

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

BRUNA FELISBERTO DE SOUZA

**ENFERMAGEM E GESTANTES DE ALTO RISCO HOSPITALIZADAS:
DESAFIOS PARA INTEGRALIDADE DO CUIDADO**

SÃO CARLOS

2018

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

BRUNA FELISBERTO DE SOUZA

**ENFERMAGEM E GESTANTES DE ALTO RISCO HOSPITALIZADAS:
DESAFIOS PARA INTEGRALIDADE DO CUIDADO**

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

Linha de pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem

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

Orientação: Prof. Dra. Monika Wernet
Coorientação: Prof. Dra. Jamile Claro de Castro Bussadori

SÃO CARLOS

2018



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



Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a defesa de dissertação de mestrado do(a) candidato(a) **BRUNA FELISBERTO DE SOUZA** realizada em 22/11/2017

Profa. Dra. Monika Wernet - PPGE_{nf}/UFSCar

Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Profa. Dra. Marcia Regina Cangiani Fabbro

Certifico que a sessão de defesa foi realizada com a participação à distância do membro **Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres** e, depois das arguições e deliberações realizadas, o participante à distância está de acordo com o conteúdo do parecer da comissão examinadora redigido no relatório de defesa do(a) aluno(a) **BRUNA FELISBERTO DE SOUZA**.

Profa. Dra. Monika Wernet
Presidente da Comissão Examinadora
(PPGE_{nf}/UFSCar)

Dedico este trabalho às gestantes que me encantaram com a delicadeza e a fortaleza do viver a gestação de risco. A elas meu mais sincero agradecimento e a certeza de que este trabalho não se encerra aqui!

Agradecimentos

A Deus, em primeiro lugar, por ser meu guia espiritual e me dar à luz necessária para seguir em frente, proporcionando momentos de muita vitória e sabedoria.

À mulher da minha vida, minha mãe Mariza, simplesmente por existir. Sem você nada disso teria sentido. Obrigada por ser meu espelho, meu porto seguro, minha melhor amiga e melhor mãe. Você é um exemplo de vida e bondade, mulher guerreira que me ensinou a amar incondicionalmente.

A meu pai, Antonio, por sempre acreditar e me ensinar a realeza da palavra humildade. Por uma vida de dedicação ao estudo de seus filhos, acreditando que poderíamos fazer a diferença. Obrigada por toda a compreensão e ensinamentos de vida!

Aos meus irmãos Danilo e Danielle, por tantos ensinamentos e momentos compartilhados. Obrigada por serem meus espelhos e me tornarem uma pessoa melhor. Vivenciando a luta de vocês, percebo que o real sentido da vida está simplesmente na realização de se fazer o que gosta, independente de frutos materiais. Obrigada por auxiliarem a minha construção enquanto pessoa. Amo vocês!

Ao meu companheiro Douglas, por compartilhar cada momento, cada dúvida, incerteza e vitórias desse processo. Sem você e sua paciência nada disso seria possível!

À querida Monika Wernet por quem desenvolvi um grande apreço, pela orientadora, mãe, enfermeira e, sobretudo, pela mulher que é! Mulher que, em meio a tantos afazeres e orientações, acreditou em mim e no meu potencial, compartilhando sua sabedoria, dividindo sua casa e seu tempo comigo. Orgulho-me em saber que este trabalho é o resultado de um esforço coletivo entre orientadora e orientanda, reforçando a ideia do trabalho em conjunto. Obrigada Monika....você foi fundamental!

À minha querida coorientadora Jamile Bussadori, que foi a maior surpresa e o melhor presente deste processo em minha vida. Inúmeras vezes passou pela minha cabeça desistir, mas você sempre estava ali, marcando reuniões, participando de todo o processo, compartilhando das dificuldades e dos sucessos. Você tornou o caminhar mais leve, só tenho a agradecer!

Ao professor José Ricardo Ayres, alguém com quem fundia horizontes via leituras e tive o privilégio de conhecer. Sou grata pelo acolhimento generoso na banca de qualificação, momento esse em que lançou suas contribuições me instigando a seguir em frente, buscando

sempre mais conhecimento e inquietações. Continuarei a fundir horizontes contigo na busca de motivação para o contínuo processo de buscar crescimento profissional e pessoal.

À professora Simone Diniz, teórica e mulher que tanto me inspira. Obrigada pelas contribuições dadas na banca de qualificação. Foram orientações que trouxeram inquietações e reflexões para o desenvolvimento deste trabalho. Grata pela mulher que é e por não desistir da luta de uma sociedade menos injusta e mais igual, saiba que não está sozinha!

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

Às amigas da vida Mônica, Carol, Gabi, Márcia, Neiva, Alê, Cidinha, Nih, Natalia, Larissa e Mariana. São poucas, mas são insubstituíveis...vocês fazem a diferença na minha vida e deixam meu mundo mais leve. Obrigada por serem tão companheiras, ainda que em meio a distâncias geográficas.

Às amigas do mestrado e da enfermagem Bruna Marski, Bia, Jaque, Beth, Gabi, Rafa Siani, Rafa Freitas, Patrícia, Camila Alvares, Drieli e Julia Baldi. Obrigada pela imensurável ajuda de cada uma nesse processo, seja pela carona, seja pela companhia, pelas correções ou puxões de orelha, todas possuem um lugar especial em meu coração e serão sempre lembradas.

À equipe de enfermagem da maternidade, por me acolher, dar espaço e acreditar no meu trabalho.

À cada gestante que permitiu ser observada, me lembrarei eternamente de cada uma. Fica aqui minha gratidão!

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

MAIOR

(Milton Nascimento e Dani Black)

*Eu sou maior do que era antes
Estou melhor do que era ontem
Eu sou filho do mistério e do silêncio
Somente o tempo vai me revelar quem sou*

*As cores mudam
As mudas crescem
Quando se desnudam
Quando não se esquecem
Daquelas dores que deixamos para trás
Sem saber que aquele choro valia ouro*

*Estamos existindo entre mistérios e silêncios
Evoluindo a cada lua a cada sol
Se era certo ou se errei
Se sou súdito se sou rei
Somente atento à voz do tempo saberei*

RESUMO

Inúmeras especificidades do ciclo gravídico-puerperal conduzem e exigem práticas em saúde que visam escuta qualificada, empatia e acolhimento, principalmente frente à compreensão deste fenômeno nas suas transformações físicas, psíquicas e sociais. Contudo, o modelo de atenção à saúde e obstétrico em vigência, é amparado pelo olhar biomédico, que desrespeita e ignora o direito à saúde das mulheres, sob uma perspectiva de pouco envolvê-la em seu cuidado, limitando o acesso e a informação. Tal realidade outorga à mulher um papel de submissa frente ao sistema, especialmente nas situações de maior vulnerabilidade, como no caso do gestar e parir na condição de alto risco gestacional. O presente estudo, qualitativo e de campo, objetivou caracterizar e discutir a prática assistencial da equipe de enfermagem de uma maternidade às gestantes de alto risco hospitalizadas. Elencou-se como base teórico-conceitual a Integralidade e Cuidado nas práticas de saúde e como referencial metodológico a Análise de Conteúdo, na modalidade temática. A coleta dos dados se deu em um município do interior paulista, por meio de observação não participante da assistência de enfermagem às gestantes de alto risco seguida de entrevista individual e aberta com seis enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem e dois auxiliares de enfermagem, totalizando doze participantes, responsáveis pelo cuidado direto às gestantes de risco hospitalizadas. A análise dos dados empíricos permitiu identificar que a prática assistencial às gestantes de alto risco hospitalizadas está ancorada em três processos, retratados pelas categorias temáticas “Acolhimento emocional”, “Apoio informacional” e “Avaliação e monitoramento do risco gestacional”. Na primeira categoria temática, nota-se esforços da equipe de enfermagem para prover uma prática norteada por empatia e acolhimento, com reconhecimento desses eixos enquanto aspectos que fundamentam a humanização do cuidado. Outra frente integrante da prática assistencial é a oferta de informações, sustentada pelo reconhecimento de insuficiência e até mesmo, ausência de informação às mulheres acerca da situação de risco. Contudo, priorizam a prática instrumental enquanto núcleo assistencial, referenciando a enfermeira no suporte à essa prática. Conclui-se que, em ato, a prática assistencial de enfermagem tem a centralidade nas ações instrumentais e atendimento médico. Contudo, em intenções, denota centralidade no desejo de acolhimento emocional e informacional da mulher, quando assumem investimentos no alcance de boas relações interpessoais com as gestantes. As relações entre estas questões estão pouco interligadas, sobressaindo a orientação aos êxitos técnicos, com fragilidades para assumir alcances em termos de sucessos práticos, o que não permite qualifica-las como integrais. Faz-se necessário mudanças atitudinais e estruturais, com atenção aos preceitos humanísticos e de integralidade e sobretudo, voltadas ao sucesso prático das ações.

Palavras-chaves: Integralidade em Saúde. Enfermagem obstétrica. Humanização da Assistência. Gravidez de alto risco. Equipe de enfermagem.

ABSTRACT

Innumerable specificities of the pregnancy-puerperal cycle lead and claim for health practices aimed at qualified listening, empathy and acceptance, especially in the face of the understanding of this phenomenon in its physical, psychic and social transformations. However, the current health obstetrical model is supported by the biomedical view, which disrespects and ignores women's right to health, from a perspective of little involvement in their care, limiting access and information. This reality infers that women have a submissive role in the system, especially in situations of greater vulnerability, as in the case of gestating and giving birth in a condition of high risk. This qualitative and field study aimed at characterizing and discussing the nursing care practice of a maternity nursing team to hospitalized high risk pregnant women. We used Integrality and Care in health practices as theoretical conceptual basis and as a methodological reference Content Analysis, in its thematic modality. The data were collected in a municipality in the interior of the state of São Paulo, through non-participant observation of nursing care to high-risk pregnant women followed by an individual and open interview with six nurses, four nursing technicians and two nursing assistants, totaling twelve participants, responsible for direct care to hospitalized pregnant women at risk. The analysis of empirical data allowed us to identify that the care practice of hospitalized high risk pregnant women is anchored in three processes, portrayed by the thematic categories "Emotional welcome", "Information support" and "Evaluation and monitoring of gestational risk". In the first thematic category, we noted efforts to provide a practice guided by empathy and acceptance, with recognition of these axes as aspects that base the humanization of care. Another integrating front of the practice of care is the provision of information, supported by the recognition of insufficiency and even the lack of information to women about the risk situation. However, they prioritize instrumental practice as an assistance core, referencing the nurse in support of this practice. It is concluded that, in fact, nursing care practice is central in instrumental actions and support to the physician. However, in its intentions it denotes centrality in the women's desire for emotional and informational reception, when they invest in achieving good interpersonal relationships with pregnant women. Relations between these issues are poorly interconnected, with emphasis on technical successes, with weaknesses in terms of practical successes, which does not allow them to be classified as integral. Attitudinal and structural changes are thus necessary, with attention to the humanistic and integrality precepts and, above all, focused on the practical success of the actions.

Descriptors: Health Integrality. Obstetric nursing. Humanization of Assistance. Pregnancy, High-risk. Nursing, team.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

AC	Alojamento Conjunto
BCF	Batimentos Cardíaco Fetais
BHL	Banco de Leite Humano
CC	Centro Cirúrgico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CPN	Centro de Parto Normal
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Iniciação Científica
ITU	Infecção do Trato urinário
MS	Ministério da Saúde
NIR	Núcleo Interno de Regulação
PA	Pressão Arterial
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Programa Nacional de Humanização
SAE	Sistematização da Assistência em Enfermagem
SB	Síndrome de <i>Burnout</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
SVD	Sonda Vesical de Demora
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPP	Trabalho de Parto Prematuro
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	TRAJETÓRIA DE ESCOLHA DO TEMA.....	13
2	INTRODUÇÃO.....	18
3	OBJETIVOS.....	26
4	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	28
4.1	BASES CONCEITUAIS - INTEGRALIDADE E CUIDADO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE	28
4.2	REFERENCIAL METODOLÓGICO: ANÁLISE DE CONTEÚDO TEMÁTICA DE BARDIN	32
4.3	PERCURSO METODOLÓGICO	33
4.3.1	Local de estudo e aspectos éticos.....	33
4.3.2	Tipo de estudo, sujeito e coleta dos dados	35
4.3.3	Análise dos dados.....	37
4.3.4	Apresentação das gestantes hospitalizadas.....	37
5	RESULTADOS.....	41
	Acolhimento emocional	42
	Apoio informacional	48
	Avaliação e monitoramento do risco gestacional.....	52
6	DISCUSSÃO.....	57
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS	73
	ANEXOS.....	80
	APÊNDICES	84
	<i>Ofertas de Aninha</i>	91



(Foto: Nísia Floresta)

TRAJETÓRIA DE ESCOLHA DO TEMA

1 TRAJETÓRIA DE ESCOLHA DO TEMA

Durante o início da graduação de enfermagem sempre busquei envolvimento em diferentes espaços de formação, em especial por meio de atividades extracurriculares. Destaco minha participação em atividade de extensão e de pesquisa nas temáticas de *Stress, coping*¹ e Síndrome de *Burnout* (SB)². Desenvolvi duas Iniciações Científicas (IC), uma relacionada ao *stress* e SB em profissionais de Enfermagem e outra focando o *stress* e SB em graduandos de enfermagem e em alunos de cursos profissionalizantes de enfermagem. Identifico, nos dias atuais, a presença de tais discussões e conhecimentos adquiridos na minha prática assistencial enquanto enfermeira de uma unidade de serviço público de saúde.

Somente hoje, após de fato vivenciar a profissão e compreender sua dimensão, percebo o quanto a enfermagem está interligada às questões de estresse. Por inúmeras vezes fui conduzida a momentos de desespero e situações emocionais que estavam fora (na minha percepção do momento) de meu controle, pensando, inicialmente, em fugir desses problemas e não os enfrentar por não possuir instrumentos suficientes.

No bojo dessas situações, revisei discussões e leituras sobre o enfrentamento e compreendi (e continuo a compreender) como essas situações são enfrentadas pela enfermagem. Nossa classe vive uma luta constante contra sobrecarga de trabalho, jornadas exaustivas, baixa remuneração, falta de recursos humanos, falta de reconhecimento, dentre outros fatores que levam à desmotivação, conformismo, absenteísmo, estresse crônico, entre outras repercussões negativas e que, infelizmente e inevitavelmente, têm desdobramentos nas relações interpessoais e no cuidado. Estão longe de justificar o descuidado, a falta de atenção, qualidade e humanização da assistência prestada, mas, de alguma forma, estão implicadas nestas questões.

Voltando à minha graduação e, seguindo os caminhos da vida, ao iniciar a disciplina “Atenção à Saúde da Mulher”, no quarto ano da graduação, identifiquei-me e sensibilizei-me com a área, sobretudo pelas questões de gênero. Já havia presenciado, em outras oportunidades, disciplinas que discutiam tais temáticas, me aproximado de colegas que lutam pelas causas feministas além de ter sofrido forte influências familiares, em que presenciei a opressão. A

¹ Estratégias de *coping* ou enfrentamento são esforços cognitivos e comportamentais desenvolvidos pelas pessoas para lidar, tolerar ou controlar as situações específicas que são encaradas como sobrecarga ou aquelas que excedem a capacidade de resposta das pessoas, denominadas situações de estresse (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

² A Síndrome de *Burnout* é uma síndrome psicossocial do meio laboral, caracterizada por uma reação ao estresse crônico decorrente de uma situação, em geral de trabalho, no qual métodos de enfrentamento são insuficientes ou falhos, ocasionando altas taxas de absenteísmo e abandono da profissão. É caracterizado por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional (MASLACH; JACKSON, 1981).

disciplina intensificou o interesse em rever minhas inquietações e explorar as pautas que tangenciam o feminismo.

As mulheres vivenciam diariamente circunstâncias sociais de massificação, desmoralização e indiferença, seja no contexto de suas residências, no cenário de trabalho, nas instituições de saúde. Estão a sofrer uma objetificação ligada fortemente ao determinismo biológico, pouco são escutadas e respeitadas, sendo oprimidas por muitos da sociedade que insistem em querer mantê-las na ‘invisibilidade’.

A inquietação com essa invisibilidade é presente em minhas reflexões, sobretudo, em termos do quanto as pessoas, em diferentes contextos, naturalizam a mesma, sempre subestimando as mulheres quando comparadas aos homens.

