domiciliar. Satisfação do paciente.

ABSTRACT

In the current obstetric context, much has been discussed about ways of being born, given how impactful and transforming this event is in the lives of women and their families, and in society. Despite many advances, perinatal care is still centered on the biomedical and technocratic model, characterized by the primacy of technology over human relations, with little interest and respect for the values of women and of the family. Such a reality gives women a subordinate role before the system, especially in situations of greater vulnerability, as in the case of gestating and giving birth in the condition of high gestational risk. The present study, qualitative, exploratory and descriptive, aimed to analyze the repercussion of a home visitation program, as a complementary action to high-risk prenatal care, on the positive childbirth experience of women. The World Health Organization's positive experience in childbirth was listed as a conceptual basis and Bardin's thematic analysis was the methodological reference. Data collection took place in a municipality in the interior of São Paulo, from January to September 2019, through home visits to high-risk pregnant women, followed by individual and open interviews. The study had seven participants. Two thematic categories were elaborated, namely: "The birth of childbirth", "The prenatal delivery and home visits". The results showed that receiving the visit was an effective complement in the prenatal period, which had an impact on the personal empowerment of women in order to cope with adverse pregnancy situations and facilitated their experience in childbirth in the face of a high-risk pregnancy.

Keywords: High-risk pregnancy. Delivery assistance. Humanized birth. Home visit. Patient satisfaction.

RESUMEM

En el contexto obstétrico actual, se ha discutido mucho sobre las formas de nacer, dado el impactante y transformador que es este evento en la vida de las mujeres, en las familias y en la sociedad. Aunque se han hecho muchos avances en la atención perinatal, todavía se centra en el modelo biomédico y tecnocrático, destacado por la primacía de la tecnología sobre las relaciones humanas, con poco interés y respeto por los valores de la mujer y la familia. Tal realidad otorga a las mujeres un rol subordinado ante el sistema, especialmente en situaciones de mayor vulnerabilidad, como es el caso de gestar y dar la luz en condición de alto riesgo gestacional. El presente estudio, cualitativo, exploratorio y descriptivo, tuvo como objetivo discutir la experiencia del parto en mujeres que tuvieron embarazos de alto riesgo y recibieron visitas domiciliarias, como una acción complementaria a la atención prenatal. La experiencia positiva de la Organización Mundial de la Salud en el parto se enumeró como base conceptual y el análisis temática de Bardin fue la referencia metodológica. La recolección de datos se realizó en un municipio del interior de São Paulo, de enero hasta septiembre de 2019, mediante visitas domiciliarias a las gestantes de alto riesgo, seguidas de entrevistas individuales y abiertas. El estudio tuvo siete participantes. Fueron elaboradas dos categorías temáticas: " El parto en el prenatal y las visitas domiciliarias". Los resultados mostraron que recibir la visita fue un complemento efectivo de la atención prenatal, lo que incidió en el empoderamiento personal de las mujeres para enfrentar situaciones adversas del embarazo y facilitó su experiencia en el parto ante un embarazo de alto riesgo.

Palabras clave: Embarazo de alto riesgo. Tocología. Parto humanizado. Visita domiciliaria. Educación en salud. Satisfacción del paciente.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
ACEG	Ambulatório de Cuidados Especiais da Gestação
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BLH	Banco de Leite Humano
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
IHI	<i>Institute for Health care Improvement</i>
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa Humanização do Parto: humanização do pré-natal e nascimento*
PNAON	Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal
PPA	Projeto Parto Adequado
PVD	Programa de Visitação Domiciliar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	TRAJETÓRIA PESSOAL E ESCOLHA DO TEMA	10
2	INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	12
3	OBJETIVO	19
4	PERCURSO METODOLÓGICO	20
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	20
4.2	REFERENCIAL CONCEITUAL: EXPERIÊNCIA POSITIVA NO PARTO	21
4.3	REFERENCIAL METODOLÓGICO: ANÁLISE TEMÁTICA DE BARDIN	22
4.4	LOCAL DO ESTUDO	23
4.5	PARTICIPANTES E COLETA DE DADOS	24
4.5.1	Crítérios de inclusão e exclusão	24
4.6	COLETA DE DADOS	25
4.7	ASPECTOS ÉTICOS	26
4.8	ANÁLISE DOS DADOS	26
5	RESULTADOS	28
5.1	O VIVER DO PARTO	30
5.2	O parto no pré-natal e as visitas domiciliares	35
6	DISCUSSÃO	40
7	CONCLUSÃO	46
7.1	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	47
	REFERÊNCIAS	49
	APÊNDICE	56
	ANEXOS	58

1 TRAJETÓRIA PESSOAL E ESCOLHA DO TEMA

Nasci em Leme do Prado, cidade do interior de Minas Gerais, no dia 2 de julho de 1979 em um parto normal domiciliar. Cresci ouvindo as histórias do meu nascimento e dos meus irmãos. Minha mãe teve 11 partos normais, sendo apenas três deles em ambiente hospitalar. Em seus relatos, sempre nos reforçava a preferência pelo domicílio, próximo às pessoas especiais, em seu ambiente familiar.

Assim, cresci ouvindo lindos relatos sobre o parto normal e sonhava, quando fosse mãe, com um parto assim.

Permaneci em Minas até terminar o ensino médio e, em 2008, com o objetivo de cursar a graduação em enfermagem, mudei-me para o interior de São Paulo. A área da saúde sempre me chamou a atenção, principalmente no que se refere a cuidar de pessoas em momentos difíceis, mas ao cursar a disciplina Saúde da mulher, no terceiro ano de faculdade, tive certeza que este seria meu caminho. Nessa direção iniciei minha trajetória de pesquisa, escolhendo desenvolver meu Trabalho de Conclusão de Curso da graduação na área da saúde da mulher.

Concluí a graduação em dezembro de 2014, tempo maior que o esperado, pois no meio do percurso me casei, engravidei e precisei me mudar para a cidade que atualmente resido. Assim, hoje tenho dois filhos, Pedro e Lívia, que me fizeram passar por duas ricas experiências de parto. Na minha primeira gestação, desejava e sonhava com o parto normal, mas nos momentos finais, já com oito centímetros de dilatação, acabei optando por uma cesárea por já não conseguir lidar com a dor. Já na segunda, pude viver uma das experiências mais intensas e maravilhosas da minha vida: tive o tão desejado parto normal. Posso afirmar que ao vivenciar uma experiência positiva no parto, momento tão impactante na vida de uma mulher, tive mais ainda o desejo de aprofundar-me acerca da temática e intensificar assim o aprendizado nessa área especificamente.

Com o propósito de me aproximar mais da área, ingressei no mercado de trabalho em março de 2017, logo após a pós-graduação *Lato Sensu* em Ginecologia e Obstetrícia. No mesmo ano, iniciei minha aproximação com o Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) como aluna especial, oportunidade que tive de conhecer pessoas especiais, dentre elas, esse ser iluminado chamado Jamile Claro de Castro Bussadori, minha orientadora. Minha aproximação com ela se deu inicialmente por e-mail e a partir

desse contato marcamos um encontro. Na ocasião, ela aceitou o desafio de ser minha orientadora e com isso tive a possibilidade de desenvolver este estudo que, sem dúvida alguma, efetivou-se como oportunidade ímpar de reflexão sobre cuidado, principalmente referente às gestantes de alto risco, à humanização da assistência e à importância da experiência vivenciada no parto para a mulher, bebê e toda família.

Assim, gostaria de compartilhar com você os resultados obtidos por meio deste estudo e te convido a transmitir este conhecimento a fim de subsidiar transformações nas práticas em saúde da mulher em situação de gestação de alto risco.

2 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A experiência no nascimento vem sendo cada vez mais estudada e valorizada, dado o quanto tal evento é impactante e transformador na vida da mulher, família e sociedade (OLIVEIRA; MADEIRA; PENNA, 2011; DINIZ, 2014; MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2014; CABRITA et al., 2015; COSTA, 2016; SILVA; SILVEIRA; OLZA et al, 2018; VAGELS et al, 2018; WHO, 2018). Sob essa perspectiva, o modelo de cuidado deve visar a uma experiência positiva que não se limite ao bem-estar físico, contemplando assim as dimensões socioculturais e emocionais, e em que a mulher figure como elemento central do processo. Um modelo que deve transcender a sobrevivência das mulheres e dos bebês, ao propiciar que prosperem e alcancem todo o seu potencial para a saúde e a vida, dentro de uma perspectiva clínica e emocionalmente segura (WHO, 2018).

Há anos políticas públicas e iniciativas internacionais e nacionais têm buscado a redução dos índices de morbimortalidade materna e infantil, através da qualificação do cuidado às mulheres e aos recém-nascidos (CROWE et al., 2012; MESQUITA; KISMÖDI, 2012; LEAL et al., 2018). Dentre elas, deve ser destacado o papel da Organização Mundial de Saúde (OMS) que há mais de três décadas vem lutando ativamente para promover uma Maternidade Segura (WHO, 2018).

A Iniciativa Mundial para a Maternidade Segura, considerada marco universal do reconhecimento da morte materna como tragédia – reflexo das inequidades sociais e do lugar em que a mulher ocupa na sociedade –, foi lançada em 1987 na Conferência de Nairobi, no Quênia, com a principal meta de aumentar a consciência e promover ação global de se obterem gestações e partos mais seguros para as mulheres e os recém-nascidos, visando assim à redução da mortalidade materna pela metade até 2000 (BRASIL, 1995; WHO, 1998; REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

A partir desse reconhecimento internacional da mortalidade como indicador extremamente sensível das condições de vida da população, a OMS lançou várias recomendações para abordar aspectos específicos dessa mudança, como a publicação “Tecnologia Apropriada para Partos e Nascimentos” (OMS, 1985), em que se destacava que um adequado modelo de atenção ao parto e nascimento deveria respeitar os direitos das mulheres: o Guia “*Care in normal birth: a practical guide*”, que foi traduzido no Brasil, em 2000, como “Assistência ao Parto Normal: um guia prático” (OMS, 1996). Tal documento reuniu evidências científicas que serviriam de referência

para a reorganização da assistência ao parto e para a implantação de serviços humanizados nas maternidades. Mais recentemente, em 2018, a “*Intrapartum care for a positive childbirth experience*” transcendeu o aspecto da sobrevivência das mulheres e seus bebês, ao garantir que prosperem e atinjam o seu pleno potencial de saúde e bem-estar, a partir de um modelo de cuidado centrado na pessoa e baseado em evidências que gerem experiências positivas (WHO, 2018).

No ano 2000, melhorar a saúde materna tornou-se um dos oito Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) para 2015, iniciativa global promovida pelas Nações Unidas, que almejava reduzir em 75% a mortalidade materna entre 1990 e 2015, além de conceder acesso universal para as mulheres à saúde reprodutiva (SOUZA, 2015).

A partir de 2015, foram idealizados novos objetivos globais chamados de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que, juntos com a Estratégia Global para a Saúde da Mulher e da Criança e com financiamentos inovadores e sustentáveis, convocaram o mundo para o empenho da eliminação da mortalidade materna evitável entre os anos de 2016 e 2030. Preconiza ainda um mundo em que todas as mulheres, crianças e adolescentes usufruam de seu direito à saúde física e mental e ao bem-estar, que tenham oportunidades sociais e econômicas e possam participar na construção de sociedades progressistas e sustentáveis (SOUZA, 2015; ONU, 2016).