Com o passar dos anos, o interesse para estágios e leituras diárias foram seguindo essa vertente de compreender a enfermagem, as mulheres na enfermagem e as mulheres usuárias de serviços de saúde.

Durante os estágios supervisionados dos últimos semestres de formação, escolhi o cenário da maternidade. Presenciei situações em que as mulheres eram apenas números, fichas, objetos sob a ótica de uma equipe que possuía o desejo de atender à demanda da instituição, mas não realizavam o movimento de olhar para o sujeito que estava lá, à espera de atendimento. Parecia-me ser um menosprezo maior quando pensava nas questões de poder ali implicadas: médicos obstetras predominantemente homens, atendendo mulheres, sobretudo, inseridas em cenários de vulnerabilidade social, vítimas de inúmeras mazelas sociais, concebidas no ‘rótulo’ usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). E, ao olhar para a enfermagem, lá estava o mesmo *script* de relações de poder ao ponderar homens médicos ou mesmo mulheres médicas em relação com enfermeiras.

Lembro-me de uma gestante, dentro do centro cirúrgico (CC), aguardando sua cesárea deitada em uma maca enquanto todos os profissionais se preparavam para o momento da cirurgia. Havia uma tensão e a enfermeira verbalizava que ‘*ela estava sulfatando*’ e que era necessária uma atenção maior ao débito da sonda vesical de demora (SVD), delegando essa função à equipe de técnicos de enfermagem. Questionei-me então: A atenção é para o débito da SVD? Qual o significado daquela gestante (de risco devido à diagnóstico de pré-eclâmpsia) ser de risco e estar a minutos de um procedimento para o nascimento de seu filho? Ou um questionamento menos profundo, mas não de menor importância: Ela foi avisada de sua situação? Do significado de “*sulfatar*”? E, ainda, por que diante de uma situação aparentemente complexa a busca do cuidado da parte da enfermeira estava restrita às técnicas? E os profissionais médicos ali presentes? Por que não se direcionava a eles? Não os envolvia na

situação? ”. A relação era objetual, fria que em nada considerava aquela mulher enquanto pessoa. Nem posso afirmar que havia relação. Apesar da tensão em relação à situação, a equipe (médicos e enfermeiras) conseguia rir e centrava-se em falar de assuntos outros, denotando pouco envolvimento com o que estava acontecendo ali. E a enfermeira ria do que? Ou será que ria para a equipe (médica)? ”. Não compreendia aquele cenário tão divergente e complexo.

Durante este estágio, estava sob supervisão direta da professora Monika Wernet e, houve uma aproximação mais significativa de nossa relação, embora já havia a conhecido em outro momento. A mesma sabia do meu interesse na área da saúde da mulher, e em uma parceria com a professora Jamile Bussadori estavam em processo de explorar um trabalho em conjunto. Assim, este projeto de mestrado foi fruto de uma parceria, muito bem-sucedida, devido aos interesses pessoais e profissionais, desse encontro entre o “trio”. Trio que tem grande incômodo com as relações interpessoais e de poder na saúde e seus efeitos em termos de cuidado, humanização, desrespeito e vida.

Ao pautar o ingresso no programa de Pós-Graduação em Enfermagem, já havíamos discutido sobre o quanto os efeitos negativos deste tipo de interação na atenção à saúde ficam exacerbados em termos de danos e desrespeito ao pensarmos no contexto da gestação de alto risco. A princípio, o projeto elencava um olhar exploratório para o atendimento de mulheres que gestam sob o diagnóstico de alto risco.

Todas as mulheres devem ter seus direitos garantidos em uma perspectiva integral de seu ciclo de vida. É importante considerar que elas estão inseridas em um contexto político e social cujas ações ainda a reduzem ao processo gravídico-puerperal. Assim, quais são essas ações? Os profissionais de saúde consideram o contexto político e social das mulheres? Se sim, como levam esta consideração para o cuidado que desenvolvem? O que direciona o olhar do profissional a esta gestante, o que valoriza?

Observa-se ainda, limitações das políticas públicas aos fatores sociais e culturais envolvendo essa população, promovendo vulnerabilidades, falta de humanização e inequidades.

Nesse sentido, inquieto-me em especial com as relações de poder estabelecidas nas instituições de saúde, mais especificamente no cenário da maternidade. Percebemos esse cenário como um local que, predominantemente está voltado a um cuidado feminino, porém, de forma contraditória, insere ao papel de *homem-médico* o “poder” da decisão sobre o corpo da mulher em termos de conduta terapêutica e coloca a enfermagem, profissão de relação historicamente construída entre a mulher e o ato de cuidar, de forma submissa a esse homem-médico. Assim, o papel da mulher é culturalmente associado ao cuidar, função que está ligada ao lar e por sua vez, desenvolvida por mulheres, sendo o trabalho de cuidar da enfermagem

“uma extensão ao lar”, enquanto ao homem designa-se a atuação pública de maior valorização. As implicações também se estendem à mulher-enfermeira em relação com o homem-médico, assim como com a mulher-paciente. Essas relações de poder parecem ter efeitos na atenção à mulher gestante de alto risco.

Dessa forma, na intenção de contribuir com discussões nesta direção, este trabalho buscará explorar o contexto do cuidado da gestante de alto risco hospitalizada na ótica da equipe de enfermagem. Nos sensibilizamos ainda com os possíveis desfechos negativos ao desenvolvimento dessa gestação e o quanto esse complexo desenvolver implica em aflições, angústias e medo.

Embora o objeto da pesquisa seja o cuidado prestado pelos profissionais de enfermagem e o movimento do presente projeto seja de ouvir esses profissionais, possuo um grande desejo de olhar e ouvir, em continuidade, as gestantes de alto risco.

Compreendo que o adjetivo de “risco”, no desenvolver de uma gestação, gera um cuidado diferenciado e quando demanda uma assistência terciária, simbolicamente amplia a gravidade da situação, reclamando grande impacto social e emocional na vida dessas mulheres e famílias. Meu pressuposto é de que isso participe do jogo do poder lançado nas relações de cuidado.

A nível de assistência profissional no âmbito hospitalar, é possível perceber um modelo centrado em uma atuação mais biomédica. Este atendimento envolve o cumprimento de normas institucionais, a supervalorização das tecnologias duras em detrimento à outras tecnologias integrantes do cuidado e o olhar objetivo ao sujeito, tornando essas mulheres ainda mais fragilizadas e passivas diante do cuidado em saúde. E, minhas impressões derivadas das oportunidades de aproximação e imersão neste cenário assistencial, é de que o profissional deseja mesmo mulheres ‘obedientes’ aos seus comandos.

O processo de desenvolvimento deste estudo, sem dúvidas nenhuma, efetivou-se como oportunidade ímpar de reflexão sobre a assistência de enfermagem às gestantes de alto risco no contexto hospitalar, evidenciando questões acerca das relações humanas, sobretudo considerando que os profissionais constituem um dos polos da relação de cuidado e questões da micropolítica no hospital.

Convido você, leitor, que de alguma forma se motivou pelo tema e tomou a decisão de ler este relatório de pesquisa, a compartilhar dos resultados obtidos a partir da minha lente analítica, na torcida que seja desvelado novas nuances da situação, na esperança de agregar mobilizações com vistas a transformação.

Bruna.



(Foto: Parto na Idade Média: médicos observando os astros e as mulheres atendendo o parto, retirado do livro “Witches, Midwives and Nurses”).

INTRODUÇÃO

2 INTRODUÇÃO

A formação da enfermagem obstétrica reflete um histórico de desigualdade de gênero e luta de poder. Ao pensar no contexto histórico, a assistência ao parto era predominantemente uma prática feminina e domiciliar, sem características profissionalizantes. Tal fato era inerente à ideia de naturalização no processo de parir e na condição moral da presença do homem assistindo ao parto como um atentado ao pudor (OSAVA; TANAKA, 1997).

Contudo, a forte ascensão e monopólio absoluto dos médicos – *profissão masculina, branca e de classe média* (OSAVA; TANAKA, 1997, p. 98) – incorporaram à obstetrícia um modelo de assistência controlado por procedimentos (destaca-se o uso de fórceps), e coordenado pelo homem (OSAVA; TANAKA, 1997; ENHENREICH; ENGLISH, 1973). A ideia central perpassava pela inferioridade intelectual das mulheres parteiras em comparação aos homens médicos (OSAWA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006).

Osava e Tanaka (1997, p.102) registraram:

De experiência profundamente subjetiva, o parto é transformado em momento privilegiado para o treinamento de médicos. A singularidade não é mais o que confere significado ao parto, e sim o que lhe retira o sentido. O corpo feminino passa a ser interpretado como uma máquina, e a regularidade impõe-se como a premissa básica da obstetrícia técnica e científica.

A busca da hegemonia no campo da saúde fez com que os médicos primeiro retirassem as parteiras deste cenário, e mais tarde, em meados do século XX, buscando o controle intelectual e a profissionalização da classe, passaram a considerar a obstetrícia enquanto um saber prático, negando às parteiras esse cuidado, dado a necessidade de ser assistido exclusivamente por médicos, pois cabia-lhes o conhecimento técnico e intelectual (OSAWA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006).

Na busca da profissionalização e na manutenção do domínio e do poder técnico e intelectual da classe médica, *a priori*, a formação de novas parteiras aptas para assistir o parto foi influenciada pela medicina, sendo a legislação regulamentadora do curso contida e planejada dentro da legislação dos médicos (OSAWA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006), ocorrendo o distanciamento do controle médico e reconhecimento legal da obstetrícia enquanto ramo a ser exercido por enfermeiras apenas em 1957:

Em 1957, o Projeto de Lei nº 3082 criando os cursos de Enfermagem e de Enfermagem Obstétrica foi elaborado em três níveis: elementar, médio e superior. No início da década de 1970, com a reformulação das universidades brasileiras, que propunha "vedar a duplicação de meios para fins idênticos ou equivalentes", coube

exclusivamente às escolas de enfermagem a formação profissional da enfermeira obstétrica ou obstetritz, como única via para a capacitação formal de não-médicos para assistência ao nascimento e ao parto normal (OSAWA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006, p. 201).

Caracterizado pela forte influência histórica, o modelo de atenção à saúde da mulher em vigor mantém a figura do médico como detentor do saber, justificando intervenções desnecessárias devido à segurança absoluta da prática médica, socialmente legitimada, frente a um corpo que é incapaz de gerar e parir um filho, tornando essa prática cada vez mais institucionalizada e distante da fisiologia da mulher (MELO et al, 2016; LEAL et al, 2012).

Sob essa perspectiva, nos deparamos com um modelo biomédico de assistência que desrespeita ou ignora o direito à saúde das mulheres e utiliza-se de uma política que pouco as envolve em seus cuidados, limitando o acesso e o direito à informação. Tal realidade aumenta a submissão da mulher frente ao sistema, especialmente nas situações de maior fragilidade, a exemplo do ciclo gravídico-puerperal (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

Para minimizar as consequências desse modelo que torna as mulheres invisíveis, principalmente em termos de suas subjetividades, o Brasil em consonância com as lutas políticas advindas dos movimentos feministas, abriu espaço e deu visibilidade na agenda do país para a assistência feminina, sobretudo ao pensar a mulher de forma integral, rompendo com a perspectiva de desigualdade de gênero que a limitava enquanto mãe e doméstica (BRASIL, 2004b; REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

Em 1983, destaca-se o lançamento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que contribuiu para o rompimento de questões tradicionais referentes à saúde da mulher incorporando um enfoque de gênero e integralidade, sendo a primeira experiência em termos de programa produzido na busca de integralidade do cuidado (KALICHMAN; AYRES, 2016). O autor Osís (1998) destaca que a própria comissão de pessoas que organizaram a proposta do PAISM, com destaque para duas mulheres (uma socióloga e uma médica sanitária), ilustra o percurso político da época em caráter opositor ao poder médico e ao cuidado exclusivamente reprodutivo.

O autor ainda refere:

Nesse contexto, a atenção à mulher deveria ser **integral**, clínico-ginecológica e educativa, voltada ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção (OSÍS, 1998, p. 27, grifo nosso).

No mesmo movimento, houve um período de intensos investimentos em políticas e programas. O Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da portaria 569 do ano de 2000 buscou ampliar o acesso das mulheres e reconheceu o direito de uma assistência humanizada e segura (BRASIL, 2000a). No que concerne a gravidez de risco, uma outra portaria do mesmo ano (BRASIL, 2000b) objetivou melhorar a qualidade da assistência, incluindo a necessidade de avaliação das condições de risco gestacional na primeira consulta de pré-natal e nas subsequentes, bem como, avaliar a necessidade de referenciar as mulheres para unidades de alto risco.

Ainda nesse cenário a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2004a), a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (BRASIL, 2005b), e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) romperam as fronteiras da saúde sexual e reprodutiva, alcançando os aspectos da saúde da mulher enquanto direito, ampliaram o acesso e promoveram uma assistência de maior qualidade no ciclo gravídico-puerperal. Tais programas consideraram também a população marginalizada ao longo da história tais como, a mulher indígena, mulheres em situação de prisão, mulheres negras e etc (BRASIL, 2004b). Articulado à essas políticas e programas, está a iniciativa publicada em lei garantindo às gestantes o direito de acompanhante durante o ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2005a).

Embora os avanços em termos de políticas para a saúde da mulher tenham sido significativos, pois ainda sofrem carências ao reconhecimento dos seus direitos e moldados com ideologias políticas, religiosas e conflitivas (DINIZ, 2013), os espaços destinados à atenção à saúde da mulher são permeados por modelos de assistência voltados à discriminação e desigualdade de gênero (DINIZ, 2009). Estes espaços acabam por atingir a integridade física, moral e psíquica dessas mulheres, negando-lhes o direito à saúde através da dificuldade do acesso, peregrinação em busca dos serviços e ineficácia no atendimento (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

Devido a sua especificidade de condutas e cuidados, o ciclo gravídico-puerperal, seja de risco habitual ou alto risco, requer a valorização das práticas em saúde, privilegiando a escuta, empatia, acolhimento e compreensão dos fenômenos e das transformações físicas, psíquicas e sociais (WERNET et al, 2016) os quais a cercam, sendo um processo desafiador dentro de um sistema de saúde biomédico e fragmentado (BRASIL, 2012).

No momento em que as transformações são associadas a um maior risco gravídico, intensifica-se a fragilidade emocional, com destaque para os sentimentos de ansiedade, frustração, culpabilização por não conduzir a gestação de forma natural, bem como descontrole do seu próprio corpo e gravidez (SILVA et al, 2013). Assim, vivenciar a gestação de alto risco

caracteriza-se de forma complexa, com impacto em nível individual e social na vida da mulher, uma vez que as mudanças se estendem ao companheiro, família, sociedade e profissionais de saúde, e não se limitam aos aspectos biológicos (ZAMPIERI, 2001).

Para melhor compreensão, o conceito de risco foi empregado no âmbito da Epidemiologia e diz respeito: “a chances probabilísticas de suscetibilidade, atribuíveis a um indivíduo qualquer de grupos populacionais particularizados, delimitados em função da exposibilidade a agentes (agressores ou protetores) de interesse técnico ou científico” (AYRES, 1997, p. 294).

As gestações, segundo o enfoque de risco, são processos fisiológicos conduzidos, na maioria dos casos, sem intercorrências clínicas. Contudo, pauta-se no fato de que nem todas as mulheres possuem a mesma probabilidade de adoecimento. As mulheres que apresentam maiores chances de evoluções desfavoráveis ao feto e a si (morte, morbidade, *near-miss*) são classificadas como gestantes de alto risco (BRASIL, 2012).

O risco obstétrico tem sido discutido desde meados da década de sessenta e a identificação das mulheres com fatores predisponentes era o primeiro passo para o conhecimento do fenômeno. O Brasil adota esse olhar, uma vez que são listados fatores de risco para a identificação e classificação das mulheres com intuito de auxiliar as equipes de saúde na uniformização do conceito de gestação de alto risco e os critérios de abordagem desta. Devido à multiplicidade cultural e econômica do país, os fatores de risco são amplos em suas dimensões, agrupados em quatro categorias: características individuais e condições sociodemográficas; história reprodutiva anterior; doença obstétrica na gravidez atual e intercorrências clínica (BRASIL, 2012).

Essas condições podem ser identificadas no percurso da gestação ou em situações prévias a ela. No entanto, vale ressaltar que durante todo o acompanhamento da mulher é necessária atenção e constante atualização sobre os fatores que podem desencadear o risco. Pressupõe-se uma situação de vulnerabilidade social de mulheres e crianças, que expostas a situações de risco encontram-se suscetíveis a agravos de saúde, com destaque às mortes maternas e infantis (BRASIL, 2012).