No Brasil, pode-se afirmar que uma das primeiras iniciativas de modificação desse quadro veio a partir da criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, no qual a perspectiva materno-infantil foi ampliada, ultrapassando a visão biológica restrita e seu papel social de mãe e do lar, responsável pela criação, pela educação dos filhos e demais familiares defendidos pelos programas, com a incorporação da noção de mulher como sujeito (LEAL et al., 2018).

No entanto, foi a partir de 2000 que os movimentos ganharam força, e dentre as estratégias do Ministério da Saúde que tiveram como intuito qualificar a atenção à saúde materna e reduzir os índices de mortalidade destacam-se o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – PHPN (BRASIL, 2000) e a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal – PNAON (BRASIL, 2005). Em um contexto mais atual, a Rede Cegonha (BRASIL, 2014) e o Projeto Parto Adequado, em 2015 (ANS, 2018).

A Rede Cegonha é uma estratégia que consiste na criação de uma rede de cuidados para qualificação da atenção ao planejamento reprodutivo, à gravidez, ao parto, ao puerpério e ao abortamento, bem como para o enfrentamento da mortalidade materna e neonatal, dentro da perspectiva da humanização como eixo político principal (BRASIL, 2014; LEAL et al., 2019).

Ainda dentre as iniciativas brasileiras de destaque em relação a modelos de atenção ao parto e nascimento, o “Projeto Parto Adequado (PPA)”, – lançado em 2015 pela Agência Nacional de Saúde (ANS), através de um acordo cooperação técnica com o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) e o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), com o apoio do Ministério da Saúde – tem tido importante papel na mudança de modelos de atenção ao parto e ao nascimento na saúde suplementar (ANS, 2018).

No entanto, apesar dos esforços discutidos, com todo o respaldo das evidências científicas e pressão do movimento social de usuárias por mais de duas décadas do século XX, é sabido que muitas mulheres e recém-nascidos ainda são privados de uma experiência positiva no parto, principalmente sob influência das hierarquias sociais, como classe social, raça/etnia, estado de saúde, entre outras (DINIZ, 2014). Ainda existem lacunas na prática assistencial que favorecem a medicalização do corpo feminino e do nascimento, bem como a desigualdade de gênero e a violência contra a mulher (SOUSA et al., 2016).

É certo que houve avanços, no entanto ainda há uma importante luta de resgate do parto natural, dentro de um processo fisiológico e respeitoso, assistidos por enfermeiras obstetras e obstetrias (NARCHI et al., 2013). O modelo vigente, acaba por favorecer um cuidado centrado no modelo biomédico e tecnocrático, caracterizado pela primazia da tecnologia sobre as relações humanas, com pouco interesse e respeito aos valores da mulher e família (BRASIL, 2002; BRASIL, 2014; LEAL et al., 2014; WERNET et al., 2016; BRASIL, 2017).

Os resultados da ampla pesquisa intitulada “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, – coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz e que reuniu informações de 23.940 mulheres atendidas entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, em 266 maternidades com 500 ou mais partos por ano localizadas em 191 municípios brasileiros – corroboram a necessidade de aperfeiçoamento da qualidade da assistência, principalmente no engajamento das boas práticas ao parto e na batalha da crescente epidemia de cesáreas desnecessárias no Brasil (LEAL; GAMA, 2014; NIY, 2018). Ademais, se de forma geral

ainda existem lacunas na assistência ao parto, ao se agregarem as complicações ou os fatores de risco associados às gestações, as mulheres podem ser ainda mais fragilizadas e vulneráveis no que diz respeito à qualidade da experiência vivenciada (MESQUITA et al., 2015; DIN et al., 2016).

A gestação de risco há muito vem sendo discutida, tornando-se uma preocupação mundial, devido aos agravos que comprometem tanto a gestante quanto o feto, levando ao processo de doença que resulta em tratamentos de alto custo e, conseqüentemente, impactando na economia do país (RUY; FERNÁNDEZ, 2015; COSTA et al., 2016;).

A expressão “gestação de alto risco” é ampla e diz respeito a todas as situações que podem intervir na evolução normal de uma gravidez. Diversos fatores podem influenciar na estimativa de risco gestacional como por exemplo a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, que podem ser identificados já no período pré-concepcional, de maneira que torna-se de extrema importância compreender o significado atribuído pela mulher no seu processo de gestar sob a condição de risco (FERNÁNDEZ-ARAGÓN, 2015; BRASIL, 2016).

O diagnóstico de gravidez de alto risco pode provocar um estado de ansiedade muito maior na mulher quando comparado às gestações que não enfrentam tal problema, podendo influenciar física e emocionalmente na gestação, exigindo dos profissionais cuidados diferenciados. É um momento atravessado por tensões, adaptações a novos hábitos, modificações nos papéis sociais e saberes, que não estão descritos em algum nível de complexidade da assistência (CABRITA et al., 2015).

O estudo de Souza (2018) demonstra que diante dos riscos, os sentimentos das mulheres são salientados e que as sensações de dúvida e medo são mais significativas.

Em gestações de risco habitual é comum que o medo e a ansiedade enfrentados no período gestacional tornem-se mais intensos com a aproximação do parto e do nascimento, visto que se trata de um dos eventos mais complexos, por envolver expectativa sobre a saúde do filho, a mudança definitiva de papéis, a responsabilidade de cuidar de um recém-nascido, além do medo da dor (MIRANDA et al., 2011; MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2014; SILVA; SHIMO, 2017). Para uma gestante com o diagnóstico de risco, ainda pode-se acrescentar a esses sentimentos, a incerteza de um desfecho saudável.

Enquanto as necessidades dos grupos de baixo risco em geral são solucionadas no atendimento primário de assistência, os grupos de alto risco requerem atendimento especializado dos serviços de referência. É de suma relevância identificar precocemente grávidas com risco gestacional para que as intervenções adequadas possam ser instituídas rapidamente, aumentando dessa forma a probabilidade de alterar a evolução e assim possibilitar um desfecho positivo, ao prevenirem-se maiores agravos (LUCIANO, 2011).

Há uma proporção significativa de agravos relacionados à gestação, ao parto e ao pós-parto, os quais são responsáveis por mais de meio milhão de mortes de mulheres por ano no mundo (WHO, 2014; CHAVES et al., 2015), além de colaborar 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 (LEAL et al., 2017). A ameaça real à saúde e à vida da mulher e bebê podem intensificar as emoções, transformando a gestação em um momento de muita angústia e de sofrimentos, como medo da criança nascer prematura, culpa, angústia e dúvidas (SOUZA; ARAÚJO; COSTA, 2013).

Assim, considerando que as vivências relacionadas ao processo de nascimento interferem diretamente na saúde e no bem-estar da mulher e do recém-nascido, faz-se ainda mais necessário um cuidado que vise à experiência positiva do parto, sobretudo no que diz respeito às gestações em condições de risco. Esse cuidado deve incluir o nascimento de um bebê saudável em um ambiente clínico e psicologicamente seguros, com continuidade de práticas e apoio emocional, presença de acompanhante e profissional tecnicamente competente e que priorize as decisões das mulheres (MATTOS; VANDENBERGHE; MARTINS, 2014; COSTA et al., 2016; WHO, 2018).

Desse modo, a qualificação da atenção em saúde nesse contexto é investimento prioritário especialmente no cenário brasileiro (COSTA et al., 2016), com vistas à saúde e à vida das mulheres e dos recém-nascidos. Assim, é primordial que os serviços de saúde e seus profissionais estejam sensíveis e disponíveis a essas mulheres e suas famílias, sobretudo no entendimento da situação de risco, da garantia dos seus direitos no intuito de ofertar um apoio congruente e eficaz.

Diante dessa realidade, destaca-se a necessidade dos profissionais de saúde avançarem na busca dos conhecimentos acerca da problemática e assim identificarem metodologias adequadas que possam ser utilizadas no cuidado e, dessa

forma, adequarem a assistência ao controle apropriado na gestação de alto risco e suas implicações, com a finalidade de estimular o empoderamento das mulheres e de suas famílias na direção do protagonismo e da autonomia, trazendo reflexões sobre a importância de ações para além daquelas praticadas na atenção habitual do pré-natal de alto risco como por exemplo a incorporação de visitas domiciliares (VD) (LI et al., 2015).

A VD é uma das atribuições do enfermeiro que atua na Atenção Primária à Saúde realizada prioritariamente a grupos de risco. Essa atividade proporciona a construção de vínculo entre o profissional e as gestantes e seus familiares (MELLO et al., 2016), promovendo um elo entre as partes, o que produz melhorias na saúde da própria mulher e de sua criança (DMYTRYSHYN et al., 2015).

Frente a isso, o desenvolvimento de programas de visita domiciliar (PVD) para mulheres que vivenciam a gestação de alto risco são importantes estratégias na promoção da saúde, sobretudo por empoderar a mulher para as vivências implicadas no gestar, parir e cuidar, em especial, por tornar a mulher autônoma e protagonista nesse processo (LAKIN; SUTTER; MAGEE, 2015; LI et al., 2015).

Nessa vertente, tais PVD devem apoiar-se em protocolos de visitação eficazes que consigam conduzir os profissionais de saúde, com destaque para o enfermeiro, no atendimento das necessidades das gestantes e de seu bebê, qualificando assim a assistência ao pré-natal de alto risco.

Com esse propósito, um grupo de pesquisadores da Universidade Federal de São Carlos vem desenvolvendo um Programa de Visitação Domiciliar para mulheres gestantes de alto risco do município. O programa, fruto de um projeto de doutoramento em andamento pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e intitulado “Alcances de Programa de Visitação no Pré-natal de Alto risco”, possui enquanto objetivo desenvolver visitas domiciliares às gestantes de alto risco, como parte integrante do seguimento de pré-natal, com atenção à parentalidade, direitos e saúde das gestantes e dos recém-nascidos.

O Programa de Visitação é subsidiado por um protocolo de autoria dos pesquisadores responsáveis (ANEXO A) e alicerça-se sob o eixo norteador da escutatória, com valorização da integralidade em saúde e humanização. Além disso, a estratégia de visitas domiciliares, assim como foi exposto, possui capacidade de produzir indicadores que podem ser utilizados pela equipe de saúde na continuidade do cuidado às gestantes de alto risco, bem como para elaboração de intervenções

com foco no empoderamento e na autonomia das mulheres durante o trabalho de parto e parto, foco do presente projeto.

O PVD conta com a participação de duas enfermeiras visitadoras, doutorandas, que realizam visitas domiciliares quinzenais às gestantes de alto risco cadastradas no serviço especializado à gestação de alto risco do município. Ao final de cada visita domiciliar, as visitadoras fazem o agendamento da próxima visita e assim sucessivamente.

O protocolo das visitas domiciliares possui enquanto eixos, cinco temáticas principais que devem subsidiar as visitas em algum momento do programa. As enfermeiras possuem autonomia para regularem o melhor momento de abordagem das temáticas, no entanto, alicerçam-se sobre as reais necessidades das mulheres, utilizando a estratégia de visita domiciliar como um espaço de escuta, de valorizar as subjetividades das mulheres e suas famílias, bem como para promover um cuidado qualificado voltado aos sucessos práticos que transcendem os protocolos.

Muito embora o programa de visitação represente o cuidado do pré-natal de maneira ampla, ou seja, não fragmentado, a ênfase do presente estudo será na intervenção a partir do eixo “PARTO”, pois é a temática que balizou o objetivo, resultados e discussão do estudo. Em vista disso, o presente estudo estabeleceu como questão de pesquisa: “Como se deu a experiência do parto para mulheres que gestaram sob a condição de alto risco e receberam visitação domiciliar como parte complementar no pré-natal?”.

Acredita-se que a relevância deste estudo está na possibilidade de valorização da prática educativa na gestação, como uma tecnologia leve, capaz de contribuir na qualidade da saúde das mulheres, bebês e famílias, bem como em experiências mais positivas.

3 OBJETIVO

Analisar a repercussão de um programa de visitação domiciliar, como a o complementar ao pré-natal de alto risco, na experiência positiva de parto das mulheres.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Alcances de programa de visitação no pré-natal de alto risco” que se trata de um estudo apoiado na revisão integrativa e no desenho misto, e que tem como objetivo principal analisar os alcances do Programa de Visita Domiciliar (PVD) às gestantes de alto risco, como parte integrante do seguimento de pré-natal, com atenção à parentalidade, aos direitos e à saúde das gestantes e do recém-nascido.

Para o presente estudo optou-se por um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, sob o olhar conceitual da experiência positiva no parto (OMS, 2018), com o uso da análise temática de Bardin (BARDIN, 2011).

A decisão pela pesquisa qualitativa deu-se pelo fato de se buscar ampliar entendimento e descrição de experiências vivenciadas pelas mulheres no parto, buscando identificar o impacto do PVD. Através dessa abordagem, busca-se compreender e explicar aspectos da realidade que não podem ser quantificados, de maneira a valorar-se o universo dos significados, aspirações, crenças, valores e das atitudes dos sujeitos sociais. É recomendada 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 Glazier e Powell (2011) apontam que a melhor maneira de entender o significado da pesquisa qualitativa é definir o que ela não é, ou seja, ela não é um conjunto de procedimentos que depende vigorosamente de análise estatística para suas inferências ou de métodos quantitativos para a coleta de dados. Glazier e Powell (2011) indicam que os dados qualitativos são: descrições detalhadas de fenômenos, comportamentos; citações diretas de pessoas sobre suas experiências; trechos de documentos, registros, correspondências; gravações ou transcrições de entrevistas e discursos; dados com maior riqueza de detalhes e profundidade e interações entre indivíduos, grupos e organizações.

Nessa perspectiva, em consonância com a natureza da pesquisa qualitativa, a técnica de coleta de dados para a realização deste estudo apoiou-se na estratégia de entrevistas abertas.

De acordo com Minayo (2014), a entrevista – tomada no sentido amplo de comunicação verbal e, no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico – é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo e é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre diversos interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, e destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, a partir da abordagem, pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista o objetivo pretendido.

Caracterizadas pela sua forma de organização, as entrevistas podem ser conduzidas de diversas formas. As abertas possuem um roteiro que baliza o entrevistador na condução da entrevista, muito embora o pesquisador mantenha-se livre para introduzir e conduzir intervenções quando detectar necessidade durante o processo, com intuito de aprofundar a informação e a opinião do entrevistado acerca do fenômeno (MINAYO, 2014).

4.2 REFERENCIAL CONCEITUAL: EXPERIÊNCIA POSITIVA NO PARTO

A escolha por este referencial conceitual reside no entendimento de que a experiência positiva favorece acesso ao sentido do cuidar centrado na mulher, prevendo não somente a sobrevivência das mulheres e bebês, mas também que eles prosperem e alcancem todo o seu potencial para a saúde e a vida, dentro de uma perspectiva clínica e emocionalmente segura (WHO, 2018)

Alinhadas a essa concepção, as diretrizes da OMS recomendam requisitos clínicos para um trabalho de parto e parto seguros, juntamente às necessidades psicológicas e emocionais das mulheres (WHO, 2018). Ou seja, que o cuidado garanta que as mulheres deem à luz em um ambiente que, além de estar seguro do ponto de vista clínico, também permita que elas tenham um senso de controle através do envolvimento na tomada de decisões e que as deixe com uma sensação de realização pessoal. A adoção de uma filosofia centrada na mulher e uma abordagem baseada nos direitos humanos abre as portas para muitas das opções de cuidados que as mulheres desejam, como o direito de ter um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e nascimento, bem como a liberdade de se movimentar durante os estágios iniciais do trabalho de parto e escolher sua posição para o nascimento. Todas essas recomendações são baseadas em evidências, otimizam a saúde e o bem-estar

e demonstraram ter um impacto positivo na experiência das mulheres no parto (VOGELS et al., 2020).

Ainda na visão do cuidado que favorece a experiência positiva, estão destacados a importância de planos pré-estabelecidos de referência, a continuidade do cuidado, comunicação efetiva pela equipe, documentação e auditoria e feedback de dados relacionados ao cuidado (WHO, 2018).

Assim, escolher a experiência positiva como base conceitual deste estudo foi por acreditar que abordar essas desigualdades e evidenciar a promoção de cuidados de maternidade respeitosos para todos sejam essenciais para melhorar a equidade e a qualidade da saúde na gestação, no parto e no pós-parto.

4.3 REFERENCIAL METODOLÓGICO: ANÁLISE TEMÁTICA DE BARDIN

O presente estudo utilizou como estratégia metodológica a Análise temática, fundamentada na perspectiva de Bardin (2011) que permite ao pesquisador realizar em maior profundidade os diferentes discursos, adotando uma perspectiva subjetiva do que é e do que não é dito pelos entrevistados.

Busca a compreensão do fenômeno sob a perspectiva do desenvolvimento de temas consistindo em “descobrir os **núcleos de sentido** que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 2011, p. 229).

A técnica, considerada transversal, leva em conta a constância dos temas que emergem nos discursos, realizando segmentações conforme o fenômeno e o objeto estudado (BARDIN, 2011).

O processo analítico está estruturado em três etapas:

- a) pré-análise: etapa na qual se desenvolve inicialmente a leitura flutuante do conjunto de material (no caso derivado das entrevistas) com vistas a prover interação com o conteúdo ali manifesto já ponderando relações com o foco em exploração e os elementos categoriais que se evidenciam como presente;
- b) exploração do material ou codificação: momento no qual se busca o estabelecimento das categorias, entendidas como expressões ou palavras significativas tradutoras do conteúdo presente no material empírico e que se processa a partir da classificação e a agregação dos

dados. Ou seja, buscou-se encontrar termos ou palavras significativas que viabilizassem a organização do material empírico em termos de conteúdo revelado, sempre atenta ao ponto de vista dos atores sociais, sua realidade e o fenômeno colocado em apreensão.

- c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação: nessa etapa ocorrem inferências e interpretações no intuito de inter-relacionar os achados das fases anteriores com o quadro teórico desenhado (BARDIN, 2011).

Assim, a análise temática é um método interpretativo de análise de dados utilizado para identificar, analisar e relatar padrões (temas) dentro dos dados. É flexível e pode ser adequada a diversos tipos de dados qualitativos. Ademais, organiza e descreve seu conjunto de dados de forma sintética, embora com detalhes ricos (BRAUN; CLARKE, 2006; BARDIN, 2011).

4.4 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado em um município de médio porte do interior do Estado de São Paulo, cuja população estimada é de 249.415 habitantes, dentro de uma área de 1137 km² (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019). No ano de 2017, ocorreram 3.855 nascimentos no município, dentre os quais 2.636 (68%) foram cesariana (DATASUS, 2019).

A assistência à saúde das gestantes de alto risco no município é desenvolvida através dos serviços públicos e conta com 21 Unidades de Saúde da Família (USF) e 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS). À nível ambulatorial, conta com o Ambulatório de Cuidados Especiais da Gestação (ACEG) e ambulatórios particulares (consultórios). O ACEG realiza atendimentos de gestantes de alto risco encaminhadas das USFs e UBSs e advindas das microrregiões com necessidades de cuidados especiais (SOUZA, 2018).

As gestantes identificadas pelas unidades supracitadas e através de um protocolo desenvolvido pelo médico responsável pelo pré-natal são referenciadas para o ACEG, dando continuidade ao pré-natal de alto risco em conjunto com o atendimento na unidade de origem. Essa unidade recebe cerca de 100 casos por ano, segundo informa o de enfermeira responsável pelo serviço.

A atenção ao parto no município conta exclusivamente com uma maternidade, alocada em hospital filantrópico que atende a demanda do SUS, convênios médicos e planos particulares. Tal maternidade possui na totalidade 56 leitos maternos, dentre os quais 34 são distribuídos ao SUS e 22 leitos destinados a particulares ou a conveniados. Destes, sete leitos são destinados à internação clínica de gestantes, atingindo cerca de 250 partos por mês e 80% de taxa de ocupação. Estrutura-se em: unidade de Pronto Atendimento à demanda espontânea de mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal; Pré-parto; Centro obstétrico; Enfermaria para internação clínica de gestantes; Alojamento conjunto; berçário comum e berçário de cuidados intermediários e Banco de Leite Humano (SOUZA, 2018).

4.5 PARTICIPANTES E COLETA DE DADOS

A população do estudo foi constituída por mulheres que vivenciaram a gestação de alto risco e receberam visita domiciliar do PVD. Fizeram parte do estudo nove mulheres, das quais duas foram excluídas: uma por ter narrativa incompreensível e a outra por desistência, uma vez que houve várias tentativas de agendamento do encontro e recorrentemente a participante se mostrou resistente, inclusive bloqueando o contato da pesquisadora. Sendo assim, a amostra final totalizou sete participantes, identificadas pela sequência numeral das entrevistas.

4.5.1 Critérios de inclusão e exclusão

A participação da mulher no estudo ficou regulada a partir de sua participação no PVD e seguiu os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos ou, quando adolescente, ser emancipada; e ter feito acompanhamento integral do PVD oferecido pela enfermeira visitadora. Foram considerados critérios de exclusão: condições que interfiram em habilidades da mulher para se envolver com o programa de visitação, como por exemplo, adoecimentos mentais, severos déficits cognitivos e sensoriais; mulheres gestando crianças com malformações já identificadas; e ainda mulheres que não deram continuidade ao PVD.

4.6 COLETA DE DADOS

O estudo foi realizado em duas etapas: a primeira de aproximação do universo investigatório e a segunda com a obtenção dos dados empíricos.

Na primeira etapa, com o intuito do estabelecimento de contato prévio com as participantes do PVD, a pesquisadora acompanhou pelo menos uma das visitas das enfermeiras às mulheres anteriormente ao parto. Naquele momento, foi realizada uma explicação prévia sobre os objetivos do estudo e as mulheres foram devidamente convidadas a participarem. Mediante o aceite, ficava então estabelecido um segundo contato após seu parto.

A segunda etapa ocorreu entre janeiro e outubro de 2019 iniciando-se a partir da comunicação da enfermeira do PVD sobre o nascimento dos bebês, oportunidade em que as puérperas eram contatadas pela pesquisadora por telefone para agendamento da visita para a entrevista, buscando dias e horários convenientes à mesma.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal deste estudo, enfermeira e mestrande, no domicílio das mulheres, com datas e horários pré-agendados por contato telefônico. Na maior parte das visitas, as entrevistadas se encontravam sem presença de familiar, estando somente a pesquisadora e a participante. Em três delas, houve a presença de outros filhos no espaço da entrevista.

Utilizou-se como questão disparadora da conversa “Conte-me como foi sua experiência de parto”. Ao longo do diálogo foram abordadas outras temáticas com vistas a explorar exemplos relacionados às boas práticas de atenção ao parto e experiências positivas no nascimento, além de explorar a atuação do programa de visita complementar ao pré-natal. As mulheres tiveram flexibilidade de respostas em todas as questões apresentadas motivando a descrição dos fenômenos.