Contudo, embora a identificação e a classificação dessas gestantes sejam articuladas no enfoque de risco, a situação não deve ser reduzida ao evento biológico uma vez que conduzir a gestação de risco extrapola a condição da patologia. Como consequência, as mulheres se deparam com mudanças no processo reprodutivo, abdicam-se do autocuidado (OLIVEIRA; MANDU, 2015) e enfrentam conflitos entre o ideal e o imaginário *versus* a realidade enfrentada (GUIMARÃES, 2013).

Alguns autores defendem que a palavra *incerteza* é a melhor forma de retratar a vivência das mulheres frente ao diagnóstico de alto risco. A este fato infere-se a ideia de uma situação que lhe é totalmente desconhecida, quer pelo desenvolvimento da gestação, quer pelas incertezas dos desfechos, o que dificulta a compreensão e o significado deste fenômeno na vida. Essa incerteza é decorrente da carência de informação e apoio ofertados no acompanhamento do alto risco (RUYDIAZ-GÓMEZ; FERNÁNDEZ-ARAGÓN, 2015).

Corroborando com esse cenário, estudos que detectaram os sentimentos das mulheres salientam que as sensações de dúvidas e medo são os sentimentos mais significados diante do risco (OLIVEIRA; MADEIRA; PENNA, 2011; OLIVEIRA; MANDU, 2015). Além disso, as mulheres sentem-se inseguras, ansiosas, vulneráveis, em situação de solidão (OLIVEIRA, MADEIRA; PENNA, 2011; OLIVEIRA; MANDU, 2015), infelizes e, por vezes, frustradas diante do imponderável (TUNÇALP et al, 2012; XAVIER et al, 2013).

Apesar da incerteza e da maior probabilidade de adoecimento, a gestação pode ser conduzida em sua totalidade nas unidades de saúde ou nos ambulatórios de referência para alto risco¹. Todavia, quando se instala condições clínicas desfavoráveis ao desenvolvimento gestacional ou complicações obstétricas, torna-se necessário a hospitalização em enfermarias clínicas (VIEIRA et al, 2013), que deve ser considerada como fator estressante (BRASIL, 2012).

A internação da gestante de alto risco faz com que todos os sentimentos enfrentados frente a sua condição se intensifiquem, justificado pela transformação do diagnóstico que passa a ganhar um sentido mais real, com maior visibilidade e palpável perante a mulher (SILVA; SILVEIRA; GOMES-SPONHOLZ, 2016).

A intervenção hospitalar é necessária, pois há a recuperação do equilíbrio fisiológico do binômio mãe-bebê, necessário para a manutenção da gravidez, contudo o processo imprime a perda da autonomia e separação forçada com o ambiente domiciliar (AMORIM et al, 2017).

Para as mulheres que vivenciaram a experiência, fica comprovada a necessidade de prover tratamento médico, farmacológico, além de cuidado aos aspectos emocionais, que se

¹ “As necessidades de saúde do grupo de alto risco geralmente requerem técnicas mais especializadas. Ainda que em alguns casos possam ser solucionados no nível primário de assistência, por meio de procedimentos simples, outros necessitarão de cuidados mais complexos presentes nos níveis secundário e terciário, com equipes multidisciplinares constituídas por especialistas de outras áreas: enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, tendo o obstetra papel decisivo no acompanhamento e na atuação dessa equipe” (BRASIL, 2001, p. 6). Dessa forma, desde 1998, o Serviço de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar à Gestante de alto risco contempla o atendimento dessas gestantes, estimulando e apoiando o seguimento da gestação conforme necessidade e complexidade do atendimento. Assim, a depender do nível de complexidade a gestante pode continuar sendo assistida pela Atenção primária de saúde e Ambulatórios especializados em Alto Risco e durante toda a sua gestação devem ser mapeados as condições de risco em todas as consultas (BRASIL, 2001, p. 7).

encontram instáveis diante da internação (PIVETA; BERNADY; SODRÉ, 2016). As gestantes relatam dificuldades nesse processo, como a falta da família e a dificuldade de permanecer separada do convívio familiar e social (PIVETA; BERNADY; SODRÉ, 2016).

Estudo revelou que, quando há responsabilidade com os cuidados de um segundo filho, algumas mulheres recusam a internação ou solicitam alta diante do desespero de estarem separadas deste, visto que são as cuidadoras principais e/ou as únicas (XAVIER et al, 2015).

Outra situação inerente ao processo de hospitalização é a alteração do padrão de sono e repouso com a iluminação e os ruídos afetando diretamente nesse aspecto. Isso implica em agravamento de sentimentos negativos exigindo que a gestante se adapte ao ambiente hospitalar e aos novos hábitos (VIEIRA et al, 2013; ORTIZ; RODRÍGUEZ, 2014).

Em resumo, as mulheres enfrentam a internação através dos fatores circunstanciais a que são submetidas. Fatores como o afastamento do ambiente familiar, perda da privacidade e auto identificação através do rótulo de “doente” diante da leitura da situação de risco. Ademais, sentem-se vulneráveis quando suas dúvidas referentes ao quadro clínico, ao risco e à necessidade de internação não são esclarecidas, demonstrando uma total submissão frente aos profissionais de saúde bem como, a falta de valorização de seu cuidado e situação (PIO; CAPEL, 2015).

Essa transição entre o “normal” para o “alto risco” com necessidade de intervenção hospitalar representa um momento crítico, não só vivenciado pela mulher, como também para a equipe de saúde que lida com a situação (POZZO; BRUSATI; CETIN, 2010). A equipe de enfermagem que está a cuidar das gestantes torna-se imersa nesse contexto de complexidade e incerteza, denotando conhecimento técnico-científico para o manejo da situação. Sugere-se ações norteadas aos moldes da humanização e que busquem resultados satisfatórias para o binômio mulher-criança, bem como para a família desta mulher (RODRIGUES et al, 2016).

Nesse contexto, é fundamental considerar a valorização da integralidade, subjetividade e individualidade, condizente com os preceitos da humanização preconizado pelo MS (SILVA et al, 2013). O manual técnico da gestação de risco do MS (2012, p. 16) incorpora, como aspecto essencial, o preparo dos profissionais para lidar com a subjetividade que a prática assistencial lhe propõe, sobretudo na situação de risco gestacional:

A equipe de saúde precisa ter conhecimento e sensibilidade para identificar e entender o processo emocional que rodeia o acompanhamento da gestação de alto risco. Uma atividade que pode contribuir tanto para reduzir o estresse da equipe como para aprofundar o entendimento de quais serão os melhores encaminhamentos é a discussão do caso com os vários integrantes da equipe.

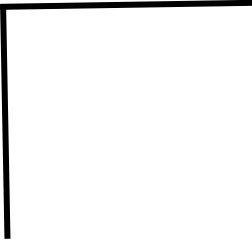
Diante do exposto, compreende-se que as condutas de enfermagem são bastante tecnicistas, seguindo roteiros e protocolos para todos os usuários, negando uma dimensão individual, fato esse intensificado no contexto hospitalar (OLIVEIRA et al, 2016). Habitualmente os profissionais priorizam abordagens instrumentais, com atenção aos aspectos físicos e obstétricos, por meio do controle das ações curativas e preventivas (OLIVEIRA; MANDU, 2015).

Nessa direção, para a transformação da realidade da atenção à saúde da gestante, é relevante que os profissionais de enfermagem incorporem ao conhecimento científico as necessidades de cuidados psicossociais dessas mulheres, rompendo com a ideia do modelo biomédico centrado na doença (SILVA et al, 2013). Acrescido a isso, a assistência precisa ser planejada e organizada em sua singularidade, com vistas a compreender o significado atribuído pela mulher no seu processo de gestar na condição de risco (RUYDIAZ-GÓMEZ; FERNÁNDEZ-ARAGÓN, 2015) com resultados positivos para a promoção da saúde, prevenção dos agravos e a reabilitação (OLIVEIRA et al, 2016).

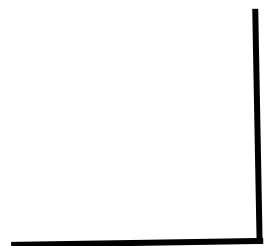
Este estudo se justifica pela necessidade de tematizar a humanização e a qualidade da assistência de enfermagem às gestantes de alto risco hospitalizadas, situação complexa tanto para os profissionais de saúde como para as mulheres que estão a enfrentar a intervenção hospitalar. Além disso, há recomendações para estudos que pautem ações de trabalhadores e acolhimento da mulher ao longo do processo de gestar e parir, com atenção ao protagonismo da mesma (SANTOS et al, 2016).

A partir disso, a presente proposta estabelece-se como recurso para auxiliar a formação da enfermagem obstétrica com vistas a transformações assistenciais na direção da integralidade e humanização. Assim, pode contribuir na revelação de nós críticos no cuidado às mulheres gestantes de alto risco, com vistas a serem eles tomados em discussões que orientam a formulação de documentos e políticas nacionais.

Com isto, a pesquisa toma como pergunta “No que se fundamenta a prática assistencial da equipe de enfermagem às gestantes de alto risco hospitalizadas? ”

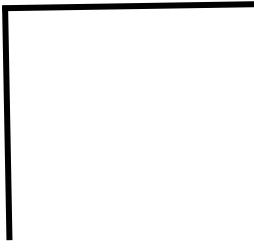


OBJETIVOS

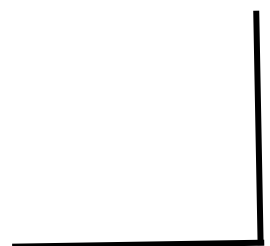


3 OBJETIVOS

Analisar as interações entre equipe de enfermagem e gestantes de alto risco hospitalizadas, com vistas o cuidado e a integralidade em saúde.



TRAJETÓRIA METODOLÓGICA



4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 BASES CONCEITUAIS - INTEGRALIDADE E CUIDADO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE

A escolha por estas bases conceituais reside no entendimento de que elas favoreceriam acesso ao sentido do ato de cuidar e de como ele está em relação à sua reconstrução a partir do Cuidado, este último grafado em maiúsculo, acompanhando o autor que o propõe, José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, para quem o uso da letra maiúscula acentua a identidade reconstrutiva deste ato – (AYRES, 2009; AYRES, 2013). A intenção anunciada no objetivo inscreve a exploração das relações da equipe de enfermagem na cena da atenção à mulher gestante de alto risco hospitalizada. Como se comporta a equipe diante do que é revelado a ela? Tem interesse e escuta ampliada as revelações? Como suas práticas consideram as especificidades e singularidades das mulheres? Como estão as práticas em relação aos projetos do usuário e da equipe de enfermagem? Como as tecnociências estão sendo aplicadas no cotidiano assistencial da equipe de enfermagem? Consideram as mulheres, suas famílias, suas histórias, seu modo de caminhar na vida?

É comum em equipamentos de saúde a primazia aos protocolos e procedimentos em relação às demandas das usuárias (HECKERT, 2017). Os hospitais são equipamentos impermeáveis à transposição da relação sujeito-objeto (os usuários) e inclusão de direitos dos usuários (PASCHE; VILELA; SANTOS, 2017). No Brasil, apesar da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010) preconizar a recomposição das práticas de saúde assinalando a relevância de garantir autonomia e protagonismo aos usuários e famílias na relação com os profissionais de saúde, ainda prevalecem na cena ações pouco articuladas às complexas necessidades destes sujeitos e seus coletivos (AYRES, 2001; AYRES, 2004).

Com efeito, o avanço da ciência e da tecnologia em saúde vem crescendo de forma verticalizada em prol das melhorias a nível de diagnósticos e tratamento. No entanto, em contraste com seu expressivo desenvolvimento, encontram-se relações intersubjetivas pobres, diálogos vazios, insuficiência de consideração ao sujeito, com um frágil compromisso com o bem-estar e projeto de usuários (AYRES, 2009; AYRES et al, 2012).

Inúmeras propostas de reconstruir essas práticas em saúde estão sendo difundidas, sobretudo apoiadas nas ideias de integralidade e humanização. E, tais ideias tem nas interações barreiras a serem vencidas, seja em termos de interação profissional, equipe, usuário e/ou de efetivos diálogos entre os envolvidos (AYRES, 2004).

A integralidade é princípio doutrinário do SUS efetivado na forma como os serviços se organizam, nos planos da gestão e da assistência, refletido nos alcances do cuidado à saúde, sobretudo em termos de direitos e cidadania (KALICHMAN; AYRES, 2016). Reitera-se que o modo de operar em saúde, fundamentado no princípio da integralidade, demanda desafios na superação dos limites e tem demonstrado resultados positivos na capacidade de aderir sujeitos, ideias e ações de atenção à saúde voltados para a melhoria da qualidade na assistência, na justiça e na democratização da saúde. Com efeito, Ayres (2009) aponta a integralidade dentre os princípios do SUS como:

Aquele que mais conduz o desafio de realizar os valores de justiça, democracia e efetividade do acesso à saúde para a intimidade do núcleo tecnológico das práticas de saúde. O princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, mas a integralidade nos desafia a saber e fazer o ‘quê’ e ‘como’ pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um (AYRES, 2009, p. 13).

Embora os princípios do SUS – *universalidade, equidade e integralidade* - estejam conectados de forma interdependentes e a integralidade seja condição necessária para a realização das demais, esta atua de forma privilegiada tendo em vista seu papel para reconstruir as ações em saúde. Esta reconstrução só será de fato alcançada quando os profissionais repensarem um cuidado de saúde movido na direção da promoção do bem-estar, não se limitando a fatores biológicos e tecnicistas, buscando o verdadeiro encontro e diálogo na legitimação da saúde (AYRES, 2000). Nesta perspectiva, o cuidado em saúde configura-se como ato a ser praticado na reconstrução de um modelo integral a ser ofertado aos indivíduos e comunidades (AYRES, 2009).

Dessa forma, Ayres (2004) conceitua o cuidado nas práticas assistenciais como:

Designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde (AYRES, 2004, p. 22).

O cuidado, da forma a qual está sendo exposto aqui, é propulsor de uma ação que direciona encontros e interações entre os usuários e os trabalhadores caracterizando o momento assistencial como espaço de troca, reconhecimento de identidades, intersubjetividade, espaço relacional, com desdobramentos positivos na configuração de sujeitos mais ativos e participantes de seus projetos de cuidados, fundamentado na disponibilidade de poder fazer-se

juízo sobre as suas necessidades, extrapolando a importância exclusivamente tecnológica (AYRES, 2000; AYRES, 2004).

Pode-se afirmar, portanto, que o momento do encontro se configura como potencialidade para a criação de uma relação pautada no “*ouvir mais*”, “*tocar mais*” e “*ver mais*”, quando a valorização da subjetividade conduz a possibilidade de acessar e compreender singularidades. Singularidades essas que são usualmente desveladas nas narrativas, no acesso à historicidade do sujeito, e, acessar informações desta ordem clama escuta qualificada (AYRES, 2004), interesse pelo exposto, com esforços orientados para a compreensão do por ele vivido e do que o faz se mover existencial, do projeto trazido à situação de cuidado (AYRES, 2009; AYRES, 2007). E, nesta direção, a atenção especial precisa acontecer para as ações que permanecem exclusivamente atentas e impulsionadas por julgamentos da ordem da normalidade/anormalidade de formas e funções (AYRES, 2013), do contrário, a implicação prática das relações entre o nomeado por Ayres (2009) como êxitos técnicos e sucessos práticos fica com alcances que não podem ser nomeados de integral.

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

Tomar a integralidade para olhar a atenção à saúde contribui para elucidar alcances e limites das ações e serviços (KALICHMAN; AYRES, 2016). Êxito técnico e sucesso prático não se configuraram como sinônimos (AYRES, 2001), no entanto, são conceitos interligados que se efetivam através do diálogo e da permeabilidade entre o técnico e o não técnico em uma relação terapêutica humanizada, de modo a garantir que a técnica não substitua o encontro e reduza a qualidade dele (AYRES, 2004).