Para coleta dos dados utilizou a gravação de áudio por um dispositivo eletrônico, o gravador digital. Não aconteceu anotação de campo, durante ou após realização das entrevistas que duraram aproximadamente 50 minutos.

A coleta de dados contou com todas as mulheres inseridas no estudo maior, que tiveram a resolução da gestação durante o período de coleta de dados, e os dados mostraram saturação no decorrer do estudo.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Respeitando as recomendações éticas estabelecidas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e 510/2016 (BRASIL, 2016), o estudo maior foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), com número do Parecer: 2.467.733 e CAAE 81715317.7.0000.5504 (ANEXO B) em 2018.

Todas as participantes foram informadas sobre os objetivos do estudo e dos preceitos éticos que norteiam uma investigação científica (autonomia, riscos, benefícios e relevância social da pesquisa), assegurando-lhes o anonimato, o sigilo das informações e a liberdade de interromper a sua participação em qualquer momento do estudo.

Para cada participante do estudo, foi disponibilizada uma cópia do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A). A pesquisadora esteve disponível para esclarecimento de qualquer dúvida do participante em relação à pesquisa, no intuito de assegurar a liberdade de participação. Após esclarecimentos, o TCLE teve duas vias assinadas e rubricadas, permanecendo uma com a participante e outra com a pesquisadora. Na entrevista com as puérperas, foram abordados os objetivos do estudo, seu desenho e reiterado o interesse em continuar sua participação.

Ademais, a pesquisadora teve o compromisso com a privacidade e com a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato dos sujeitos.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

O conjunto de dados obtidos, a partir das entrevistas foram transcritos na íntegra, sofrendo leituras flutuantes. Subsequente, na exploração do material, foram organizadas as ideias a partir da codificação dos blocos textuais (unidades de codificação) e em um último momento, foram identificadas temáticas centrais que direcionaram o estabelecimento das categorias temáticas. Para tanto, o processo interpretativo ancorou-se nos objetivos determinados e a base conceitual elencada. De acordo com Bardin (2011), essa é uma forma de organizar os dados mediante seu

agrupamento em categorias. Ao finalizar essa etapa, foram selecionadas as falas consideradas significativas, com a finalidade de autenticarem as conclusões e os significados das mesmas.

Com isso, os resultados estão apresentados sob duas categorias temáticas: “O viver do parto”, “O parto no pré-natal e as visitas domiciliares”, apresentadas no item a seguir, relativo aos resultados.

5 RESULTADOS

Os resultados apresentados são referentes à análise das sete entrevistas concedidas pelas participantes que estavam no PVD no período que ocorreu o estudo.

Quanto às características sociodemográficas, conforme identificado no Quadro 1, a seguir, as participantes apresentaram idade entre 24 e 38 anos, apenas uma era solteira, duas casadas e quatro possuíam união estável. Três declaram-se negras, duas pardas e duas brancas. Quanto à escolaridade referiram ter: uma delas ensino fundamental, uma ensino médio incompleto, duas ensino médio completo, uma ensino superior incompleto, uma com pós-graduação e uma delas não informou. Em relação à ocupação das mulheres, duas tinham vínculo empregatício (uma cabeleira e uma engenheira química) e cinco eram do lar. Quanto à religião, três declararam ser católicas, duas cristãs, uma evangélica e uma espírita.

Quadro1 - Caracterização das participantes quanto à idade, paridade, número de visitas, duração das visitas e temáticas, São Paulo, 2019 (n=7)

Participante	Idade	Cor	Religião	Situação Conjugal	Escolari- dade	Ocupação	Patologia	História Obstétrica			
								G	A	IG no parto	Via de Parto
Puérpera 1	24	Parda	Cristã	Solteira	EF	Do lar	Epilepsia	1	1	40s	PN
Puérpera 2	38	Negra	Cristã	União estável	EMC	Do lar	Gemelar	2	1	36s	C
Puérpera 3	31	Branca	Espírita	União estável	ESI	Do lar	Hipertensão gestacional	2	0	36s6d	C
Puérpera 4	35	Negra	Católica	União estável	EMI	Do lar	HAS	4	0	39s	PN
Puérpera 5	32	Negra	Católica	União estável	S/I	Cabeleira manicure	HAS	2	1	37s4d	C
Puérpera 6	28	Parda	Evangélica	Casada	EM	Do lar	Diabetes mellitus	3	0	38s	C+Laq
Puérpera 7	42	Branca	Católica	Casada	Mestrado	Engenheira química	HAS	3	0	39s	C+Laq

Fonte: Do autor. **Nota:**EF - Ensino Fundamental; EMI - Ensino Médio Incompleto; EMC - Ensino Médio Completo; ESI – Ensino Superior Incompleto; ESC - Ensino Superior completo; IG - Idade Gestacional; S/I - sem informação; PN - parto normal; C - Cesárea; Laq - Laqueadura

A seguir, os resultados serão apresentados sob duas categorias temáticas: “O viver do parto” e “O PVD e a contribuição na abordagem sobre parto durante o pré-natal”.

5.1 O VIVER DO PARTO

Esta categoria ilustra a experiência do viver o parto pelas mulheres abordadas neste estudo que, ao serem estimuladas, relatam os momentos passados na maternidade, valorizam interações profissionais e utilizam estes enquanto parâmetros para avaliarem positivamente ou não suas vivências.

[...] foi bom, no turno que eu ganhei ele foi ótimo, umas enfermeiras muito atenciosas sabe, no outro turno eu passei da hora de tomar os remédios..., se eu não fosse atrás, eles não davam... tinha que ficar atrás, elas demoravam [...] (P4).

Não foi uma experiência ruim como de outras pessoas, elas tiveram muita paciência comigo, em todo o tempo tentando me acalmar e me ajudando, foi bem tranquilo, até o final foi bem tranquilo (P1).

Bem assustador, porque eu nunca tinha passado o que eu passei (P3).

Ao narrarem suas experiências, lembram-se de todo o processo de trabalho de parto e parto. Conseguem descrever com detalhes e envolvem os sentimentos que ocorreram no momento, no entanto, algumas vinculam com experiências vividas anteriormente ou com aquelas vivenciadas por outras mulheres. Puérperas que possuíam histórico com o alto risco anterior à gestação atual, depositaram na sua experiência a comparação com o parto anterior. Uma delas (P5) relatou que ao ouvir

que o parto se daria de forma cesariana, todo o medo, marcado pela experiência anterior, veio à tona.

A hora que a enfermeira falou ‘vai fazer cesárea’, eu fiquei com medo. Pensei ‘vai matar meu filho, vai me matar’. Eu tinha medo deles me matarem lá (pequena pausa). Um monte de mulher morrendo também, eu estava com medo (P5).

E seguiu:

Meu parto foi complicado. Fui pra maternidade, fizeram o cardiotoco, o batimento dele caiu e me levaram pra cesárea [...]. Aquele momento, eu revivi uma história que já tinha acontecido, foi um baque. Chorei desesperadamente, entrei em estado de choque, não conseguia nem falar meu nome para as enfermeiras [...]. Foi um susto muito grande. Sofri bastante (P5).

Tive medo, minha pressão subiu, ia ser uma cesárea conturbada, eu estava acima do peso... foi um parto assustador, eu nunca tinha passado o que passei... A médica virou as costas pra mim... eu fiquei decepcionada (P4).

[...] já foi outro dilema, porque deu a mesma coisa praticamente... estava fazendo o pré-natal direitinho e, de repente, teve que tirar; pra mim foi um surto... porque eu esperava ter normal, eu queria ter normal, mais não foi... mas se fosse pra eu escolher e optar teria sido normal (P2).

Além de possuir um histórico marcado pelo desespero e pelas lembranças negativas do parto anterior, ao viver a experiência atual, a puérpera relatou um momento de intercorrência, caracterizado pelo *nearmiss*. Fato esse que a leva a um viver do parto “traumático”, palavra dita pela própria mulher:

Na hora que elas estavam fazendo minha cesárea, deu um problema lá. Na hora de fazer o corte, rompeu uma veia e eu quase fui embora dessa, então foi mais um (pequena pausa), mais um trauma que aconteceu (P5).

Enquanto outra (P2) avaliou o processo do parto de forma negativa, pois se deu de forma muito parecida à sua gestação de alto risco anterior, intensificando apenas a diferença dos níveis pressóricos da gestação atual:

[...] Eu sempre fazia os exames e estava tudo bem, para mim foi um baque. A única diferença é que a pressão estava mais alta do que no parto da [nome da filha] e também já tem o fato idade né, são muitos janeiros nos lombos [risos] [...]. (P2)

Essa experiência dá destaque à adesão ao tratamento no pré-natal, quase que transmitindo um sentimento de incompreensão diante das intercorrências vivenciadas. A puérpera relata que fez o seguimento e que todos os exames estavam normais, porém deu ênfase à pressão e à sua idade, ambos fatores que podem diagnosticar o alto risco. Cabe destacar que as mulheres prospectam e desejam um parto durante a gestação, no entanto, independente da via de parto, agradecem o nascimento saudável.

Eu fiquei internada cinco dias para poder tirar e para mim isso também foi um susto, porque eu esperava ter normal; eu queria ter normal, mas não foi. Graças a Deus ele está aqui, perfeito e saudável, mas se fosse para eu escolher e optar, seria parto normal (P2).

Outro ponto vinculado à satisfação com a experiência vivenciada, foram as boas práticas no parto. Duas puérperas descreveram os momentos de trabalho de parto, apontando a oferta dos métodos não farmacológicos durante o processo, como algo significativo a esse viver para elas:

[...] Eu estava muito inquieta, fui para o banheiro e fiquei no chuveiro um tempão. Depois, não consegui mais ficar lá e fui para o quarto. Fiquei na maca de joelhos, assim, um bom tempo apoiada para esperar. Depois, ela [a médica] quis que eu me mudasse para o banquinho né, onde estava a enfermeira, eu já estava esperando isso, eu queria ir para aquele banquinho fazia

um tempão [risos]. Daí eu sentei no banquinho, meu esposo sentou atrás e a enfermeira na minha frente [...] (P1).

Às 10h eu fui para o quarto. À 1h30 começou a me dar cólica, às 2h me deu uma cólica ainda mais forte, eu comentei para as meninas [referindo-se à equipe de enfermagem] [...]. A enfermeira fez um exame de toque e me disse que demoraria, pois o neném estava alto e eu estava com cinco dedos de dilatação. Aí, a enfermeira falou que eu poderia ir caminhar caso eu quisesse e ir na bola, aí eu pensei comigo “não vou andar e nem vou na bola, eu vou é deitar”. Quando foi 2 e pouco da madrugada, o bebê nasceu (P4).

Cabe ressaltar que, ainda que não tenha desfrutado dos métodos não farmacológicos de dor, foi ofertado pela enfermeira o caminhar e o sentar na bola, contudo, no desejo de se manter deitada, a gestante foi respeitada e vivenciou o parto da maneira que lhe convinha. A puérpera seguiu relatando sua experiência e, diante de um período expulsivo rápido e sem intercorrências, avaliou a experiência de forma positiva, agradecendo pelo momento:

Me deu uma cólica muito forte, aí eu falei para a enfermeira que estava lá dentro. Ela ainda estava arrumando a sala de pré-parto para eu entrar, mas eu falei “vai nascer”, e ela me disse “espera que vou chamar ajuda”. Eu olhei para o meu marido e disse “está nascendo” e aí nasceu. Estávamos somente eu e o [nome do marido] na sala [...]. Depois veio todo mundo, nem deu tempo de trazer a balança, não deu tempo de nada, foi “rapidão”, graças a Deus (P4).

Ao serem questionadas sobre a questão dos acompanhantes nesse viver do parto, seis das sete puérperas entrevistadas nesta pesquisa relataram o direito do acompanhante garantido, influenciando positivamente na experiência. Apenas uma relatou que foi necessário interferir sobre esse direito na hora do parto, narrando que se posicionou contrariamente à retirada do seu acompanhante. Nesse viver, reconhecem o suporte de ter um acompanhante.

Com meu marido... eu conseguia tomar banho, tomar café e comer, porque não dá para deixar a criança sozinha nessas horas, então um acompanhante ajuda bastante (P5).

Sim, meu marido ficou lá comigo (P2).

Para mim foi ótimo. Eu me sentia segura, porque tinha alguém da minha confiança e estava lá do meu lado o tempo todo (P3).

Ele ficou comigo o tempo todo. Quando me prepararam para fazer cesárea, ele estava lá do meu lado, foi junto comigo, mas não queriam que ele ficasse, queriam que ele saísse e me deixasse sozinha. Aí eu falei “mas não é o meu direito, ter um acompanhante independente do sexo”, ficaram quietos (P3).

Sim, meu marido, dei risada o tempo todo, [risos], ele é um palhaço, pra mim foi legal, é bom pra ele ver o tanto que a gente sofre também, mas foi legal, tudo pra ele é normal sabe, mas quando estava só eu e ele na sala ele ficou meio assustado, mas normal, risos, foi bom ter ele ao meu lado (P4).

Ainda no que concerne ao aspecto viver do parto, observa-se que por opção do companheiro eles preferem não assistir à cesárea, ainda que seus direitos tenham sido preservados, como relatado nas falas das duas puérperas abaixo transcritas:

[...] tive, meu marido, foi bom, ele me ajudou, ele não quis ver o parto, porque tem medo de ver cesárea (P6).

[...] sim, meu marido, inclusive ele não quis entrar na cesárea, e a enfermeira falou: “ele tem direito, [risos], vou buscar ele”, e quando fui pro quarto ela foi buscar ele pra ficar lá comigo (P7).

Embora essas mulheres vivenciem a gestação de risco, a experiência de parto está vinculada ao cuidado recebido e às experiências anteriores, por isso é

extremamente importante orientar essas mulheres sobre as condições de saúde e os aspectos que envolvem a gestação. Ofertar a elas informações de todo o andamento da gestação, do momento da concepção ao parto esclarecendo suas dúvidas, facilitará o enfrentamento dessas situações, de preocupações, ansiedades e medos, considerados normais nesse processo.

5.2O parto no pré-natal e as visitas domiciliares

Por meio das falas coletadas neste estudo, pôde-se perceber a falta de abordagem sobre parto no pré-natal. Seja parto normal ou cesariana, as mulheres sugerem com suas narrativas que durante as consultas são escassos os momentos que se discutem sobre o trabalho de parto e parto. Quando questionadas a descreverem uma consulta habitual no pré-natal de alto risco, dão ênfase aos aspectos técnicos do cuidado. Referem uma consulta voltada à verificação de exames, medicações, agendamento de retornos e, tudo isso, diante de uma consulta rápida. Ainda conforme relato de uma das puérperas, ao questionar a médica sobre suas dúvidas, supõe-se um diálogo fragilizado entre as partes, uma vez que não havia compreensão total.

Ela [referindo-se à médica] perguntava se eu estava tomando as medicações certas e geralmente eu pedia para ela fazer minha receita, porque eu não consegui passar no neurologista. Aí eu levava os exames que ela me pedia. Às vezes, ela me passava uma coisa diferente para tomar, eu tomei umas vitaminas diferentes, compradas na farmácia (P1).

As consultas eram sempre muito rápidas, não tinha muita oportunidade não. Só quando era alguma coisa de exames que eu perguntava, e aí ele me falava, e quando eu não entendia direito, perguntava para a visitadora e ela me ajudava, esclarecendo minhas dúvidas (P2).

As consultas sempre foram assim, aferia a pressão, esperava a chamada da médica, mostrava os exames e marcava o retorno e pronto. Só isso e mais nada. Às vezes ela perguntava se tinha alguma dúvida, mas às vezes nem perguntava nada (P2).

Eu chegava, as enfermeiras aferiam minha pressão e me pesava. Depois, eu passava com a médica, ela me perguntava se estava tudo bem. Às vezes mediam a barriga, às vezes não. Se eu falasse que estava tudo bem, eu vinha embora; se não, eu perguntava alguma coisa. Mas tudo o que eu perguntava era normal, então, nas últimas consultas, eu nem perguntava mais, perguntava para a visitadora apenas (P4).

Chegando lá eles me pesavam, mediam a pressão, olhavam os exames, perguntavam como eu estava, marcavam um retorno e faziam o cardiotoco (P6).

Quando perguntado sobre as consultas de pré-natal do alto risco, uma puérpera recorda com saudade o cuidado recebido em seu país, sugere melhora no cuidado ofertado aqui no Brasil e destacou a falta de vínculo devido à rotatividade e à rapidez nas consultas como relatado na fala a seguir:

Eu achei muito rápido, muito pontual, minhas experiências são da Venezuela, e lá os ginecologista são como uns papais, conversam bastante; aqui eles quase não conversam: vão direto ao ponto; poderiam melhorar, e também todas as vezes é um estudante novo, não consegue criar um vínculo para poder ficar mais à vontade e facilitar no atendimento, as consultas são cronometradas, e tem que adivinhar as coisas. Eles não eram claros e trocavam demais, muita rotatividade (P7).

Assim, se faz necessário um cuidado qualificado na gestação de alto risco, uma vez que os sinais vitais e o exame físico são de extrema importância para o seguimento da gestação, pois são indicadores de alterações importantes no percurso da gestação. No entanto, por muitas vezes esse cuidado foi negligenciado, pois, como observado nos relatos transcritos, a aferição e o exame físico eram realizados esporadicamente em algumas consultas e em outras não.

No contexto de uma atenção voltada aos aspectos instrumentais, o parto, foco deste estudo, conforme relato das mulheres, não é abordado nas consultas de pré-natal:

A gente nunca conversou sobre nada [referindo-se ao parto] (P1).

Não, nenhuma dica se eu tivesse que fazer uma cesárea ou se eu fosse fazer um parto normal: nada! Nessa parte não falavam nada (P5).

não tinha esse espaço; era só com a visitadora, eu falava tudo pra ela, e ela me ajudava (P6).

Basicamente fazia o controle com a visitadora o que não conseguia no alto risco, conseguia com ela, lá eu não tinha muita abertura (P7).

Contudo, quando abordado, as mulheres demonstram que primeiro a iniciativa parte delas e segundo, quem gerencia o melhor momento para conversarem, é a médica:

Eu só fui falar de parto na última consulta com ela. Quando me consultei pela primeira vez, eu já queria esclarecer algumas dúvidas, mas ela [referindo-se à médica] falou assim “não, ainda não chegou a hora de falar sobre isso, isso daí só lá para frente” (P5).

Diante da insuficiência do cuidado pré-natal na abordagem da temática trabalho de parto e parto, as mulheres discorrem sobre qual a estratégia ideal para a mudança nesse cenário:

mais informação, porque a gente tem muitas dúvidas e eles não conversam muito sobre isso (P2).

mais preparação, é importante você explicar os tipos de parto, para ficar preparada para os dois, porque não adianta você escolher um, porque chega lá na hora pode ser que não role (P3).

Poderiam complementar mais, falar mais de direitos, amamentação, enfim, eu não fui pega de surpresa por causa da visitadora, que me esclareceu (P7).

Nessa vertente, as narrativas das mulheres trazem que o PVD foi uma estratégia eficaz por permitir a troca de informações e contribuiu para as experiências positiva no parto. A visita domiciliar (VD) configura-se como uma oportunidade diferente de cuidado e caracteriza-se por utilizar uma tecnologia leve, permitindo o cuidado à saúde de forma mais humana, acolhedora, estabelecendo laços de confiança entre os profissionais e os usuários, ampliando o acesso da população às ações da saúde, assim as experiências vivenciadas neste estudo demonstram a satisfação com o serviço oferecido, como relatado nas falas das mulheres abaixo:

conversava, eu tirava muita dúvida com ela [referindo-se às dúvidas sobre parto] (P1).

com a visitadora clareou mais algumas coisas, me ajudou bastante (...), dúvidas que eu não tirava no médico ela tirava, fez até ilustrações aqui comigo, foi muito bom (P2).

foi muito bom, ela tirava minhas dúvidas, clareou muita coisa, eu estava tão tensa, eu até relaxei depois que ela me orientou e esclareceu as dúvidas que eu tinha. Me tranquilizou, porque estava muito tensa com o parto dele aqui (P2).

ninguém me procurou foi só a visitadora [REFERINDO-SE ao o parto] (P2).

ela sempre falava do parto, tirava minhas dúvidas, falou também de orientações com o bebê, me ajudou (P2).

a visitadora me trouxe textos dando relatos de como era o parto, como foi o parto pra algumas pessoas de parto normal de cesárea, trouxe tanto relatos bons, como ruins, me ajudou bastante eu tive uma noção do lado bom e do lado ruim ao mesmo tempo (P3).

Não, me orientaram sobre a pressão, mas sobre a gestação não. Igual, eu não sabia que tinha que levar toalha pra ele, mas a visitadora me orientou (P7).

eu não fui pega de surpresa por causa da visitadora que me esclareceu tudo(P7).

Me sentia tranquila com ela. Conversávamos muito sobre o parto, ela me aconselhou a ir na maternidade antes pra conhecer, me falou o que iria acontecer lá, tanto comigo quanto com o bebê. Me senti privilegiada com todas as informações que recebi nas visitas da xxxx (P7).

no caso da diabetes, eu fiquei bastante preocupada, porque nas outras gravidezes eu não tive, isso foi marcante porque ela me explicou como era, que ficaria tudo normal, ela me ajudou a ficar calma [...], porque o dia que fiquei sabendo que tinha diabetes, eu cheguei em casa e comecei a chorar, aí quando ela veio aqui ela me explicou tudo como era e eu fiquei bem mais tranquila e calma (P6).

Pra tirar dúvidas mesmo era mais com a visitadora, porque ela tirava todas as dúvidas, eu conversava mais com ela (P6).

Como se percebe nos excertos das falas acima, pode-se identificar a falta de abordagem de apoio e preparo para o parto, tanto normal quanto cesárea, ao passo que a oferta das visitas domiciliares (VD) desempenhou um papel fundamental para ampliar o conhecimento dessas mulheres acerca da problemática, empoderando-as para o reconhecimento dos seus direitos. O que antes parecia difícil, passa a ser percebido como via de acesso ao conhecimento.

6 DISCUSSÃO

Como em outros estudos com puérperas do setor público, as participantes eram predominantemente jovens, negras e pardas, vivem uma relação conjugal oficializada e não trabalhavam fora (DOMINGUES et al., 2015).

O parto é uma experiência claramente antecipada durante a gestação e marca profundamente a história das mulheres, seja ele uma experiência positiva ou não. Quando esse momento é precedido por uma gestação de alto risco, as expectativas e os anseios aumentam, o que demanda uma assistência de qualidade durante o parto para que as vivências das mulheres sejam mais positivas e menos traumáticas, mesmo diante do risco (APOLINÁRIO et al., 2016).