Nesse sentido, há um outro saber que cria condições e é frutífero a encontros intersubjetivos no ato assistencial, que se refere à sabedoria prática (AYRES, 2004). Ela resgata a realização dos sujeitos diante do estar no mundo os tornando construtores e destinatários das ações de saúde, além de contribuir para a retomada das noções de sentidos na interação interpessoal (AYRES et al, 2012). Favorece que a resposta produzida na atenção em saúde esteja de fato consonante com a necessidade e interesses concretos daqueles que ali estão. Ayres (2013, p. 29) aponta ser a integralidade

A busca de incorporar de fato a perspectiva do Cuidado nas práticas, é o assumir radicalmente a diversidade de sentidos e abertura de possibilidades configuradas nas situações particulares em que corpos e histórias, de indivíduos e populações, reclamam a técnica para a construção de seus projetos de felicidade.

Para Ayres (2013, p. 27), projeto de felicidade “diz respeito ao devir de uma existência que a cada vez se toma para si como possibilidade, dado sentido ao eu, ao outro e ao mundo”. Sendo assim, como assinala Ayres (2001):

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde (AYRES, 2001, p. 71).

Diante dos apontamentos acima relativos à base conceitual deste estudo, indaga-se como estão os encontros entre equipe de enfermagem e mulheres com alto risco gestacional em situação de hospitalização? Para Ayres et al (2006), no cotidiano da atenção à saúde, quatro eixos estão contidos na ideia da integralidade:

1.Eixo das necessidades – refere-se à qualidade e natureza da escuta, acolhimento e respostas às demandas de atenção em saúde. O impulso mais relevante no eixo é a sensibilidade e a capacidade de resposta às necessidades biopsicossociais, não se limitando à necessidade biológica, sem reduzir este.

2.Eixo das finalidades – refere-se aos graus e modos de integração entre as ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação de saúde. O impulso relevante no eixo é a capacidade de não segmentar as ações no cuidado.

3.Eixo das articulações – refere-se aos graus e modos de composição dos saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais e ações intersetoriais no desenvolvimento das ações de saúde. O impulso aqui é criar condições na atuação de forma interdisciplinar com vistas a oferecer respostas efetivas às necessidades de saúde biopsicossociais.

4.Eixo das interações – refere-se à qualidade e natureza das interações intersubjetivas no cotidiano das práticas de saúde. O impulso do eixo é a construção efetiva de condições dialógicas entre os diferentes sujeitos envolvidos nas ações de saúde. (AYRES, 2009, p. 14).

Assim, este estudo opta por tomar os quatro eixos como referência na intenção de que essa base teórica e os eixos iluminem o estudo e façam emergir aspectos que favoreçam transformações no *continuum* da caminhada rumo à qualificação das ações de cuidado de mulheres que gestam sob o diagnóstico médico de alto risco enquanto cidadãs, sobretudo aquelas que tem a equipe de enfermagem enquanto partícipe.

4.2 REFERENCIAL METODOLÓGICO: ANÁLISE DE CONTEÚDO TEMÁTICA DE BARDIN

O presente trabalho utilizou como estratégia metodológica a Análise de Conteúdo, a partir da perspectiva da Bardin (2011) por acreditar que permite ao pesquisador estudar e analisar em maior profundidade os diferentes discursos, adotando uma perspectiva subjetiva do que é e do que não é dito pelos entrevistados:

A análise de conteúdo (seria melhora falar de análises de conteúdo) é um método muito empírico, dependente do tipo de “fala” a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo. Não existe coisa pronta em análise de conteúdo, mas somente, algumas regras de base, por vezes dificilmente transponíveis. A técnica de análise de conteúdo adequada ao domínio e ao objetivo pretendidos tem de ser reinventada a cada momento, exceto para usos simples e generalizados, como é o caso do escrutínio próximo da decodificação e de respostas a perguntas abertas de questionários cujo conteúdo é avaliado rapidamente por temas (BARDIN, 2011, p. 36).

Das técnicas de análise de conteúdo, utilizou-se, neste trabalho, a técnica de análise de conteúdo temática que permite ao pesquisador realizar uma análise pormenorizada dos dados sob uma apreciação de unidades de significação ou temas a partir de codificações previamente estabelecidas nas entrevistas, textos, documentos, etc. 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 de análise está estruturado em três polos cronológicos:

- 1 – Pré-análise: etapa na qual se desenvolve inicialmente a “leitura flutuante” dos dados com vistas a analisar e conhecer o texto provendo resgatar e conhecer as principais impressões e orientações do material;
- 2 – Exploração do material: etapa na qual, prioritariamente, se dá a codificação, decomposição ou enumeração em função do processo analítico adotado através do material empírico a que se pretende explorar;

3 – Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: etapa na qual ocorrem inferências e interpretações tendo em vista os objetivos determinados e o quadro teórico desenhado (BARDIN, 2011).

Assim, a análise temática 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. 135).

4.3 PERCURSO METODOLÓGICO

4.3.1 Local de estudo e aspectos éticos

O presente estudo foi realizado em um município de médio porte do interior paulista, cuja população estimada é de 246.088 habitantes, dentro de uma área de 1137 km² (IBGE, 2017), com taxa de nascidos vivos de 2.831 (DATASUS, 2012).

A assistência à saúde das mulheres é desenvolvida através dos serviços públicos das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a nível ambulatorial no Serviço especializado em pré-natal de alto risco do município e ambulatórios particulares (consultórios).

O ambulatório especializado realiza atendimentos de gestantes encaminhadas de USFs, UBSs e advindas dos cinco municípios pertencentes ao colegiado da gestão regional com necessidades de cuidados especiais, incluindo gestantes de alto risco. Essas gestantes são identificadas pelas unidades supracitadas e através de um protocolo desenvolvido pelo médico responsável pelo pré-natal são referenciadas, dando continuidade ao pré-natal de alto risco em conjunto com o atendimento na unidade de origem.

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 de leitos maternos 56, sendo 34 distribuídos ao SUS e 22 leitos sendo particulares ou conveniados. Destes, 7 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 (Porta de Entrada); Pré-parto; Centro Obstétrico; Enfermaria de

internação clínica de gestantes; alojamento conjunto (AC); berçário comum e berçário de cuidados intermediários e Banco de leite Humano (BLH).

Em relação à totalidade da equipe da maternidade, tem-se atualmente, segundo informações da enfermeira responsável, 14 enfermeiros assistenciais, 1 enfermeiro coordenador, 76 técnicos e auxiliares de enfermagem e 3 escriturários. Na enfermaria de internação clínica de gestantes, cenário de observação deste estudo, as gestantes permanecem aos cuidados de cinco técnicos/auxiliares de enfermagem durante o período diurno e noturno, sendo este quantitativo subdividido pelos plantões. Sendo assim, a cada plantão (regime de trabalho de 12 horas) dois ou três técnicos/auxiliares de enfermagem ficam alocados nesse setor, supervisionados por apenas uma enfermeira obstetra.

De um período de 01 de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2016, a maternidade atendeu de forma espontânea através da Porta de Entrada cerca de 3470 mulheres durante o ciclo gravídico puerperal, sendo que, desse número, um total de 1097 se tornaram situação de internação. Com relação aos problemas clínicos de procura destaca-se hipertensão materna não especificada (79 casos), diabetes não especificada (22 casos), gravidez ectópica (21 casos), Infecção do trato urinário não específico da gravidez (12 casos), mola hidatiforme (6 casos), dentre outras morbidades relacionadas à gestação e ao período puerperal¹.

Em relação aos procedimentos éticos em pesquisas com seres humanos, o projeto de pesquisa foi apresentado ao Departamento de Educação do serviço hospitalar mencionado acima e após consentimento do Diretor de Ética do Hospital foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos para análise seguindo as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Após análise do Comitê de Ética, foi recebido parecer favorável, registrado sob nº 2.239.519 e CAAE 57986116.8.0000.5504 (ANEXO A). Todos os participantes que aceitaram integrar o estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) após exposição individual e esclarecimentos por parte da pesquisadora acerca da natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que poderia acarretar, formulada no termo de consentimento, autorizando sua participação voluntária. Destaca-se ainda que, considerando a observação não-participante da assistência de enfermagem prestada às gestantes em situação de internação, houve necessidade de as mesmas concordarem e assinarem o TCLE (APÊNDICE B).

¹ Todos os dados foram obtidos através do censo de 2016 do Núcleo Interno de Regulação (NIR) do Hospital em estudo. Devem ser considerados os valores aproximados.

Para cada participante do estudo, foi disponibilizado uma cópia do TCLE. Ademais, a pesquisadora teve o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato dos sujeitos.

4.3.2 Tipo de estudo, sujeito e coleta dos dados

O presente estudo é de campo, qualitativo, com desenho voltado a conhecer a prática assistencial da equipe de enfermagem à gestante de alto risco hospitalizada. A abordagem qualitativa, que valoriza o universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes dos sujeitos sociais, é adequada quando se busca conhecer um determinado fenômeno por meio da experiência destes e dos sentidos que eles atribuem aos objetos e às ações sociais que desenvolvem (MINAYO, 2014).

A obtenção dos dados empíricos ocorreu em duas etapas. A primeira etapa se deu por meio da observação não participante com o objetivo de identificar as ações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem no cuidado às gestantes de alto risco hospitalizadas e, em um segundo momento, foram realizadas entrevistas abertas com os profissionais de enfermagem envolvidos no cuidado a essas gestantes.

Adotou-se como critério de exclusão para o processo de observação: gestantes menores de 18 anos; gestantes que recusaram a observação e os profissionais que, no momento, encontravam-se de férias, folga e/ou na cobertura de outros setores da maternidade.

A observação é aquela em que o investigador atua como expectador atento, permitindo desenvolver um bom entendimento e apreciação dos fenômenos de interesse, com enfoque nos objetivos do estudo, possibilitando a extração dos significados, a diversidade e sutilezas das situações (MINAYO, 2014). O recuso da observação foi buscado para poder registrar as experiências que não são desveladas por meio de questionamentos, uma vez que se utilizou da dimensão sensorial e situacional para transmitir a realidade vivenciada (SANTOS; ARAÚJO; BELATTO, 2016).

Assim, todas as evidências provenientes da observação, foram descritos de forma textual em diários de campo e subdivididas por plantões. Para organizar a observação, tomamos como aspectos: o cuidado prestado por enfermeiras às gestantes hospitalizadas e o cuidado prestado pela equipe de enfermagem, com atenção à interação, a abordagem e as ações entre enfermagem e usuária.

Devido regime de trabalho de 12x36 horas por plantão, a observação foi estruturada de forma a dar cobertura a todos os plantões visando maior aproximação com a realidade assistencial dos profissionais. Dessa forma, um total de quatro (4) plantões foram observados em um período de três (3) horas cada nos dias 09 e 10 de novembro de 2016. Optou-se pela observação dos quatro (4) plantões nos mesmos horários para aproximação com as rotinas hospitalares. Assim, os plantões diurnos foram observados no período das 07 horas (início de plantão) até às 10 horas e os plantões noturnos foram observados no período das 19 horas (início de plantão) até às 22 horas.

Foram observados e registrados os trabalhos de quatro (4) enfermeiras e sete (7) técnicas/auxiliares de enfermagem, distribuídas entre noturno e diurno, sendo uma (1) enfermeira para cada plantão, duas (2) técnicas/auxiliares de enfermagem para cada plantão diurno e uma (1) técnica de enfermagem para um dos plantões noturno e duas (2) técnicas/auxiliares de enfermagem para o segundo plantão noturno. Atendendo aos critérios, três (3) enfermeiras, que também são responsáveis pelo atendimento de gestantes de alto risco hospitalizadas, não integraram o processo de observação por encontrarem-se de férias e/ou folga, vindo participar somente da segunda etapa de coleta dos dados.

Cabe ressaltar que durante o período de observação, um total de 13 internações de gestantes foram assistidas.

Na segunda etapa de obtenção dos dados empíricos, foram pactuados dias e horários distintos individualmente com cada profissional de enfermagem a fim de realizar a entrevista:

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. Entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo (MINAYO, 2014, p. 361).

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

Frente à anuência dos profissionais de enfermagem, um total de 12 entrevistas foram realizadas no mês de dezembro de 2016, mediante os seguintes critérios de inclusão: não estarem em período de férias e aceitarem voluntariamente participar do estudo. Assim, uma (1)

enfermeira e uma (1) técnica de enfermagem não participaram da entrevista devido a não aceitação. As entrevistas foram realizadas com seis (6) enfermeiras assistenciais, duas (2) auxiliares de enfermagem e quatro (4) técnicas de enfermagem, todas responsáveis pelo cuidado assistencial com gestantes de alto risco hospitalizadas.

Utilizou-se como questão disparadora da conversa “Conte-me o que você procura valorizar no seu cuidado às gestantes de alto risco que estão internadas na unidade?”. Ao longo da conversa foram apresentadas outras temáticas com vistas a explorar exemplos de cuidado, características de um bom cuidado e a interação entre a equipe de enfermagem frente a esse cuidado. Os sujeitos tiveram flexibilidade de respostas em todas as questões apresentadas motivando a descrição dos fenômenos.

As entrevistas foram realizadas em datas e horários pré-agendados na própria Instituição e foram gravadas em um dispositivo eletrônico com consentimento de todos os participantes. Posteriormente, transcritas na íntegra pela pesquisadora e analisada à luz da técnica de Análise de dados acima descrito.

4.3.3 Análise dos dados

O conjunto de dados obtidos, a saber notas de campo registradas e derivadas da etapa de observação e as entrevistas transcritas na íntegra, sofreu 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 as bases conceituais elencadas.

Com isso, os resultados finais estão apresentados sob três categorias temáticas “*Acolhimento emocional*”; “*Apoio informacional*” e “*Avaliação e monitoramento do risco gestacional*”.

As narrativas dos participantes foram classificadas conforme suas iniciais Enfermeiros (E); técnicos de enfermagem (TE) e auxiliares de enfermagem (AE) seguidas das sequências numéricas em que foram transcritas as entrevistas:

4.3.4 Apresentação das gestantes hospitalizadas

As gestantes foram classificadas segundo os marcadores e fatores de risco gestacionais à gestação e condições ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação,

transformando-a em gestação de alto risco. Essa classificação está em conformidade com o Manual técnico gestação de alto risco do MS (2012). Para a presente apresentação, utilizamos o diagnóstico de internação (informação obtida através da equipe de enfermagem), idade em anos e idade gestacional das mulheres:

Inicialmente, foram caracterizadas por suas características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis por apresentarem idade maior que 35 anos:

-EVA, 37 anos, 40 semanas e 1 dia, indução de trabalho de parto;

-S, 41 anos, 34 semanas e 2 dias, gestação gemelar¹.

Segundo, foram classificadas por condições clínicas preexistentes, sendo a cardiopatía o diagnóstico principal:

-JMP, 36 anos, 38 semanas, cardiopatía hipertrófica.

Por doença obstétrica na gravidez atual, as condições são desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido, trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada, pré-eclâmpsia e eclâmpsia e hemorragias da gestação, respectivamente:

-APPR, 28 anos, 36 semanas e 1 dia, perda líquida;

-S, 41 anos, 34 semanas e 2 dias, gemelar;

-BFA, 19 anos, 27 semanas, trabalho de parto prematuro (TPP);

-MSL, 20 anos, TPP;

-GAR, 30 anos, 31 semanas e 2 dias, pré-eclâmpsia;

-V, dum desconhecido, mola hidatiforme em investigação;

-LHS, 35 anos, 12 semanas e 5 dias, gravidez ectópica.

Por fim, foram classificadas pelas intercorrências clínicas por condições de doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação:

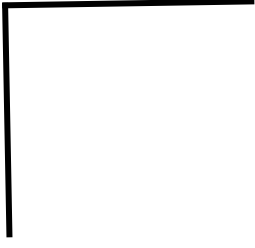
-MADSV, 23 anos, 11 semanas, infecção do trato urinário (ITU);

-PALC, 35 anos, 22 semanas e 4 dias, ITU;

¹ A gestante S. é inserida nas características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis por apresentar idade em anos maior que 35 anos e também é inserida em doença obstétrica na gravidez atual devido a ser uma gestação gemelar, portanto, é considerada de alto risco por essas duas características conforme Manual técnico de gestação de Alto risco, de 2012.

-EOS, 26 anos, 38 semanas e 6 dias, pielonefrite;

-JSZ, 30 anos, 25 semanas e 1 dia, pielonefrite.



*Grávida
Ávida
Pávida
Grá ... vida
À ... Vida
Dá ... Vida
Com desejo ou com medo
Há vida na grávida
Que ora ávida pela
Vida
Ora com medo da
Vida
Não da própria
Vida
Mas da nova
Vida
Que nela gera
(Paloma Pacheco – 1997)*

RESULTADOS



5 RESULTADOS

Os resultados apresentados são referentes à análise de: 12 horas de observações da prática assistencial desenvolvida pela equipe de enfermagem da unidade elencada ao estudo; entrevistas com 12 membros da equipe de enfermagem - seis (6) com enfermeiras obstetras, quatro (4) com técnicos de enfermagem, duas (2) com auxiliares de enfermagem; e das notas de pesquisa.