Assim, a vivência do parto pelas participantes deste estudo mostrou-se intimamente ligada à assistência recebida na maternidade. Essa fato corrobora Benincasa et al. (2019), que concluíram em seu estudo que mulheres que tiveram um parto humanizado vivenciam o evento como uma experiência positiva, ao passo que aquelas que sofreram violência obstétrica compreendem o parto como um momento negativo. Dessa maneira, a experiência positiva ou negativa do trabalho de parto e parto está associada, prioritariamente, à qualidade da assistência recebida.

Nesse sentido, o estudo de Silva, Silva e Lébeis (2014) aponta que a qualidade da assistência se faz presente no cuidado, desde o olhar, bem como na sensibilidade de acolher as necessidades da gestante, na sensibilidade e abertura para dialogar com ela, respeitando suas escolhas e perspectivas. Desse modo, os profissionais e suas ações devem estar pautados para ofertar um acolhimento que aborde os direitos sexuais e reprodutivos, promovendo um encontro terapêutico aberto a novos aprendizados, permeado pela escuta qualificada e por um diálogo harmonioso.

Diante dos discursos das mulheres desta pesquisa, foi possível perceber o desejo delas em receber atenção respeitosa na maternidade, ao serem acatadas suas escolhas frente ao seu corpo, bem como ao ser-lhes ofertada uma comunicação mais efetiva e diferenciada, pautada em um diálogo atencioso, concomitantemente a uma forma de olhar sem julgamentos pelo profissional de saúde, sempre com um atendimento baseado na abordagem holística.

Vieira e Silva (2014) destaca que as mulheres esperam ser ouvidas com consideração, atendidas com respeito, com empatia a seus sentimentos e

expectativas, uma atuação resolutiva e acolhedora, que procure ofertar apoio e solucionar as queixas. Ainda, a autora salienta que as interações entre profissionais, o acolhimento afetivo, produção de vínculos, ações de respeito, escuta atenciosa e olhar face a face com os do paciente remetem à cobertura de ações de saúde como aspecto de qualidade e influi proporcionalmente na avaliação positiva de um serviço.

Ao analisar o relato das mulheres foi possível observar que a experiência perpassa pela insatisfação das mesmas no que se refere à assistência recebida durante o trabalho de parto, o que faz com que o parto seja percebido como um evento degradante, além de afetar a crença das mulheres quanto à sua capacidade de parir (ZANARDO et al., 2017; SALES et al., 2018; BENINCASA et al., 2019).

Além disso, as intercorrências referidas por algumas participantes do estudo revelam uma vivência de parto marcado pelo estresse, insegurança, medo, sofrimento e outros fatores psicoemocionais. Condições que devem ser particularmente consideradas no âmbito da gestação de alto risco, pois podem intensificar as complicações e culminarem em piores resultados perinatais (FAIRBROTHER et al., 2015).

De forma contrária às experiências positivas, as negativas diminuem a adesão aos cuidados obstétricos e podem ser a razão para saírem insatisfeitas de seus partos e trabalhos de parto (FRANCHI et al., 2020).

Fruto das narrativas e, como já destacado em literatura, o viver do parto de algumas mulheres é rememorado por um conjunto de sentimentos e lembranças negativas do parto anterior, o que revela que as experiências negativas vivenciadas anteriormente podem contribuir para aumentar as reações psicoemocionais na sua vivência atual, comprometendo o estado de saúde mental (SANTANA; LAHM; SANTOS, 2015).

Considerando que uma experiência positiva com o nascimento de um filho pode representar uma mudança na história de vida da mulher, é premente a aposta em novos modelos de cuidado obstétricos, voltado a um cuidado acolhedor, individual, integral, que valorize a subjetividade e as experiências vivenciadas pelas mulheres, visto o significado que carregam vivências anteriores, muitas vezes limitadoras.

Também é necessário diminuir chances de eventos adversos e de intervenções desnecessárias. Naturalizar as experiências de parto negativas que estão diretamente articuladas com a insatisfação é desafiador para os profissionais de saúde e deve ser vista enquanto objetivo da assistência (BARBOSA, 2018).

Nessa conjuntura, o gestar em alto risco guarda características e protocolos específicos, inclusive com orientações sobre o tipo de parto mais seguro em cada situação (MS, 2012). Apesar dos relatos de insatisfação citados anteriormente, evidenciaram-se experiências positivas relacionadas às boas práticas no parto atual (presença de acompanhante, métodos não farmacológicos para alívio da dor), evidenciando a importância de que cada vez mais sejam incorporadas no cuidado obstétrico (APOLINÁRIO et al., 2016; MIYAZAKI et al., 2019).

Outro destaque, já apontado em outros estudos, foi a relação de uma experiência positiva com boa comunicação, suporte emocional, participação nos processos decisórios (APOLINÁRIO et al., 2016; ARRAIS, ARAÚJO, SCHIAVO, 2018; SALES et al., 2018).

Nesse sentido, observou-se que as parturientes tiveram seus direitos respeitados quanto à presença do acompanhante, sendo que, em algumas poucas situações, não tiveram acompanhantes por opção do companheiro. Há muitos benefícios decorrentes do apoio do acompanhante à mulher no momento do parto. Ele deve ser de sua escolha a fim de proporcionar encorajamento, segurança, sentimentos de satisfação, tranquilidade e felicidade, fortalecimento do vínculo familiar e assim tornar o processo de parturição uma experiência positiva (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2010).

A lei que versa sobre o direito da mulher à escolha e presença do acompanhante foi lançada em abril de 2005, sob o número 11.108 e garante durante todo o ciclo gravídico-puerperal a presença de um acompanhante, sobretudo de uma pessoa que seja indicada pela mulher ao: “garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS” (BRASIL, 2005).

Cabe destacar que a presença do acompanhante, sobretudo aquele que é escolhido, possui seus benefícios comprovados por meio do apoio emocional e físico (SOUZA; GUALDA, 2016), influencia no empoderamento feminino (DULFE et al., 2016) e reforça a autonomia da mulher enquanto protagonista de todo o processo do ciclo gravídico-puerperal.

Entretanto, quando se discute sobre abordagem do parto no pré-natal de alto risco, nota-se uma atenção voltada aos aspectos instrumentais e à fragilidade nas consultas pautadas em informações limitadas e em um diálogo fragilizado. Essa carência de informação foi destacada na literatura (OLIVEIRA; MANDU, 2015;

PIVETA; BERNADY; SODRÉ, 2016; SILVA; SILVEIRA; GOMES-SPONHOLZ, 2016) e assinalada neste estudo pelas participantes. Seja durante o pré-natal ou mesmo no processo de hospitalização (OLIVEIRA; MANDU, 2015; AMORIM et al., 2017), as mulheres sentem-se desinformadas e, por conseguinte, as suas necessidades de saúde não são atendidas. Aspecto confirmado no estudo quando as mulheres relatam que não há momento destinado à abordagem de parto durante o pré-natal.

Na assistência à gestação de alto risco, os sinais vitais e o exame físico são de extrema importância para o seguimento da gestação, pois são indicadores de alterações importantes no percurso da gestação. No entanto, por muitas vezes esse cuidado instrumental se sobrepõe aos cuidados subjetivos e emocionais, denotando assim a priorização da técnica em detrimento da experiência. Contudo, também como denunciado por este estudo, por vezes o cuidado pré-natal é tão insuficiente que até mesmo a técnica é negligenciada, fato observado a partir dos relatos, quando as mulheres afirmaram que em algumas consultas o exame físico é realizado e em outras não.

Ancorado ao quanto exposto, é possível perceber a insuficiência do cuidado no pré-natal, vivenciado pelas participantes deste estudo, acerca de suas experiências na gestação de alto risco. Percebe-se a falta de escuta qualificada e interações com os profissionais dos distintos níveis de atenção. A partir desse entendimento, uma ação cotidiana é oferecer uma escuta sensível e perguntar sobre a existência de dúvidas e, diante delas, ofertar a informação necessária para esclarecimento das mesmas, dando autonomia a essas mulheres para o viver do parto em sua plenitude (SILVA et al., 2016; SOUZA et al., 2020).

Considerando que a experiência positiva a partir do nascimento de um filho pode representar uma mudança na história de vida da mulher, é premente a aposta em novos modelos de cuidado obstétricos, voltado a um cuidado acolhedor, individual, integral, que valorize a subjetividade e as experiências vivenciadas pelas mulheres, visto o significado que carregam vivências anteriores, muitas vezes limitadoras.

Nessa vertente, a incorporação de novas abordagens educativas, como o PVD durante o pré-natal, possui potencial para promover mudanças gradativas no cuidado prestado pela equipe de enfermagem e assim possibilitar a ampliação do conhecimento acerca da gestação e da preparação para o parto, como ora apresentado. Tais abordagens se configuram como mecanismos para o fortalecimento das ações de intervenção de saúde que podem despertar empoderamento nas

gestantes favorecendo maior autonomia e independência por parte da gestante ao longo do processo (SILVA et al., 2016). No presente estudo, nota-se que receber a visita pelo PVD no pré-natal colaborou positivamente para experiência de parto dessas participantes.

Sob o mesmo ponto de vista, alguns autores apontam que a visita domiciliar é uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares (MACHADO, 2010; LI et al., 2015; MELO et al., 2016).

As evidências científicas destacam pesquisas que priorizam intervenções educativas como estratégias que incentivam a subjetividade e promovem abertura para um diálogo. Nessa perspectiva, o papel do enfermeiro é desenvolver ações educativas voltadas à satisfação das necessidades das mulheres, ofertar suporte emocional, garantir o bem-estar da mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal, aconselhar a livre expressão, refletir sobre as possibilidades e as condições da gestação de risco e empoderar a mulher para o enfrentamento das situações (AMORIM et al., 2017).

Tendo em vista tais aspectos, se faz relevante pensar no acolhimento psicológico de gestantes e puérperas, em especial aquelas que estão sujeitas à condição de alto risco, pois além das questões de caráter físicos e psíquicos que a gestação provoca, acrescentaram-se a essas vivências, o agravo de doenças e a ameaça de morte. Tais aspectos podem agir como dificultadores desse processo de mudança de modo que se faz significativo ofertar uma escuta distinta para além das questões concretas do corpo e que reconheça a subjetividade dessas mulheres (ALVES et al., 2019).

Nesta pesquisa, a oferta de um espaço de escuta, através das entrevistas realizadas, pode ter operado como um dispositivo para que essas mulheres pudessem se ouvir e com isso abrir a possibilidade de um questionamento sobre si através do recurso da palavra. O presente estudo demonstrou ainda que é através da escuta qualificada de profissionais sensibilizados em relação às condições específicas das gestantes que se estabelece o vínculo e se consolida a colaboração delas no enfrentamento de situações adversas.

A satisfação referida pelas mulheres foi identificada, principalmente quando comparada a experiências de partos anteriores. Todas elas afirmaram que receber a visita foi uma estratégia para tirarem dúvidas, além de contribuir para maior autonomia de escolha no parto. As mulheres afirmam também que recomendariam as visitas domiciliares para outras gestantes, como forma de favorecer experiências mais positivas e satisfatórias com o nascimento.

7 CONCLUSÃO

Tendo em vista que a gestação de alto risco demanda um cuidado especializado, integral e humanizado, conclui-se que este estudo permitiu discutir a experiência de parto vivenciado por mulheres com gestações de alto risco e que receberam visita domiciliar, evidenciando que a referida visita foi um complemento eficaz no pré-natal posto que repercutiu no conhecimento pessoal das mulheres para o enfrentamento de situações adversas da gestação e facilitou a sua vivência no parto frente a uma gestação de alto risco.

A satisfação referida pelas mulheres foi identificada, principalmente quando comparada a experiências de partos anteriores. Todas elas afirmaram que receber a visita foi uma estratégia para sanar dúvidas e contribuiu para maior autonomia no parto. Todas ainda recomendariam para outras gestantes a possibilidade de vivenciarem o nascimento como experiências mais positivas e satisfatórias.

Por intermédio das falas das mulheres foi possível identificar que a abordagem do parto no pré-natal apoia a mulher a ter experiências mais positivas pelas questões do conhecimento, pela aceitação do modelo e na medida em que se tem mais informações disponíveis e profissionais capacitados, melhores atendimentos poderão ser oferecidos para as mulheres na gestação e parto.

Dessa forma, acredita-se na relevância do papel do acompanhamento pré-natal na preparação da mulher para o parto, sendo fundamental que elas entrem em trabalho de parto conhecendo seus direitos, possibilidades dos seus corpos e, sobretudo, reconhecendo o parto como delas. É importante salientar que os profissionais da saúde – de maneira transdisciplinar – devem trabalhar voltados para o combate à violência obstétrica e para a promoção da autonomia das mulheres, fatores essenciais para que se consolide um novo modelo de assistência obstétrica.

Assim, valorizar as experiências satisfatórias e bem-sucedidas de mulheres com a visita domiciliar é também indispensável para ancorar a transformação da visão cultural do parto. Nessa direção, é de suma importância pensar em estratégias que contemplem não somente a vigilância dos indicadores biológicos, mas também de todas essas necessidades existentes no pré-natal, dentro de um cuidado biopsicossocial, centrado na mulher e na sua família.

Como sugestão para a prática clínica, destaca-se o pré-natal em grupo, o qual pode contribuir positivamente nas ações de saúde das mulheres em

acompanhamento pré-natal e auxilia a gestante e família na quebra de tabus, permitindo a ela expressar seus medos, anseios e expectativas, proporcionando aprendizagem, troca de experiências, além de auxiliar a gestante e família na compreensão do processo gestacional, parto e cuidados com o recém-nascido, atuando em ações de promoção e prevenção da saúde.

Os dados evidenciados podem contribuir para reforçar a importância de políticas e programas que garantam experiências positivas de gravidez e parto às mulheres, sustentadas por profissionais de saúde habilitados e estimulados a prestarem um cuidado que transcenda a sobrevivência das mulheres e de seus filhos.

Vale ressaltar a importância da realização de pesquisas que possam contribuir com a melhoria da assistência às mulheres que vivenciam gestações de alto risco. Para tanto, vislumbra-se a necessidade do desenvolvimento de estudos que tratem da questão da visita domiciliar nesse grupo, da percepção dos riscos ao longo do período gestacional, bem como dos fatores que orientem o planejamento de parto dessas mulheres.

Por fim, torna-se imprescindível uma maior sensibilização da sociedade ao fato de que não bastam mulheres e crianças vivas, mas que, para além disso, precisam ser saudáveis e com experiências positivas diante desse processo tão impactante na vida do ser humano.

7.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Considera-se como limitação do presente estudo a redução do número de colaboradores devido à realização de partos entre as mulheres que se dispuseram a participar da pesquisa. Além disso, houve também a desistência voluntária de duas participantes.

A pesquisa, por sua natureza, está sujeita a certas limitações. Assim, este estudo teve como limitações a avaliação de um restrito grupo de mulheres, embora fosse a totalidade de mulheres que haviam participado do PVD, somado à exclusão de participantes ao longo do processo (fato esperado em estudos científicos que envolvem mais de uma etapa de coleta de dados), o que resultou em uma amostra reduzida. Vale considerar que, apesar da característica qualitativa da metodologia não possibilitar a extrapolação dos resultados, ela embasa a reflexão acerca do problema

no contexto específico. Ademais, pode servir de base para novos estudos quantitativos ou até mistos sobre as percepções das mulheres quanto à assistência obstétrica por meio dos modelos vigentes.

Acredita-se que os resultados apontados poderão contribuir para o desenvolvimento de novos estudos acerca das experiências de mulheres com gestações de alto risco e, conseqüentemente, evidenciar a importância da implementação de tecnologias leves em saúde no cuidado às mesmas.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (ANS). Projeto Parto Adequado [Internet]. Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2018. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-parto-adequado>. Acesso em: 08 out.2018.

ALVES, F. L. C. et al. Grupo de gestantes de alto risco como estratégia de educação em saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 40, e 20180023, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180023>>. Acesso em: 24 fev.2019.

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.

APOLINÁRIO, D. R. et al. Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. **Rev Rene [Internet]. 2016;17(1):20-28**. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324044160004>.

ARRAIS, A. R., ARAÚJO, T. C. C. F., SCHIAVO, R. A. Fatores de risco e proteção associados à depressão pós-parto no pré-natal psicológico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 38 (4), 711-729, 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Ed. 70. São Paulo: 2011. 229p.

BARBOSA, C. L. Expectativa e experiência de parto em uma maternidade signatária do projeto parto adequado. 2018 Dissertação 95 P. (Mestrado em ciências da saúde) Centro de ciências biológicas e da saúde –Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. São Carlos, 2018.

BENINCASA, M et al. Percepções de mulheres sobre o momento do parto e a assistência obstétrica recebida. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, v. 5, n. 4, p. 63-88, 2019.

BOHREN, M. A. et al. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. **The Lancet**, v. 394, Issue 10210, 2019. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31992-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0)>. Acesso em: 30 set.2019.

BRASIL. Lei n.11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei 8.080, introduzindo o direito ao acompanhante de escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento**. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oito Passos para a Maternidade Segura**: guia básico para serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1995. 16p.

BRASIL. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos Humaniza SUS; v. 4).

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes em pesquisas científicas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília (DF), 2017.

BRAUN, V; CLARKE, V. Using Thematic Analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v.3,n.2, p. 77-101. 2006. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>>. Acesso em: 21 jul. 2019.

CABRITA, B. A. C; ABRAHÃO, A. L; ROSA; A. P. et al. A busca do cuidado pela gestante de alto risco e a relação integralidade em saúde. **Rev. CiencCuidSaude**, v. 14, n. 2, p. 1139-1148, 2015.

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.

COSTA, D. L. et al. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Cogitare Enferm**, v.21,n.2,p. 01-08, 2016.

CONEP. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

CRESWELL, J. C. Qualitative Inquiry and Researched Sign: choosing among five approaches. 3. ed. **Thousand Oaks**: Sage, 2011.

CRESWELL, J. W; PLANO, CLARO, K. V. L. Designing and Conducting Mixed Methods Research. **Thousand Oaks**: Sage; 2011.

CROWE, S; UTLEY, M; COSTELLO, A. et al. How Many Births in sub-Saharan Africa and South Asia Will Not be attended by a skilled birth attendant between 2011 and 2015. **Pregnancy Childbirth**, v.12, n.4, 2012.

DIN, Z. U. et al. Determinants Antenatal Psychological Distress in Pakistani Women. **Noro Psikiyatr Ars**. v. 53, n.2, p.152-157, 2016. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5353020/>>. Acesso em: 08 ago. 2017.

DINIZ, C. S. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cad Saúde Pública** v. 30, p. S140-S153, 2014.

DMYTRYSHYN, A. L. et al., Long-term home visiting with vulnerable Young mothers: an interpretive description of the impact on public health nurses 2015. **BMC NURSING**. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1186/s12912-015-0061-2>>

DULFE, A. M. et al. Presença do acompanhante de livre escolha no processo parturitivo: repercussões na assistência obstétrica. *Cogitare Enf.*, v.21, n.4, p.1-8, 2016.

FAIRBROTHER N, Young AH, Janssen P, Antony MM, Tucker E. Depression And Anxiety During The perinatal period. *BMC Psychiatry*. [Internet]2015;15(206) [acesso em 05 jun 2020]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-015-0526-6>.

FRANCHI, J. V. O, PELLOSO, S. M, FERRARI, R. A. P, C ARDELLI, A. A, M. Access to care during labor and delivery and safety to maternal health. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, e 3292, 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692020000100345&lng=en&nrm=iso>. acesso em 27 de setembro de 2020. Epub 08 de junho de 2020. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3470.3292>

GONÇALVES, et al. Rights of parturient under the optics of escorts. **Journal of Nursing UFPE**, Recife, v. 9, n. 3, p. 7682–7687, 2015.

GLAZIER, J. D; POWELL, R. R. *Qualitative Research in information management*. Englewood: **Libraries Unlimited**, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), Diretoria de pesquisas, coordenação de população e indicadores sociais, 2018. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 24 jul. 2019.

KOETTKER, J. G; BRUGGEMANN, O. M; DUFLOTH, R. M. Planned home births assisted by nurse midwives: maternal and neonatal transfers. **Rev Esc Enferm**, v.47,n.1,p.15-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/en_a02v47n1.pdf, 2013. Acesso em: 12 fev. 2019.

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.

LEAL, L. M et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reprod Health**, v. 9, n. 15, 2012. Disponível em :<<http://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-9-15>>. Acesso em: 29 mar.2019.

LEAL, M. C; GAMA, S. G. N. Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S5, 2014.

- LEAL, M. C et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n.7, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102311x00223018>>. Acesso em: 16 Set.2019.
- LEAL, M. C et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1915-1928, 2018.
- 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.160-167, 2015.
- LUCIANO, M. P; SILVA, E. F; CECCHETTO, F. H. Orientações de enfermagem na gestação de alto risco: percepções e perfil de gestantes. **Revista de enfermagem UFPE online**, v.5, n.5, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi:10.5205/reuol.1302-9310-2-LE.0505201124>>. Acesso em: 23 jul.2019.
- MATTOS, D. V; VANDENBERGHE, L; MARTINS, C. A. Motivação de enfermeiros obstetras para o parto domiciliar planejado. **JournalofNursing UFPE**, v. 8, n. 4, 2014.
- MESQUITA, A. A. et al. Compreendendo o Temor do Ser no Mundo Gestante de Baixo Risco no Último Trimestre Gestacional. **Cogitare Enferm**, v. 20, n. 4, p.655-661,2015.
- MESQUITA, J. B; KISMÖDI, E. Maternal mortality and human rights: landmark decision by United Nations Human Rights Body [editorial]. **Bull World Health Organ**,v.90, n.2, p79-79,2012.
- MELO, C. M. M. et al. Autonomia profissional da enfermeira: algumas reflexões. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, e20160085, 2016.
- MIRANDA, D. B. et al. Parto normal e cesária: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. **Rev. Eletr. Enf.** V.10, n. 2, p.337-346, 2011. Disponível em:< <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a05.htm>>. Acesso em: 06 abr.2019.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MIYAZAKI, C.M; CORDEIRO, S. N; ALMEIDA R. P; VERCEZE, F.A. Vivencia da gestação e parto de alto risco:uma reflexão a partir do referencial psicanalítico. **Rev. SBPH**. V. 22, N.2 ,2019.
- NARCHI, N. Z; CRUZ, E. F; GONÇALVES, R. O papel das obstetras e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, 2013.

OLIVEIRA, V. J; MADEIRA, A. M. F; PENNA, C. M. M. Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. **Revista Rene**, v. 12, n. 1, p. 49-56. 2011.

OLIVEIRA, D. C.; MANDU, E. N. T. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. **Esc. Anna Nery**, v. 19, n.1, p. 93-101, 2015.