Todos os participantes eram profissionais de enfermagem atuantes no setor de internação de gestantes de alto risco. A média de idade dos mesmos foi 30,5 anos, variando entre 23 anos (idade mínima) e 39 anos (idade máxima). O tempo de formação dos profissionais em seus respectivos níveis (especialização em enfermagem obstétrica, ensino técnico e auxiliar) foi em média 4,41 anos, sendo a máxima de oito (8) anos e a mínima de um (1). Com relação ao tempo de atuação na maternidade, a média foi de aproximadamente dois (2) anos e dez (10) meses variando entre dois (2) a oito (8) anos de atuação.

Foi possível compreender, a partir dos dados obtidos, que a prática assistencial de enfermagem às gestantes de alto risco hospitalizadas está ancorada em três processos retratados nos seguintes temas: ‘Acolhimento emocional’; ‘Apoio informacional’ e ‘Avaliação e monitoramento do risco gestacional’.

Na prática assistencial notam-se esforços na direção da empatia e acolhimento, sob o entendimento de que os mesmos promovem vínculo. E este é essencial para a humanização do cuidado, na percepção das participantes.

Outra importante frente integrada e integrante da prática é a oferta de informações às gestantes, sustentado pelo entendimento de existir desconhecimento da mulher e da família acerca da situação gestacional de risco.

Ainda, a avaliação e monitoramento da condição clínica da mulher é outro núcleo assistencial assumido pela equipe de enfermagem, que tem, especificamente na enfermeira uma referência e suporte. Cabe destacar que nesta direção, as enfermeiras assumem a transmissão da informação acerca da condição clínica da gestante entre os médicos, como uma de suas funções.

Acolhimento emocional

O cuidado de enfermagem às gestantes de alto risco hospitalizadas tem esforços de promover conforto e acolher necessidades. Para tanto, os participantes referiram fazer uso de uma presença que favorecesse o estabelecimento de um ambiente relacional promotor de bem-estar e de conversas, quando o respeito à mulher é essencial. Neste contexto, uma (1) das enfermeiras entrevistadas transparece sua aposta no protagonismo da mulher, especificamente interessada em valorizar sua vontade.

[...] o cuidado de estar junto, de ter um ambiente calmo, tranquilo, e de ter um atendimento também que seja um atendimento tranquilo e humanizado né (E1)

[bom cuidado] acho que da parte da equipe como um todo, acho que seria tirar as dúvidas, aferir os sinais vitais de acordo com o que é recomendado, trocar a cama, ajudar nas necessidades básicas que, às vezes, ela está sondada [...] às vezes ela está sondada, às vezes está com repouso absoluto no leito, então promover o conforto dela (E1).

Além de tudo, por exemplo sinais vitais, ver a parte por exemplo, de higiene, cama, comida, a parte mais física assim...acho que tudo isso é superimportante e a gente precisa sanar todas essas necessidades [...] (E4).

Na medida do possível fazer tudo do jeito que elas querem, fazer as coisas que elas querem...respeitar a vontade delas (E2).

Então acho importante a gente sempre se colocar disponível para elas durante as 12 horas (E4).

[bom cuidado] é você sempre passar no quarto, sempre vendo se está tudo em ordem com elas, perguntando se elas precisam de alguma coisa... (AE1).

Inerente à ideia de conforto percebe-se, por parte das enfermeiras, orientação para o acolhimento emocional, referindo investimentos no exercício da empatia e na criação de vínculo.

E, nesta direção, fica evidente para a equipe de enfermagem, o desconhecimento/conhecimento insuficiente da mulher acerca de sua situação gestacional. Este aspecto contribui com sobrecarga psíquica, quando identificam sentimentos de *preocupação*, *apreensão* e *medo*. Desta forma, acalmar é uma meta assistencial.

Eu procuro sempre assim que eu consigo, criar um vínculo (E4).

Às vezes elas não entendem o que está acontecendo, então elas vão ficar super [entonação na voz] preocupadas com o feto com certeza. Então, eu procuro sempre, assim, conversar e tirar as dúvidas para tentar acalmar porque eu

sei que elas sempre ficam, assim, como posso dizer, apreensivas sobre isso...e é o que eu falei, eu tento criar um vínculo, pergunto o nome, tento deixar mais calma, e eu sempre falo que se ela tiver alguma dúvida ela pode vir falar com a gente (E4).

Neste contexto de esforço para o acolhimento, a empatia foi destacada pela enfermeira, técnicas e auxiliares de enfermagem. Uma (1) técnica de enfermagem reconhece que ter vivenciado a mesma situação favorece este entendimento. E, outra (1), destacou a questão da escuta sensível no cuidado, justificando ser ela quem direciona as intervenções, inclusive contribuindo para identificação daquelas desnecessárias no momento. Ainda, uma (1) enfermeira assinala entender que o fato dela ser mãe colabora para uma compreensão mais empática.

Ai, primeiro eu procuro valorizar a empatia, né, se pôr no lugar delas porque não é fácil estar aqui internada, né (AE1).

Eu acho que o melhor cuidado é aquele que você se põe no lugar da pessoa, porque você tem que tentar pensar se fosse você, se você gostaria de estar sendo atendida daquele jeito, [...]. Eu penso assim porque como eu já passei por isso, eu sei que faz muita diferença o tratamento assim. Acho que o mais importante é isso, é você ter essa empatia com as pessoas (TE4).

Eu sempre penso...como eu já sou mãe e a gente já sabe como que é, eu sempre penso no medo que as pacientes estão sempre de estarem internadas, que é o medo com ela, o medo com o bebê [...] (E3).

Eu procuro ouvir mais elas, sabe?! Saber o que elas estão sentindo para saber o que eu posso fazer. Porque não basta a gente chegar lá e fazer o que a gente tem que fazer sem ouvir o que elas têm para falar, sabe?! Às vezes, elas tão sem dor e a gente quer dar uma medicação pra dor e elas não tão precisando naquele momento (TE1).

Dão destaque, neste contexto psicoemocional, às mulheres em situação de aborto e óbito fetal. Qualificam o abalo emocional como de grande magnitude. A insegurança acerca do ocorrido gera aflição e descontrole. Uma (1) enfermeira descreveu o uso da religião como recurso para acolher a dor desta perda.

[...] geralmente as que ficam mais abaladas são essas pacientes de aborto (E5).

[...] dependendo da paciente, às vezes fica mais abalada, no caso de um exemplo de aborto, óbito fetal. Aí, às vezes, elas já vêm mesmo com o psicológico abalado. Muitas delas, às vezes ficam muito chorosas, não entendem diagnóstico né [...]A gente procura tentar através da comunicação esclarecer e, às vezes, eu também utilizo a parte, no caso eu, a parte religiosa para tentar sanar um pouquinho essa dor, é o que eu tento fazer para tentar

aliviar, porque em casos de aborto ou óbito fetal você não tem muito o que fazer né [...] (E6).

Percebem nas gestantes preocupação com as pessoas e coisas da casa, em suas famílias, no ambiente extramuros hospitalares. Técnicas e auxiliares foram mais sensíveis a esta questão. Assinalaram que o permanecer desacompanhada ou não receber visitas favorece preocupações e contribui, de alguma forma, para o desequilíbrio emocional e pensamentos negativos com a vida, inclusive concretizados em sensação de abandono. Diante disto, outra necessidade destas mulheres é narrar sobre sua vida e família, aspecto valorado na prática assistencial das participantes deste estudo, em especial de auxiliares e técnicas de enfermagem.

Elas estão sempre pensando no pior, sabe?! Pensam no pior com as outras crianças que estão em casa, outras é com o marido que está lá em casa... outras ficam abaladas porque não tem nenhum parente que vem aqui visitar e se sente sozinha aqui, se sente abandonada (AE1).

Algumas costumam falar tudo assim, até dos filhos que tem em casa, de quem ficou em casa e dos problemas que tem, algumas falam tudo... (TE4).

As conversas (com a equipe e com outros) configuram-se e são reconhecidas pela equipe de enfermagem como um recurso para o acolhimento, com repercussões para a tranquilidade da mulher. Uma enfermeira (1) explicitou que na percepção de grande tristeza, sempre pondera acerca da necessidade da mulher ter companhia para conversar. Para tanto, reflete acerca da flexibilização da rotina institucional em termos da liberação de acompanhante, assim como explicita esforços para alocá-la em quartos coletivos propícios ao estabelecimento de conversas com outras gestantes. Uma (1) técnica de enfermagem relata fazer uso de suas próprias vivências para trocar informações e conversar com essa mulher.

Quando eu sinto necessidade, quando a paciente está muito triste, chorosa, a gente tenta [pausa]...liberar acompanhante, então nessa parte de colocar em um quarto mais isolado quando a gente tem leitos livres.... Então, é uma gestante que está com mais problemas, está mais chorosa, então a gente tenta colocar num quarto mais sozinho. Mas, muitas vezes, a gente enfrenta, às vezes, a gente pensa: 'ah vamos colocar em um quarto mais sozinho' e a paciente não quer. Ela quer ficar com mais gestantes, ela quer ficar conversando que, dessa forma, ela distrai. Então assim, dessa forma, ou tentar liberar acompanhante ou tentar colocar em um quarto melhor (E3).

Eu procuro conversar com elas. Se for alguma situação que eu conheço, que eu já passei também, porque é sempre relacionada à gestação né, e como eu também já tive os meus dois filhos de parto normal, então, às vezes, a gente troca informações assim né (TE4).

Outra (1) técnica de enfermagem destaca a importância de considerar a gestante como uma pessoa, com sua história e contexto de vida, com questões que vão para além da gestação. Assinala que tal atitude está circunscrita a uma prática humanizada.

[Humanização é] Não ver ela somente como a gestante que veio para ter o bebê e pronto acabou, saber que ela tem uma história, que ela tem família, que ela deixou filhos e aqui no SUS a gente vê que muitas não têm condições, todas têm histórias assim que, às vezes, a gente nem imagina né (TE3).

Entendem a família enquanto contexto da mulher e assim, como ela, experencia o risco gestacional e suas repercussões, quando surgem preocupações, medo e dúvidas. Cada família tem sua organização e particularidade, mas enquanto sujeito do cuidado da enfermagem, sinalizam a importância do movimento de *envolver*, *dialogar* e *aproximar-se* da mesma para conhecer suas necessidades. Ter paciência, prover um ambiente favorável e acolhedor é apontado como direcionador do seu cuidado.

Mas, na maioria dos casos, um relacionamento bom, eles respeitam a gente também, só não ajudam muito a paciente né [risos], ficam lá vendo de longe só (E2).

a família também, quando a família está junto e quer informação, eu tento esclarecer né, porque, às vezes, a gente fala para ela [referindo-se à gestante] mas ela não sabe falar para os familiares [...] (E5).

[...] tem que envolver a família, trazer a família na hora da visita e conversar com essa família, explicar para essa família, e chamar o médico para essa família e, muitas vezes, vem o irmão, tio e depois vem a outra parte da família e você tem que ter a paciência [entonação na voz] de estar explicando todas as vezes que a família precisa e você tem que entender [...] (E3).

As enfermeiras do período noturno sinalizam ter poucas oportunidades de interação com a família, uma vez que neste turno fica alocado apenas o término do horário de visita às mulheres. Porém, afirmam que quando buscadas pela família, são disponíveis e tentam ofertar as informações requisitadas.

[...] como eu sou da noite, então, assim, os horários de visita são do meio dia às oito da noite. Às vezes, eu vou passar visita já é mais de oito horas, então eu não tenho mais esse contato com a família. [...] Agora dos casos clínicos, a gente normalmente não consegue (atender a família) porque, às vezes, já passou o horário de visita e [alguém entrou na sala]...aí a gente não consegue,

tipo atender elas, aí quando alguma família tem dúvidas, às vezes, elas procuram a gente no balcão querendo falar com a enfermeira chefe. Aí elas procuram e perguntam o que está acontecendo e aí é onde eu consigo falar, mas assim de contato mesmo, de esclarecer pra todo mundo é difícil por conta do horário (E6).

Apesar de referirem orientação para o acolhimento familiar, o contato com a família foi nulo durante as observações desenvolvidas para este estudo. As regras hospitalares em termos da presença da família no setor são visitas diárias das 12h às 20h, com duração de uma hora para cada visitante e sem direito à acompanhante para a mulher maior de dezoito (18) anos. Há orientação para que os familiares se retirem diante da entrada da equipe no quarto.

Às 09:05h, a enfermeira junto à médica obstetra entrou nos quartos das gestantes. Observo que, ao entrarem, os acompanhantes/visitas saem dos quartos e em alguns momentos verbalizam *é muito apertado*. Durante as demais observações, nota-se a falta de espaço, ausência de cadeiras para acomodar as famílias, sendo necessário até mesmo um movimento do acompanhante dividir a mesma cadeira com a gestante (Nota de campo – observação).

O habitual nas observações foi testemunhar conversas curtas, isentas de escuta qualificada e envolvimento afetivo. O excerto abaixo ilustra a interação que envolve a morte de uma criança enquanto desfecho gestacional de uma mulher com diagnóstico de pré-eclâmpsia:

Após dar início à visita de enfermagem, a enfermeira direcionou-se ao quarto da gestante. No dia anterior, durante a observação do período noturno, acompanhei as ações de enfermagem para com a mesma. A gestante verbalizou a mim, com voz chorosa, sua história prévia ao período da internação, referindo estar ali pois, ao realizar sua ultrassonografia de rotina, o médico a orientou buscar uma operação cesariana em caráter de urgência, pois seu bebê estava em risco de vida. Após recontar sua história para a enfermeira em questão, esta lhe perguntou em tom quase inaudível quem havia sido o médico que concedeu essa orientação, com a resposta da gestante a enfermeira lhe disse: *você sabe que as coisas não funcionam bem assim* [referindo-se ao desfecho de morte do bebê], *fique calma porque senão sua pressão vai lá nas alturas*, com tom normal, não ameaçativo. A gestante começou a chorar e então a enfermeira passou a mão em seu braço para acalmá-la. Após, seguiu-se para outro quarto. Não retornou, durante o restante de minha observação à gestante (Nota de campo – observação).

As participantes explicitam limites para efetivar uma relação de proximidade junto às gestantes de alto risco internadas. São elas: (1) a questão de que pela divisão efetivada na

instituição, as enfermeiras são responsáveis pelas gestantes de alto risco internadas (uma unidade hospitalar) e pelas gestantes em trabalho de parto de risco habitual (outra unidade hospitalar, inclusive com o centro obstétrico, leitos de trabalho de parto normal e berçário); (2) o próprio dimensionamento quantitativo de enfermeiras em relação ao número de gestantes e a certa imprevisibilidade das demandas do setor. Estes dois aspectos, no entendimento das enfermeiras, afeta a disponibilidade e tem desdobramentos à assistência prestada. Sinalizam ainda, que quando a demanda é extensa, priorizam o trabalho de parto e fazem inserções pontuais e emergenciais junto às gestantes internadas, com limites para acolhê-las emocionalmente.

[...] porque a demanda tem dia que é muito grande, de querer tirar dúvida, de a família querer conversar e paciente que está no trabalho de parto. Ela descompensa e até você fazer ela voltar e se acalmar [risos]...é então assim, é difícil porque aí você cuida de uma, a outra fica meio largada.. É ruim! Acabo priorizando os trabalhos de parto (E5).

[...] assim, eu falo não que a gente não fique, fica! Mas assim é muito vago, às vezes, entra no quarto poucas vezes, às vezes só vai atender o paciente na hora que ela chama porque não dá tempo de chegar e ir no quarto só pra perguntar se está tudo bem, né ou fazer uma avaliação mais específica. Não é sempre que a gente consegue, dependendo do fluxo, eu acho que é isso. A gente fica junto daquela que está parindo [...] (E6).

[...] assim, que nem a noite, agora eu tenho uma terceira enfermeira que fica das dezenove às uma da manhã. Então ela acaba ficando com pronto socorro, centro cirúrgico e berçário, então sobra mais tempo pra eu ficar nos trabalhos de parto e nas gestantes clínicas. Então quando ela não está aqui, eu fico com tudo, pronto socorro, berçário, gestante e os trabalhos de parto, então, assim, tem dia que é difícil, é impossível (E5).