OLZA, I. et al. Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. **BMJ open**, v. 8, n. 10, p. e020347, 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes (2016-2030):** Sobreviver, Prosperar, Transformar. *Website*. 2016. Disponível em: <http://www.everywomaneverychild.org/wpcontent/uploads/2017/10/EWEC_Global_Strategy_PT_inside_LogoOK2017_. p. 108. web.pdf. Acesso em: 3 out. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf>. Acesso em 23 ago. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Saúde Reprodutiva e da Família. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade segura. **Assistência ao parto normal:** Um guia prático. Genebra, Suíça: Saúde Materna e Neonatal, 1996.

PIVETA, V.; BERNADY, C. C. F; SODRÉ, T. M. Percepção da gestação de risco por um grupo de gestantes hipertensas hospitalizadas. *Cienc. Cuid. Saude*, v. 15, n. 1, p. 61-68, 2016.

REIS, L. G. C; PEPE; V. L. E; CAETANO, R. Maternidade seguro Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis Revista de saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1139-1159, 2011.

RUY DIAZ, G. K. S; FERNÁNDEZ, A. S. P. Incertidumbre y apoio social em gestantes com transtornos hipertensivos. **Indez de Enfermería**, v. 24, n. 1, p. 67-60, 2015.

SALES, C. G; AVELAR, T.C; ALÉSSIO, R. L. S. Parto normal na gravidez de alto risco: representações sociais de primíparas. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 18, n. 1, p. 303-320, 2018.

SANTANA, F. A; LAHM, J. V; SANTOS, R. P . Fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, [S.l.], v. 17, n. 3, p. 123-127, set. 2015. ISSN 1984-4840. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/21337>>. Acesso em: 31 maio 2020.

SINGATA M, TRANMER J, GYTE, G.M. Restricting oral fluid and food intake during labour. **Cochrane Database Syst Rev**. 2010 Jan 20;(1):CD003930. doi:

10.1002/14651858.CD003930.pub2. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2013;8:CD003930. PMID: 20091553; PMCID: PMC4175539.

SILVA, D. V. R; SILVEIRA, M. F. A; GOMES, S. 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, M. G; SHIMO, A. K. K. Influência da iluminação nas expressões emocionais de parturientes: ensaio clínico randomizado. **Acta paul. Enferm**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 217-226, 2017. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/19820194201700034>>. Acesso em:01 Set. 2018.

SOUZA, B. F. **Enfermagem e gestantes de alto risco hospitalizadas: Desafios para integralidade do cuidado**. 2018 Dissertação 93P. (Mestrado em ciências da saúde) Centro de ciências biológicas e da saúde –Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. São Carlos, 2018.

SOUZA, B. F. et al. Enfermagem e gestantes de alto risco hospitalizadas: desafios para integralidade do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020.

SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 12, p. 549-551, 2015.

SOUZA, S. R. R. K.; GUALDA, D. M. R. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. **Texto Contexto Enferm**, v. 25; n. 1, p. 1-9, 2016.

VIEIRA S. L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.110, 2014.

VOGELS, B. M; DEVRIES, R; NIEUWENHUIJZE, M. Dimensions in women's experience of the perinatal period. **Midwifery**, v. 83, p. 102602, 2020.

WERNET, M. et al. Risco de paternidade ou maternidade prejudicada: um olhar ao ciclo gravídico puerperal. In: HERDMAN, TH, NAPOLEÃO, AA. (org) PRONANDA: Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem: ciclo quatro. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2016. P. 69-89.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Intrapartum care for a positive childbirth experience. **Geneva: World Health Organization**, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Trends in maternal mortality: 1990 to 2013**. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization, 2014.

_____. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. 2018.

_____. **The safe motherhood initiative**. New York: Family Care International, 1998. Disponível em: <https://www.who.int/docstore/world-health-day/en/documents1998/whd98.pdf>.

ZANARDO, G. L. P; URIBE, M. C; NADAL A. H. R; HABIGZANG, L. F. Violência obstétrica no brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, 29, e155043. Epub July 10, 2017. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>.

APÊNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Você está sendo convidada a participar da pesquisa sob o título Experiência de parto entre mulheres que tiveram gestações de alto risco e que receberam visita domiciliar aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (nº: 2.467.733). Este estudo conta com uma equipe de pesquisadores que apoiam seu desenvolvimento, formada por: Profa. Dra. Jamile de Castro Bussadori (orientadora), pela mestrandia Maria Aparecida Gracélia Sousa do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF).

a) Você foi selecionada por ser Gestante de Alto Risco atendida no Ambulatório de Cuidados Especiais da Gestação (ACEG), e ser maior de 18 anos. Contudo sua participação não é obrigatória.

b) Estudos dessa natureza podem permitir diversos avanços na área da saúde, reflexões relacionadas à atenção oferecida à mulher, bem como divulgar essa prática. Para você pode ser uma oportunidade de contar sua história e valorizá-la.

c) O objetivo do estudo é: Discutir a experiência de parto de mulheres que tiveram gestações de alto risco gestacional e receberam visita domiciliar, como ação complementar ao pré-natal.

d) Trata-se de uma pesquisa que envolve seres humanos e considerando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/12, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Pelos objetivos do presente estudo, os riscos que você estará sujeita são de constrangimento, sensação de estar sendo analisada e avaliada e conseqüentemente ter receio em responder às perguntas durante a entrevista. No entanto, você está livre para tomar a decisão de interromper a atividade, retomando-a em outro momento ou de desistir da participação em qualquer etapa do estudo sem ter qualquer prejuízo profissional ou em sua relação com a pesquisadora. Os contatos com as participantes e a coleta de dados serão realizados pela pesquisadora. A mesma estará presente e disponível para informações durante todas as fases da pesquisa. Caso você aceite participar, será submetida a uma entrevista individual que será gravada em áudio, para posteriormente ser transcrita e analisada. A entrevista terá duração de aproximadamente 60 minutos.

2. Você será informada de todas as etapas da pesquisa e terá acesso, a qualquer momento, às informações atualizadas sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, e garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento sobre a pesquisa. As informações sobre o acompanhamento da pesquisa e para contato quando necessário podem ser feitas diretamente com as pesquisadoras, e-mail: jamilebussadori@gmail.com e gracelia-sousa@hotmail.com.

3. Você poderá se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição envolvida.
4. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. O instrumento de coleta de dados não contém campo para colocar o nome da participante para que sua identidade seja mantida no anonimato e assegurada sua privacidade. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em eventos e/ou artigos científicos.
5. Não haverá benefícios diretos em curto prazo de sua participação, como também não haverá despesas ou compensação financeira em qualquer fase do estudo.
6. Acrescenta-se ainda que, em caso de dano decorrente de participação na pesquisa, você tem direito à indenização conforme as leis vigentes no país.
7. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

 Maria Aparecida Gracélia Sousa
 Pós-graduanda PPGENF

 Profa. Jamile Bussadori
 Orientadora

Eu, _____ declaro ter sido suficientemente esclarecida a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **“EXPERIÊNCIA DE PARTO ENTRE MULHERES QUE TIVERAM GESTAÇÃO DE ALTO-RISCO E QUE RECEBERAM VISITAÇÃO DOMICILIAR”**, os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Ainda declaro estar ciente e autorizo microgravar a minha entrevista. Os pesquisadores me informaram que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br. Havendo qualquer dúvida sobre a ética da pesquisa estou ciente que posso entrar em contato com este Comitê.

São Carlos, ___/___/_____

 Participante da pesquisa *

ANEXOS

ANEXO A - PROTOCOLO DAS VISITAS DOMICILIARES.

Em reunião para dar seguimento ao desenvolvimento das visitas domiciliares (VD), ficou decidido que o eixo de maior destaque referente às visitas domiciliares está no papel da **ESCATATÓRIA**. Em outras palavras, a VD é um espaço de escuta qualificada, fato este identificado pelas próprias mulheres participantes da visitação piloto. Assim, a partir dessa escuta qualificada foi possível identificar as necessidades das gestantes de alto risco e separá-las em cinco temáticas principais, tornando a abordagem a essas temáticas um dos objetivos específicos do projeto.

1. SITUAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL – Sugestões para abordar o tema: Qual é a patologia? O que é essa patologia? Explorar o significado de ser gestante de alto risco para a mulher e promover o entendimento do porquê estar no acompanhamento de alto risco. 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.

2. PARTO – Fornecer informações a respeito do parto normal e da cesariana e apoiar a mulher na escolha consentida do procedimento. Empoderamento da mulher e do companheiro para o parto.

3. DIREITOS – Uma das gestantes acompanhadas na visitação piloto foi encaminhada à assistente social Isabel. Não temos o apoio dela enquanto membro do estudo, mas indiretamente ela pôde ser acionada. Assim, penso que podemos acioná-la como um recurso na necessidade. Abordar o direito ao acompanhante durante todo o ciclo gravídico puerperal; direito a não sofrer violência obstétrica e/ou doméstica; direitos reprodutivos e sexuais; direito a auxílio financeiro, se necessário.

4. FAMÍLIA – Explorar os laços familiares da mulher e ir auxiliando na construção da rede de apoio e resolução/enfrentamento dos conflitos familiares e estressores. Se possível, entender a visitação domiciliar à família, para que esta possa compreender o desenvolvimento da gestação de risco. Sugestão de abordagem: Mapa Mínimo da Rede de Apoio Social, SLUZKI, 1997.

5. ALEITAMENTO MATERNO – Ainda que não tenha sido identificado como uma necessidade comum a todas às mulheres, é importante perpassar pelas questões do AM. Empoderar a mulher e família sobre a importância; sobre ser exclusivo até os 6 meses de idade, entre outros assuntos relacionados. Sugestão: abordar este tema de forma mais tardia na gestação, porém precoce ao nascimento da criança.

Padronização das visitas:

Duração média: 40 minutos a 1 hora.

V0: Na visitação 0, iniciar a conversa com apresentação da enfermeira visitadora, expor os objetivos e a frequência das visitas. Mostrar/explicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e solicitar a assinatura. Feito isso, disparar a conversa com “Conte-me sobre você”, “Sobre sua vida e sua gestação”. Convidar o parceiro e outros familiares para que participem das visitas. Pensando na coleta de dados do trabalho de iniciação da Letícia, antes de terminar a visita, disparar a questão do projeto de pesquisa “Você aceitou ter visitas domiciliares em conjunto com as consultas de pré-natal. Por quê? Quais expectativas? E o que você espera receber nestas visitas?”

Em todas as visitas: Realizar diários de campo sobre a observação da inserção do homem (PAI) nas visitas domiciliares, com vistas seu desenvolvimento no processo de paternidade. Portanto, fazer notas se o homem participou das visitas, se estava presente e onde estava, se fez observações, se estava prestando atenção etc.

Última visita ao 1º mês do bebê: Anotar os dados referentes ao bebê (data de nascimento; apgar; PC; PT; peso ao nascer). Observação: não sei se usaremos esses dados, mas de qualquer forma sugiro anotá-los.

Ao fim das visitas: Entrevista de avaliação qualitativa sobre as visitas.

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 quantiquantitativa. 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 compara o a mulheres em condi o de gestantes de alto risco que receberam o atendimento prénatal

usual, em um município do interior paulista. Outros objetivos: desenvolver um programa de visita o domiciliar às gestantes de alto risco a partir do protocolo de visita o do "Programa Jovens Mães Cuidadoras", desenvolvido na Universidade de São Paulo e apoiado pela Funda o 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 visita o 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 benefício 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
----------------	---------	----------	-------	----------

<p>Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235 Bairro: JARDIM GUANABARA UF: SP Município: SAO CARLOS Telefone: (16)3351-9683</p>	<p>CEP: 13.565-905 E-mail: cephumanos@ufscar.br</p>
--	--



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	projetopvd.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