A noite, estamos em duas enfermeiras... puerpério são trinta leitos né, nem sempre está cheio, mas que nem agora esses últimos dias estava lotado e não tinha nem leito, então fica uma enfermeira responsável por alojamento, CO e berçário comum e eu com gestantes, porta e berçário prematuro...nisso a gente não consegue dar uma assistência adequada, porque a hora que você poderia estar ali atendendo, você vai lá e sai correndo pra acudir outro setor, aí o berçário tá precisando e depois a porta não para. Então, assim, eu acho que dependendo do fluxo é onde dificulta você dar a assistência adequada mesmo [...] acho que se tivesse mais enfermeiro capacitado pra poder dividir essa demanda, pra gente poder conseguir dividir, eu acho que aí você consegue dar uma assistência mais adequada, porque aí você consegue ficar mais presente no cuidado, consegue ficar ali mais vezes... (E6).

Apoio informacional

A ação de orientar ocupa a centralidade da prática assistencial do enfermeiro e sua equipe, pois identificam ser a gestante de risco e sua família pessoas que portam muitas dúvidas, com necessidade de informações. As lacunas informacionais estão na direção do estado clínico da gestante, das condutas terapêuticas a serem adotadas, sobretudo em termos da necessidade ou não de parto e sua indução. Carece, ainda, conhecer as rotinas institucionais, particularmente em relação ao acompanhante, pelo fato de ser um desejo comum da mulher que gesta na condição de alto risco gestacional. Desta forma, há a constante utilização do verbo ‘orientar’ e seus correlatos nas falas das profissionais de enfermagem.

O apoio informacional, na percepção das participantes, está limitado pela falta de tempo diante à totalidade das tarefas institucionalmente prospectadas a elas, assim como as regras institucionais em si. Contudo, afirmam esforços em buscar supri-lo, fato que as sobrecarrega.

A gestante de alto risco sempre vem com muitas dúvidas do estado clínico dela, os familiares também, então acho que primeiro a orientação do quadro dela, que às vezes é uma dificuldade que a gente tem, como é muito corrido [referindo-se ao o plantão] (E1).

[...] a gestante já consome, às vezes, um tempo a mais da gente, que é... aí, às vezes, as pacientes não são bem informadas e esclarecidas. Às vezes, eles acham que o trabalho de parto prematuro seria uma indicação de cesárea, então assim eles [referindo-se aos familiares e acompanhantes] não entendem o cuidado com a gestante [...] (E1).

Quando é internação clínica elas [gestantes] não têm direito a acompanhante, então elas acabam ficando sozinhas e eu tenho que explicar o porquê disso, porque, muitas vezes, elas perguntam se precisam ficar sozinhas. Nosso espaço aqui não colabora para que todas as gestantes internadas possam ficar com alguém (E4).

Nesse contexto, quando a equipe de enfermagem não consegue ser resolutiva, deposita no enfermeiro a função de ofertar informação à gestante e família e, por vezes à própria equipe de enfermagem.

Eu tento responder, e o que eu não sei eu pergunto para a enfermeira, vejo se ela pode ir lá esclarecer alguma dúvida (TE4).

O que não tiver no nosso alcance [em termos de informações] passar para enfermeira. Ela tem esta função (AE1).

As enfermeiras, de fato, entendem a si enquanto aquele profissional que porta a obrigatoriedade de informar e articular tal ato como um elemento essencial à humanização no cuidado. Por sua vez, ao comentarem sobre o cenário de desinformação da gestante, apontam a percepção de terem elas medo de perguntar, sendo este um relevante aspecto.

Acolher essa paciente, né, porque, muitas vezes, por ela não entender o que essa doença afeta...e ela também, às vezes, tem medo de perguntar ou tem medo, não sei se chega a ser medo assim, ou realmente ignora e não pergunta, aí elas ficam meio [risos] sem saber o que está acontecendo. Várias vezes a gente pega gestante que tem risco assim, que elas não sabem porque que estão aqui [risos], elas não sabem porque elas internaram (E5).

[...] então eu acho que o maior cuidado que eu tenho hoje é isso...tentar explicar para elas o que está acontecendo (E3).

[Esclarecer as dúvidas e o quadro clínico] através disso para tentar humanizar mais o cuidado (E6).

Como se percebe nos excertos de fala acima, o alcance de entendimento por parte da gestante e família acerca da situação de risco gestacional vivida pela mulher não é acolhido nas interações com os profissionais dos distintos níveis de atenção à saúde que antecedem a chegada da mulher e sua família ao hospital. A partir deste entendimento uma ação cotidiana é perguntar sobre a existência de dúvidas e, diante delas, ofertar a informação necessária. Ressaltam significarem ser esta uma função do médico, que não a assume ou a faz de forma insuficiente.

Quando hospitalizadas, as mulheres e famílias têm a equipe de enfermagem como aquela que poderá acolher a necessidade informacional. Diante do fato de ser isto habitual, há aquelas que ponderam os benefícios de uma rotina institucional de “orientar e preparar” familiares para serem acompanhantes.

Eu acho que falta a informação para as famílias, para quando elas chegam para internação (E1).

Conversar com a família também. Muitas vezes, eles querem e elas têm dúvida também. O médico não está por aí, a gente [enfermeiros] tem que ficar dando um jeito. Ela [família] busca a gente [equipe de enfermagem]. ... [a família] não tem aquele preparo, né, tinha que ter. A gente fala, às vezes, um cursinho para preparar o acompanhante para ficar junto (E2).

[...] então, eu sempre passo e pergunto pra ela – você tem alguma dúvida? O doutor explicou certinho o seu caso? – Senão eu tento explicar da maneira que a gente consegue, mais ou menos o que tá acontecendo, né... (E3).

O orientar tem grande importância na prática assistencial da equipe de forma que abarca similaridade à prática do cuidar. Este aspecto determina que assuma, com empenho e prioridade, a orientação. Como desdobramento, disponibilizam-se com esforços para o reconhecer tal necessidade, quando valorizam queixas e dúvidas.

Que nós estamos aqui para isso [referindo-se ao cuidar], então qualquer dúvida que ela tiver, o mínimo que seja, que ela pode chamar a gente, que a gente vai tentar tirar essa dúvida e manter ela mais ciente do que está acontecendo (E4).

Nunca deixar com dúvida, se ela perguntar alguma coisa e a gente não sabe, procurar pelo menos ter alguma noção para falar alguma coisa, não precisa usar nenhum termo técnico, mas alguma coisa que elas entendam pra não deixar na dúvida porque, eu acho que é pior ficar sem saber o que tá acontecendo. Então, eu procuro, acho que a melhor coisa é você procurar sempre responder... (TE4).

Nesse sentido, as enfermeiras do estudo fazem movimentos de (1) se identificarem enquanto enfermeiras; (2) orientarem, justificarem e explicarem todos os procedimentos realizados tendo em vista um teor de informações em âmbito de exames, compreensão do diagnóstico médico e medicações e (3) atentarem para uma interação que reconheça a pessoa da mulher, que não a reduza a um objeto.

[...] Eu procuro sempre através da minha passagem de plantão esclarecer para elas (mulheres) o que tem de exame pendente, o que está aguardando, o que tem de alterado e porquê de estar fazendo aquela medicação (E6).

Cuidado geral...eu acho que assim é muito importante a gente se identificar sempre para a paciente, muito importante a gente explicar todos os procedimentos que vão ser realizados. Eu vejo muito comumente o cardiotoco, por exemplo, que a gente instala milhões por dia e a gente vai instalando e instalando naquela rotina e, às vezes, a paciente não sabe para que! Não sabe o que aquelas pazinhas fazem...então acho assim a gente chegar – olha essa pazinha vai ficar ouvindo o bebê, essa pazinha vai ficar vendo a dinâmica uterina, movimentação – e isso já tira a ansiedade delas. Então elas já sabem para que é, e depois que você tira o exame, a gente tem a capacidade de avaliar o exame, então falar para a paciente – está tudo bem, seu bebê está bem – isso já tranquiliza a paciente [...]. (E3).

Como forma de aproximação e promoção de um contexto interacional propício a uma abordagem centrada na pessoa, há enfermeiras que revelaram o exercício da empatia, com

adoção de uma atitude de disponibilidade à conversa, com valorização de sinais não verbais de incompreensão. Buscam acolher dúvidas, e, sobretudo, evitar termos e jargões técnicos.

Eu sempre procuro orientar, mesmo que eu ache que é uma coisa muito básica, [...] de uma forma bem clara, porque, às vezes, pra mim parece muito óbvio, mas pras elas não. Então seja quando ela está no parto, na cesárea ou na internação clínica mesmo, eu sempre tento usar palavras e deixar os termos técnicos de lado. Então talvez se alguém me olhar [...] enquanto eu estou prestando o cuidado, vai ver que eu não uso os termos técnicos. Algumas delas quando você usa os termos técnicos e ela não entende, ela pergunta, mas tem outras que não, que vão ficar com vergonha e não vão entender nada. Já teve algumas vezes do médico passar visita, por exemplo, e falar uma coisa e ela concordar e tal, mas depois ela chama – mas o médico passou aqui, falou uma coisa, mas eu não entendi – [...]. Apesar de ser importante a gente usar os termos técnicos, com elas eu acabo não usando, ainda mais se eu perceber que a pessoa é mais simples e ela tem dificuldade de entender alguns termos ou quando falo e percebo a carinha dela de que não entendeu muito bem.... é, então tento sempre me aproximar mais desse vocabulário delas (E4).

A partir das situações apresentadas, na observação do cotidiano assistencial na unidade de internação da gestante de alto risco, foi possível notar um forte movimento de informar as mulheres sobre os procedimentos e medicações a serem realizados. Utilizam-se de uma conversa mais informal enquanto estratégia, embora as informações sejam de cunho estritamente biológico e específico da obstetrícia.

Ressalta-se, ainda, grande preocupação e prioridade com questões específicas da gestação de risco manifestas na interação assistencial por parte de toda equipe de enfermagem. As enfermeiras pragmatizam o cuidado, mostrando-se pouco sensíveis aos outros aspectos que não estejam ligados à patologia em questão, inclusive verbalizando a pouca importância para a queixa em um âmbito que extrapole às questões obstétricas.

Às 20 horas, a enfermeira iniciou sua visita de enfermagem. Abordou todas as gestantes internadas perguntando-lhes seus nomes e realizou exame de ausculta de BCF e sangramento vaginal nas pacientes que haviam indicação para tal. O movimento foi de orientação quanto ao procedimento e à patologia vivenciada pelas gestantes. Embora as orientações sejam limitadas ao aspecto biológico, nota-se que as mulheres se sentem contempladas, pois buscam esclarecer as patologias através de suas queixas a níveis fisiológicos (Nota de campo – observação).

Durante a visita, uma das gestantes internadas referiu mal-estar e que não havia recebido a visita médica ainda. A enfermeira respondeu que o médico logo viria. A gestante então continuou – *eu sou fumante moça, não tem um remédio para colocar em mim pra passar a vontade de fumar?* A enfermeira respondeu de forma direta não, quase sem buscar contato visual. Segundos após, a gestante referiu *dor no peito*, a enfermeira a questionou se estava

sentindo-se angustiada ou com medo podendo ser a explicação para a dor. A gestante assentiu de forma positiva. A enfermeira, então, verbalizou que primeiro iria cuidar da questão do sangramento vaginal, que segundo a mesma *era mais importante* naquele momento. A conversa se deu em tom calmo, sem alterações de voz, nem emoção qualquer (Nota de campo – observação).

Avaliação e monitoramento do risco gestacional

Em conjunto com o apoio emocional e informacional, a equipe de enfermagem valoriza ações na direção de avaliar e monitorar sinais e sintomas articulados ao risco gestacional. Esta ação permeia e direciona as práticas de cuidado desde a admissão da mulher na unidade hospitalar e tem na enfermeira centralidade. Nota-se que a enfermeira, desde o processo de admitir a mulher na unidade, dá prioridade à avaliação física e às condições fetais, com amplo, rotineiro e quase que exclusivo uso da ausculta do BCF. Este procedimento é prática diária da mesma, assim como avaliação de sangramentos. Soma-se a tais ações outras de natureza técnico instrumental, direcionadas pelo diagnóstico médico que determinou a internação.

Às vezes, ela chega transferida de algum outro hospital e aí quando ela chega a função da enfermeira é fazer uma avaliação, auscultar o BCF, ver a maneira como ela chegou. Aí o médico também já faz uma avaliação e aí baseado no diagnóstico médico e na orientação, a enfermeira esclarece as dúvidas, porque, às vezes, alguns médicos podem ser que não esclareçam [risos]. Então, a enfermeira esclarece as dúvidas, já monitora paciente e já faz os cuidados... é...segundo a prescrição e dependendo do diagnóstico (E1)

A gestação, no entendimento da equipe de enfermagem, abarca por si só um *status* de preocupação, independentemente da adjetivação do risco. Contudo, ao contraporem a prática assistencial junto a gestantes de alto risco e de risco habitual, afirmam que as primeiras exigem um monitoramento mais próximo e intenso de parâmetros fisiológicos. Nesta direção, destacam as situações de hipertensão, com exigência de presença física contínua da enfermeira para monitorar a gestante até a estabilização do quadro.

Ao ponderar a demanda acima e outras para as quais está institucionalmente designada, a enfermeira prioriza sua presença nas situações de estabilização das gestantes de alto risco e no trabalho de parto de risco habitual. Concebem que, nestas situações, o enfermeiro é o profissional essencial, determinando a decisão que leva em consideração quem a requer mais. Tem dificuldades para esta tomada de decisão pois, na distribuição institucional, estão postos

dois espaços físicos distintos de sua responsabilidade: a unidade de gestantes de alto risco e a unidade de trabalho de parto.

Eu acho que ser gestante já tem uma preocupação a mais de todo mundo [familiares, profissionais, gestantes] (E1).

Porque quando elas estão gestantes, elas já ficam muito mais fragilizadas e sendo de alto risco fica muito pior porque elas não sabem o que vai acontecer né... (TE3).

O cuidado tem que ser da mesma forma, humanizado, para gestante de alto risco como para de baixo risco. Acredito que não muda o cuidado...acho que só muda o olhar, tem que ser feito sinais vitais de hora, às vezes, tem paciente que é a cada 30 minutos [aferição dos sinais vitais], monitorização e estar mais próximo da paciente...porque a de risco habitual, o que a gente tem hoje seria, por exemplo, uma situação de ITU, coisas mais básicas como um trabalho de parto prematuro, porque o alto risco é mais diabética, hipertensa, então acredito que tem que ir mais vezes no quarto, ver os sinais, avaliar os parâmetros, o que seria a diferença (E1).

[...] por exemplo, a pré-eclâmpsia é muito comum de acontecer e quando a gente interna pré-eclâmpsia são cuidados muito intensivos. Então a enfermeira tem que priorizar esse cuidado e tem que ficar praticamente na beira do leito, ela vai ter que sondar essa paciente, tem que fazer sulfato de magnésio que tem que ser em bolus e tem que ter monitorização... então é uma paciente de alto risco que gera um tempo que a gente tem que ficar do lado nas primeiras horas, na primeira uma hora é praticamente intensa que a enfermeira fica junto e depois a gente, dependendo do quadro, já consegue espaçar a ausculta do BCF, o exame físico e essas coisas (E1).

[...] mas assim geralmente eu dou prioridade pra trabalho de parto, que é onde eu consigo ficar mais presente e no caso de críticos que são as patologias de base que é hipertensão, às vezes, a paciente tá sulfatando, um trabalho de parto prematuro, um aborto... agora os outros tratamentos clínicos que é pielonefrite, aí a gente já não, não que não dá tanta importância, dá, mas assim é uma coisa que, às vezes, a paciente fica mais tempo sem ver a gente, no caso eu enfermeira, os técnicos tem que entrar por conta dos sinais e tudo, mas, às vezes, eu enfermeira não consigo entrar mais de duas vezes no quarto (E6).

Nas interações com as mulheres, a equipe de enfermagem aprecia seu comportamento, sobretudo em termos de seguimento terapêutico. Ao identificarem riscos ou falhas na adesão a ele, dão ênfase ao risco à vida da criança, quando responsabilizam a mulher por desfechos desfavoráveis. Tal aspecto esteve potencializado nas interações com as gestantes diagnosticada com síndromes hipertensivas.

No conjunto, além do reforço e orientação de que a mulher deve aderir à terapêutica, o comportamento da equipe foi de valorar os sinais e sintomas que traduzem a evolução da

gestação e dos riscos a ela postos, com destaque aos sinais vitais, sangramento, adesão à dieta e oferta das medicações prescritas.

Eu procuro sempre estar atenta na pressão que varia, né. Toda hora está variando, só que tem gestante que é meio teimosa né, já interna com pressão alta e mesmo assim com a pressão alta elas insistem em querer o sal, em querer colocar o sal em cima da comida, aí eu oriento para elas que...para elas preservarem o bebê e para elas não pensarem só nelas porque o que está em risco é a vida do bebê, né (AE1).

[...] tem que estar sempre aferindo as pressões, vendo a glicemia também, algumas exigem mais atenção, outras já não, apesar de, às vezes, ser hipertensas, mas é uma pressão mais controlada né, porque a maioria delas são hipertensas e diabéticas (TE4).

controlar o sangramento né, a pressão, a pressão muito alta a gente tem que estar sempre controlando, fazendo a medicação prescrita, isso daí...(TE2).

aqui a gente pede para elas continuarem a medicação, a dieta... principalmente a hipertensa (AE2).

Ancorado ao exposto acima, identificou-se que as enfermeiras se portam como aquelas que comunicam a informação da evolução da situação de risco gestacional entre os membros da equipe de saúde, em especial dos médicos entre si. Ela se comporta como elo de informação aos médicos. Nota-se seu esforço em relações livres de conflitos com eles, bem como a presença nas visitas médicas às gestantes. Justificaram tal ação na direção de inteirarem-se sobre as fisiopatologias e as condutas terapêuticas, além de existir, implicitamente, a prospecção de que sejam responsáveis pela transmissão dessas questões aos médicos plantonistas. Foi observado nas visitas médicas ser a atitude da enfermeira escutar e anotar as condutas médicas, exceto em uma enfermeira que fez perguntas e tentou discutir a situação das gestantes.

Às 09:05h, uma médica junto aos 6 alunos de medicina, enfermeira e estagiária de enfermagem entraram no quarto 3007. Questiono a enfermeira se posso acompanhar, a mesma refere que se trata da visita médica. Portanto, minha opção foi me ausentar por não caracterizar como cuidado de enfermagem. Ao fim do dia da observação, fui questionar a enfermeira acerca do seu papel no acompanhamento da visita médica. A mesma referiu a mim que se tratava de um momento em que ela “*não abre a boca*”, pois consiste na anotação das condutas médicas em relação aos exames laboratoriais, exames de imagem e outras informações pertinentes ao quadro clínico da gestante (Nota de campo – observação).

Ainda no esclarecimento desse acompanhamento, as enfermeiras relatam:

a intenção de acompanhar a visita médica é...às vezes, a gente vai porque é para se inteirar do caso, né. Quando é com o plantonista do final de semana, que não tem aluno, a gente vai passando o caso para os médicos de cada paciente e anota o que eles vão pedindo, e quando a gente vai com os alunos e com os professores também, é para gente ficar inteirada do que eles vão pedir e do que eles vão fazer (E2).

Bom, as visitas médicas são realizadas diariamente e dependendo do plantão, a enfermeira acompanha sempre a visita, porque através da visita é que ele [referindo-se ao médico] vai referir o que ele quer que faça. Um exemplo, coleta de exames, solicitar cardiocardiografia, enfim... outros cuidados. E aí a gente passa visita juntos, para poder passar inclusive o plantão para o médico né, que, muitas vezes, eles não pegam com o plantonista que está na maternidade, eles pegam geralmente com enfermeira e aí a gente vai junto para poder acompanhar, ver qual é a conduta dele e o que ele vai orientar para a paciente (E6).

Esse momento era legal porque tínhamos a chance de entender os casos, questionar condutas, esclarecer dúvidas e a paciente tinha a chance de questionar e tirar dúvidas também junto à equipe (E4).

A noite não adormece nos olhos das mulheres

*A noite não adormece
nos olhos das mulheres
a lua fêmea, semelhante nossa,
em vigília atenta vigia
a nossa memória.*

*A noite não adormece
nos olhos das mulheres
há mais olhos que sono
onde lágrimas suspensas
virgulam o lapso
de nossas molhadas lembranças.*

*A noite não adormece
nos olhos das mulheres
vaginas abertas
retêm e expulsam a vida
donde Ainás, Nzingas, Ngambeles
e outras meninas luas
afastam delas e de nós
os nossos cálices de lágrimas.*

*A noite não adormecerá
jamais nos olhos das fêmeas
pois do nosso sangue-mulher
de nosso líquido lembradiço
em cada gota que jorra
um fio invisível e tônico
pacientemente cose a rede
de nossa milenar resistência.*

(Conceição Evaristo – Em memória de Beatriz Nascimento)

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Os resultados apresentados possibilitam compreender que, na percepção da equipe de enfermagem, seu cuidado às gestantes de alto risco hospitalizadas é desenvolvido com vistas ao acolhimento, responsabilização pela informação e disponibilidade para/com a gestante. Significam suas ações como pautadas no vínculo e na empatia.

Na dinâmica da equipe de enfermagem, a enfermeira assume o papel de gestora do cuidado, por ser compreendido como aquela que detém conhecimento relativos à gestação de risco, o que afere a ela competência para avaliar e decidir na particularidade das situações. A enfermeira, por sua vez, além desta leitura de papel social, assume também a de articuladora da informação no espaço institucional, quando se destaca assumir a responsabilidade de ser elo da informação para os médicos entre si. Esta última assunção, de certa forma, é um desvio de função.

No Brasil, a lei que dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem (Lei 7.498/86) foi regulamentada pelo Decreto 94.406/87 que pondera as competências do enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetrizas, técnicos e auxiliares de enfermagem. Privativamente, dentre as oito competências incumbidas ao profissional enfermeiro, destacam-se a realização de consultas de enfermagem; prescrição da assistência e a atividade de cuidar de usuários de maior complexidade técnica e com grave risco de vida.

Em seu artigo 9º, a atuação do profissional enfermeiro obstetra é incumbida pelas competências de prestar assistência à parturiente e ao parto normal; realização de episiotomia e episiorrafia, quando necessária, e assistência à mulher no parto identificado com distócia até a chegada do médico.

Do ponto de vista do risco gestacional, a lei não estabelece as competências do enfermeiro obstetra com relação à população deste estudo, com possível interpretação de que não há limites de atuação com as gestantes de alto risco, com conseqüente aptidão de prestar assistência ao parto normal em condições de risco, visto que possuem habilidades para tal. Contudo, na identificação de complicações, traz a ação de solicitar assistência médica.

Ainda, em relação à assistência obstétrica, evidencia-se a Portaria GM/MS, nº 11/2015 a qual redefiniu as diretrizes para o Centro de Parto Normal (CPN) no âmbito do SUS que destina o cuidado da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal à assistência exclusiva de enfermeiras obstetras, inclusive no acompanhamento do trabalho de parto.

As mudanças históricas e estruturais relacionadas ao parto acabaram por transformar este em um evento médico, como exposto na introdução deste estudo. A ideia de evento

fisiológico, assistido por mulheres, pessoal e domiciliar passou a ser considerado como um processo de adoecimento e como tal, fez-se necessário a intervenção e a medicalização do corpo feminino (BRASIL, 2001; EHRENREICH; ENGLISH, 1973), cenário este de conforto à classe médica, uma vez que o compromisso profissional reforçado pela formação escolar era tratar a doença, intervir, resolver situações complicadas do ponto de vista clínico e ditar as ordens (MACHADO, 1995).

A partir de então, o parto tornou-se um ato cirúrgico, a mulher passou a ser denominada “paciente” e perdeu sua função de protagonista para dar lugar a equipe médica, transferindo o nascimento, até então domiciliar, para o ambiente hospitalar, institucionalizando-o (MACHADO, 1995).

Illich (1975) apud Brasil (2001, p. 15):

Desde que as mulheres do século XIX quiseram se afirmar, formou-se um grupo de ginecologistas: a própria feminilidade transformou-se em sintoma de uma necessidade médica tratada por universitários evidentemente de sexo masculino. Estar grávida, parir, aleitar são outras tantas condições medicalizáveis, como são a menopausa ou a presença de um útero que o especialista decide que é demais.

Assim, identifica-se um cenário hospitalar favorável ao poder médico. A institucionalização do parto, o corpo da mulher enquanto patológico e o controle da assistência aferiram significativa condição para o exercício do poder da classe, com consequente desigualdade de gênero, uma vez que com essas instalações, as mulheres tornaram-se passivas diante de médicos coordenando e ditando regras do gestar e parir.

Nessa conjuntura de assistência hospitalar, o cuidado da equipe, foco deste estudo, esteve caracterizado pelo esforço de suprir necessidades técnico instrumental, o qual foi tecido sob um atitudinal que referiu intenções de estabelecimento de diálogo, acolhimento e escuta. Derivado deste atitudinal, significam como premente a necessidade de informações no contexto de atenção à gestante de alto risco e sua família. Reflexo disto, a ação cuidativa de informar tem centralidade. A carência de informação a respeito do risco está destacada na literatura (OLIVEIRA; MANDU, 2015; SILVA; SILVEIRA; GOMES-SPONHOLZ, 2016; TUNÇALP et al, 2012; PIVETA; BERNADY; SODRÉ, 2016; RICHTER; PARKES; CHAW-KANT, 2007) e foi 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, ou o são, em caráter exclusivamente fisiológico, o que não atende as suas necessidades de saúde (OLIVEIRA; MANDU, 2015).

Em um dos estudos supracitados, os autores problematizam a abordagem de cuidado exclusivamente pautada no conceito do risco obstétrico. Afirmam ainda, ao que concerne o ato de informar, que as gestantes recebem orientações quanto aos diagnósticos patológicos. No entanto, há poucas informações sobre o desenvolvimento da gestação, suas causas, consequências e especificidades. Em consequência, as mesmas ficam mais expostas e vulneráveis aos problemas de ordem emocional e física devido à falta de autoconhecimento sobre seu corpo (OLIVEIRA; MANDU, 2015).

Uma recente revisão integrativa sobre o cuidado da enfermagem às gestantes de risco (AMORIM et al, 2017) confirmou o que vem sendo pautado até aqui. Em sua maioria, estudos nacionais e internacionais delimitam os processos de cuidar em enfermagem aos aspectos fisiológicos, centrando-se na discussão da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), principalmente a partir do risco gestacional, embora reconheçam os significados de *medo, culpa, ansiedade e incertezas* atribuído à condição de risco. Estes sentimentos também foram reconhecidos pela equipe de enfermagem deste estudo e foi aspecto que conduziu a mesma ao comportamento de cuidado caracterizado no início da discussão.

Isso nos leva a refletir que não considerar a gestante em sua subjetividade e olhar o risco enquanto recorte em primazia, impossibilita o alcance do sucesso prático (AYRES, 2009) nas ações cuidativas desenvolvidas. Por sucesso prático, Ayres (2009) entende como a compreensão dos sentidos e significados frente aos valores assumidos diante da experiência vivida. Articulando com a população deste estudo, o sucesso prático é o alcance da dimensão do significado da identidade de ser população de alto risco, complexidade esta que é aquém do diagnóstico patológico.

Além das transformações fisiológicas e de uma maior probabilidade para evolução desfavorável (BRASIL, 2012), a gravidez de risco ainda acompanha várias mudanças na dinâmica familiar. Além de que esta vida em família ocorre circunscrita a um contexto sócio-histórico-cultural que não pode ser desconsiderado, colocado em suspensão.

Por exemplo, em estudos que exploraram tais questões no contexto da gravidez de risco, sabe-se que mulheres com condições socioeconômicas desfavoráveis encontram maiores limitações e dificuldades no cuidado de si, justificadas pela falta de espaços de lazer e a sobrecarga no trabalho de mãe e doméstica, uma vez que se dedicam ao cuidado de outros filhos e do lar (OLIVEIRA; MADEIRA, 2011). Além disso, a falta de conhecimento sobre o pré-natal e os sinais e sintomas de riscos gestacionais mostraram-se significativamente desigual e pobre em termos de conhecimento para as mulheres com condições socioeconômicas precária

(MENDOZA-SASSI et al, 2007). Tais questões não foram postas em apreciação pela equipe estudada na descrição de seu cuidado a estas mulheres.

Olhares restritos nas práticas de saúde podem gerar experiências junto aos serviços significadas como incompletas, insuficientes e por vezes promotoras de sentimentos negativos. Em um estudo sobre a percepção da gestação de risco por mulheres hipertensas hospitalizadas, a internação é um fator estressante adicional, primeiro pela falta da família nesse processo e, segundo, pela conscientização ou valorização da sua patologia enquanto agravo de saúde. Algumas mulheres expressaram seus sentimentos em relação à hospitalização por meio de adjetivos como *terrível* e *péssimo* (PIVETA; BERNADY; SODRÉ, 2016).

Em outro estudo que objetivou compreender o significado de viver uma morbidade materna na gestação, corrobora-se a ideia da hospitalização como sofrimento. Para as mulheres há conseqüente privação das suas atividades diárias, bem como comprometimento de sua autonomia. Durante a hospitalização, preocupam-se com os filhos e outros familiares que permaneceram em seu domicílio (SILVA; SILVEIRA; GOMES-SPONHOLZ, 2016). Nesse sentido, o cuidado no modelo integral de saúde também requer cuidar desse aspecto da vida da mulher. A que tipo de apoio as gestantes podem recorrer? Familiares? Vizinhos? Enfermagem?

Neste estudo, os profissionais de enfermagem reconhecem a hospitalização enquanto um ambiente que gera preocupações, sobretudo aos acontecimentos extramuros. Narram uma sensação de abandono por parte das mulheres, com destaque àquelas que permanecem sozinhas durante a internação. Dessa forma, suas intervenções permaneceram no âmbito de flexibilizar regras institucionais para viabilizar visitas e/ou realizar rearranjos nas enfermarias para promover o contato destas gestantes com mulheres que conversam mais. O exercício da empatia foi por elas destacados como promotor deste comportamento, favorecido, segundo o verbalizado, por buscar disponibilizar-se a escuta e o diálogo, fato não amplamente testemunhado nas observações.

Fundamentar o cuidado focado nas necessidades de saúde e outras é ação difundida dentro da prática assistencial dos profissionais e podem conduzir os mesmos na busca da qualidade da relação terapêutica, com objetivo de prover o melhor cuidado frente às demandas de saúde e vida. No entanto, o grande desafio consiste em fundar o cuidado para além do objetivo instrumental que a prática assistencial lhe impõe, o que requer esforço dos profissionais na incorporação da busca pela subjetividade, na busca do olhar para além da necessidade imediata da mulher, que incorpore sua integralidade e que qualifique suas ações de forma mais humanizada (PETERSEN et al, 2016). Trata-se do desafio de reconstruir o “cuidado” pelo Cuidado (AYRES, 2009; AYRES, 2013).

Esta questão nos levou a refletir sobre as reais necessidades das mulheres. Será que as gestantes estão sendo contempladas nessas necessidades? Será que são essas as necessidades de saúde que realmente têm? A enfermagem ouve essas mulheres na busca de suas necessidades? Atendem somente às necessidades imediatas? Como identificam as necessidades?

Nesse movimento, as autoras Piveta, Bernady e Sodré (2016) buscaram, na voz das próprias gestantes de risco, levantar as necessidades de cuidado sob a ótica do significado de ser gestante com maior risco. Essas mulheres relataram necessidade de melhora na relação interpessoal com os profissionais de saúde, apontando aos profissionais médicos a falta de informação disponibilizada sobre a patologia, e aos profissionais de enfermagem os aspectos atitudinais, referindo falta de apoio emocional e diálogo, com conseqüente desinteresse pela mulher.

Em outro estudo desenvolvido em uma província do Canadá, *Listening the voices of hospitalized high-risk antepartum patients* (2007), retratou recomendações de cuidado a partir da perspectiva de gestantes hospitalizadas. Os achados permitiram discorrer sobre assuntos mais significativos das narrativas, dentre eles, a necessidade de privacidade, sobretudo quando estão a receber informações da patologia e dos seguimentos pelo médico. Ainda com relação a esses profissionais, sentem necessidade de uma maior disponibilidade de tempo, referindo não possuírem chance de manter uma conversação e suprir dúvidas.

Aos profissionais de enfermagem, as recomendações basearam-se em seus cuidados. As mulheres sugeriram para as enfermeiras permanecerem com a atitude de explicar todo e qualquer procedimento prévio ao seu desenvolvimento, independentemente do tempo de internação e do número de vezes pelos quais já passaram pelo procedimento. Referiram que as “pequenas coisas” são as que significam o cuidado, com destaque para as abordagens “*Você precisa de alguma coisa?*” ou “*Como você tem passado?*” como o diferencial ofertado (RICHTER; PARKES; CHAW-KANT, 2007). Estas questões não foram verificadas no presente estudo.

No plano operativo do cuidado às gestantes de alto risco, o que foi observado pela pesquisadora foi uma abordagem de pouco envolvimento afetivo e dialógico frente às demandas das mulheres, ilustrado pelo momento pontual da observação. Tal fato pode ser justificado pela leitura das necessidades específicas das mulheres pela ênfase biomédica de sinais vitais, alimentação e patologia. Ayres et al (2012) discorre que esse recorte obstaculiza a possibilidade de um efetivo diálogo porque não abre espaço para que outras necessidades sejam

condicionadas. No nosso estudo, foi observado iniciativas de mulheres buscando o diálogo que acabaram em insucesso.

Em exemplos de encontros terapêuticos bem-sucedidos, aponta-se os aspectos dos quatro eixos que impulsionam a integralidade enquanto norteadores para reformular as práticas de saúde:

Não parece difícil aceitar que talvez a mais básica condição de possibilidade da inflexão foi o privilegiamento da *dimensão dialógica* do encontro, isto é, a abertura a um autêntico interesse em ouvir o outro. Isto porque, naquele momento, foi possível ao profissional ouvir-se a si mesmo e fazer-se ouvir, não se conformando ao papel exclusivo de porta-voz da discursividade tecnocientífica. Poder ouvir e fazer-se ouvir, pólos indissociáveis de qualquer legítimo diálogo, foi o elemento que fez surgir o médico e sua paciente, a paciente e seu médico (AYRES, 2004, p. 23).

Transpor as observações acima ao contexto foco deste estudo nos permite dizer que raras foram as expressões da enfermagem e a mulher e a mulher e sua enfermagem, prevalecendo o não encontro. A intersubjetividade de fato não se efetivou. Isto se deve à colonização pela discursividade tecnocientífica, valorizando de forma estrita a dimensão do fisiopatológico, do tratamento, do desfecho gestacional. Esta incorporação dos aspectos clínicos em demasia faz com que haja limites no processo de saúde. Deslandes (2005) indica que a desatenção aos aspectos psicológicos, emocionais e à dinâmica familiar é fruto do recorte clínico em detrimento do distanciamento das práticas norteadas pelo princípio da humanização.

Nesse sentido, fazemos uma ressalva para a (inexpressiva) participação da família no contexto de hospitalização de gestantes de alto risco. Em diversas narrativas, a família e a necessidade de a gestante permanecer com acompanhante apareceu enquanto elemento de suporte emocional, todavia, apesar do enfermeiro referir que a gestão da presença do acompanhante na Instituição de saúde em estudo estar sob sua responsabilidade, faz raras concessões.

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: “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).

No caso das gestantes de risco, é imprescindível considerá-las como potenciais candidatas a entrarem em trabalho de parto prematuro de forma inevitável, principalmente ao ponderar que portam maiores chances de complicações obstétricas (MENDOZA-SASSI et al, 2007), bem como, apresentam fatores de risco para o desfecho da prematuridade, como

extremos de idade, comportamentos de risco (abuso sexual, mulheres tabagistas), depressão, gravidez gemelar, condição socioeconômica precária, etc (CDC, 2016). Todas as situações estão elencadas enquanto fatores que podem transformar a gravidez de risco habitual em gravidez de alto risco, com probabilidade de desfechos negativos ao binômio mãe-bebê.

Assim, vale ressaltar que cabe à mulher a decisão de estar acompanhada ou não, sendo a privação do acompanhante uma violação de seu direito, não cabendo aos enfermeiros gerenciarem essa escolha. O enfermeiro precisa se posicionar institucionalmente diante de questões que o afetam ou que afetam seus valores.

A presença do acompanhante, sobretudo aquele que é escolhido, possui seus benefícios comprovados por meio do apoio emocional e físico (SOUZA; GUALDA, 2016; PERDOMINI; BONILHA, 2011), influencia no empoderamento feminino (DULFE et al, 2016), é considerada um marcador de segurança com vistas a qualidade do atendimento (DINIZ et al, 2014) e em consequência, reforça a autonomia da mulher enquanto protagonista de todo o processo do ciclo gravídico-puerperal, respeita o seu direito e, portanto, deve ser reforçada nas instituições.

Cabe destacar a representatividade nula de estudos que abordem os acompanhantes das gestantes de alto risco hospitalizadas. Encontramos na literatura nacional estudos que discorrem sobre os acompanhantes da gestante de risco, porém representados como companheiros e/ou outros membros familiares que participaram em conjunto com a mulher no pré-natal (PASN et al, 2016; BEZERRA; CARVALHO; BRITO, 2013; PETRONI et al, 2012). Os resultados encontrados nesses estudos mostram que a família vivencia sensações de medo, insegurança e angústia frente à situação de risco e da vulnerabilidade a qual estão enfrentando mãe e bebê, principalmente quando associado a falta de informação e a necessidade de intervenção hospitalar (BEZERRA; CARVALHO; BRITO, 2013). Na vigência dessa situação auxiliam no autocuidado da gestante, pois oferecem auxílio nas atividades do lar, bem como apoio emocional, financeiro, reduzindo ansiedade e ofertando confiança no processo de risco (PETRONI et al, 2012). Sugerimos continuidade de estudos com a família da gestante de risco, no intuito de ampliar conhecimentos sobre as relações dos membros familiares e a mulher que gesta em condição de alto risco no enfrentamento cotidiano de viver a vida. Como este núcleo participa do apoio e se apoia diante de um contexto de atenção à saúde que garante a presença por imposição legal? Pensar na enfermagem e seu suporte a famílias remete ao debate traçado na Enfermagem Familiar, no Brasil, sobretudo, a partir da década de 1990. Este ramo da enfermagem já disponibiliza amplo conhecimento e modelos de atenção e, o Brasil tem representantes de renome nesta discussão. Se enquanto direito está posto o dever dos equipamentos de saúde abrir as portas minimamente ao acompanhante, qualificar esta presença,

ainda que ancorada no dever, vai ao encontro do preconizado enquanto princípios do SUS, como a integralidade e humanização.

Concomitante, vemos de forma discreta no presente estudo o reconhecimento da mulher enquanto protagonista. A equipe de enfermagem adota uma perspectiva mais reprodutiva do cuidado, cuja preocupação com o bem-estar do bebê se sobressai quando comparado aos sentimentos e riscos da mãe, excluindo um olhar mais integral de sua saúde. Como apontam Pasche; Vilela; Santos (2017, p. 122),

Em relação à saúde como direito, as mulheres são, primeiramente, quase que reduzidas à sua dimensão reprodutora e, por consequência, a oferta mais significativa é a assistência em âmbito materno-infantil. Isso implica reconhecer que a mulher demanda atenção e cuidado em saúde, sobretudo por necessidades advindas de sua condição de reprodutora e cuidadora das crianças, à qual está associada umbilicalmente pela expressão materno-infantil.

Não estamos negando a importância desta questão e nem da promoção da parentalidade e a necessidade das mulheres em obter informações sobre o bem-estar do bebê, bem como apresentar-lhes, no intuito de preparação, um desfecho de prematuridade que pode vir a ocorrer na situação de risco, informando sobre o desenvolvimento do prematuro, como é apontado na perspectiva de mulheres de alto risco (RICHTER; PARKES; CHAW-KANT, 2007). No entanto, a integralidade enquanto princípio pede ampliação de olhar, desta consideração. Assim, ressaltamos o convite à enfermagem para empoderar a gestante de risco para questões que permeiam o seu viver, a valorar complexa inserção social na qual se tece a integralidade da mulher e sua vida, para assim, com ela tecer o Cuidado.

Prospecta-se um cuidado de enfermagem em que haja disponibilidade de uma escuta ativa e encoraje as mulheres a falarem sobre si, como uma verdadeira combinação de esforços entre equipe e gestantes com vistas aos alcances positivos em termos de diminuição de estresse, planejamento nas ações cuidativas, harmonia biopsicosocial, valorizando a subjetividade e abrindo espaço para a troca de informações e o planejamento do cuidado em conjunto (AMORIM et al, 2017).

As evidências científicas destacam pesquisas que priorizam intervenções educativas como estratégias que incentivam a subjetividade e promovem abertura para um diálogo. A posição do enfermeiro é oferecer suporte emocional, garantir o bem-estar da mulher durante todo o ciclo, mais especificamente na hospitalização, 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).

Em adição, em um cenário historicamente marcado por desigualdades de gênero, hierarquização e relações de poder (SARGES; LÓPEZ, 2016), devemos propor, promover e proteger o protagonismo da mulher frente sua situação e desenvolvimento gestacional, fato que contribui para um novo modelo de cuidado. Um cuidado que respeita a fisiologia, o tempo, o corpo, o desejo da mulher e a coloca como participante ativa desse processo, fator indispensável para uma atenção mais humanizada e igualitária.

No bojo dessas situações, a enfermagem justifica a privação do direito ao cumprimento de regras e normas hospitalares, o que nos leva a refletir sobre a institucionalização desses profissionais.

As organizações de saúde adotam crenças, valores, padrão e cultura enquanto base e esses pressupostos orientam o trabalho dos profissionais, ainda que sejam diferentes dos valores adotados pelos mesmos, influenciando no trabalho, nos resultados, bem como, nas crenças de cada profissional (ADAMS, 2017).

Nicácio et al (2016), por meio de seu estudo sobre identidades profissionais entre enfermeiras obstetras atuantes em casas de parto e enfermeiras atuantes no contexto hospitalar, sugere que o cenário hospitalar é o local mais difícil para o exercício da obstetrícia, uma vez que há supervalorização do papel médico enquanto os profissionais mais influentes desse cenário. Tal fato é visto como consequência do modelo de saúde e conduz a enfermagem a uma atuação sem autonomia e com a necessidade de provação diária do valor do seu trabalho.

Embora a função administrativa do enfermeiro seja reconhecida como um instrumento do exercício da enfermagem concomitante à função assistencial, no desempenho dessas funções, sobretudo em hospitais com características burocráticas, o modo como a organização hospitalar impõe as regras e normas, faz com que o enfermeiro relegue a segundo o plano o seu próprio objeto de trabalho, o cuidar (TREVIZAN, 1987).

A autora ainda defende:

[...] ao inserirem-se no âmago de uma organização, os enfermeiros deparam-se com um trabalho que os leva a uma conduta organizada seguindo rotinas preestabelecidas; deles é esperado que cumpram regras e regulamentos burocráticos, observem a hierarquia de autoridade e não se desviem para o novo e inesperado, ou para fatos não contemplados no esquema (TREVIZAN, 1987, p. 206).

Para um estudo desenvolvido na Colômbia (HERRERA-ZULETA et al, 2016), o uso demasiado de tecnologias duras e a atenção exclusiva às normas e rotinas institucionais, faz com que os profissionais de enfermagem se esqueçam da importância do contato direto com o usuário, acarretando em desumanização da assistência, sobretudo para o cuidado com gestantes.

Ainda problematizando o contexto da enfermagem obstétrica no cenário hospitalar, para parteiras que possuem a oportunidade de atuação em nascimentos domiciliares e nascimentos institucionalizados, estes causam significativo desconforto, pois sentem-se “convidadas” a estarem no hospital, caracterizadas como pessoas estranhas àquele ambiente, sobretudo pelos profissionais de enfermagem do próprio hospital com quem pouco se relacionam (BOURGEAULT et al, 2012).

As rotinas e normas hospitalares conduzem a um estresse emocional devido à excessiva burocratização e imposição. Para as parteiras, a maior dificuldade de atuação nesse contexto é em detrimento às rotinas burocráticas as quais são impostas, com conseqüente distanciamento físico daquela mulher que está a receber seus cuidados, limitando a própria filosofia da profissão, o cuidado (BOURGEAULT et al, 2012).

A partir do tema tratado e pelas falas de alguns profissionais, sentimos a necessidade de refletir sobre o exercício do poder e da autoridade médica, uma vez que a relação de poder, assim como em outras instituições (empresas, escolas, etc), também se faz presente no âmbito da enfermagem, abrangendo todas as suas extensões/sujeitos como, por exemplo, enfermeiro, técnicos e auxiliares, bem como as mulheres usuárias.

Nesse primeiro momento, é importante ressaltar a perspectiva foucaultiana sobre os sujeitos. Segundo essa perspectiva, o sujeito não é universal, eles se constituem por diferentes meios que lhes são exteriores, ou seja, pelas relações sociais e contextos socioculturais em que estão inseridos, a partir deles, vivenciam as práticas discursivas, disciplinares, as normas e relações de poder, que vão se modificando ao longo da história e, conseqüentemente, sendo o sujeito dependente das relações e forças sociais, construindo os sujeitos em seu interior (FOUCAULT, 1995).

Ao considerar a construção do sujeito atrelada a estruturas de natureza coletiva e exteriores a ele, verifica-se que as suas experiências são permeadas pelas relações de poder, já que para Foucault, elas estão enraizadas no nexos social, ou seja, viver em sociedade é viver de modo que uns ajam sobre a ação dos outros, denominado então como ação sobre a ação, implicando a existência do poder em ato. Assim, uma relação de poder assume diferentes formas, em diferentes lugares e em diferentes posições, variando na história e implicando diferentes efeitos. Apesar de estar enraizado em todo nexos social, não é possível que haja poder sem liberdade, já que ambos são indissociáveis, permitindo, desta forma, que o sujeito seja um sujeito de ação, e que se abra para ele todo um campo de respostas e reações possíveis (FOUCAULT, 1995).

Assim, a partir desta breve perspectiva Foucaultiana, vamos ao encontro do que Silva e Arantes (2017) descrevem em alguns relatos dos profissionais de enfermagem, que tratam o reconhecimento das enfermeiras como fator central das ações cuidativas e das tomadas de decisões, estando em condições de líder da equipe. Apesar desse reconhecimento, o poder nas tomadas de decisões é restrito ao cuidar, não abrangendo processos que dizem respeito às condutas a serem seguidas dentro da instituição, quer dizer, independente do papel de líder desenvolvido pelas enfermeiras, a decisão tomada pelo médico é a que prevalece.

Dessa forma, a Instituição hospitalar se torna um lugar marcado por disputas de interesses e repressões de cunho político e socioculturais desvelados nas relações de poder. A enfermeira, por sua vez, convive cotidianamente com essas situações e luta pelo reconhecimento do seu saber, fundamentado na prática do cuidar em enfermagem (GREGÓRIO; PADILHA, 2012).

Na ilustração do que vem sendo discutido até agora, o trabalho anteriormente citado possui uma peculiaridade semelhante ao nosso no que diz respeito ao poder soberano de médicos, as autoras descrevem:

Percebe-se que durante a visita, o médico obstetra não lê os registros de enfermagem no prontuário, mas pede informações verbalmente. O prontuário é um canal formal de comunicação do quadro clínico da parturiente-puérpera que está internada. Nessa situação, o médico não mostrou interesse nos registros de enfermagem, subestimando o trabalho da Enfermagem e indicando que a forma escrita é destinada aos detentores de um saber central, enquanto a transmissão oral é destinada a um saber periférico (GREGÓRIO; PADILHA, 2012, p. 284).

Apoiados em Czeresnia (1997), Pasche; Vilela; Santos (2017, p. 127) trazem:

A medicina, por sua vez, tem sido apontada, de um modo geral, como capturada pelo fetiche da tecnologia e não tem sido poucas as críticas à sua tendência de tornar os sujeitos objetos e, ao contrário, as doenças, agravos e procedimentos em entidades ontológicas que se autonomizam dos sujeitos, em um processo que pode ser denominado de 'ontologização das doenças (PASCHE; VILELA; SANTOS, 2017, p. 127).

Na interpretação dessas relações de poder, cabe um destaque ao papel da gestante de alto risco neste contexto, assumindo um lugar mais submisso e despersonalizado do cuidado em saúde (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013) uma vez que a própria Instituição hospitalar e sua micropolítica potencializa a dependência das mulheres frente à equipe e, mais especificamente, ao poder soberano dos médicos. Em uma perspectiva de gênero, as enfermeiras mesmo se assumindo enquanto sujeito feminino e mais próximas da experiência de

gestar e parir, se moldam ao contexto hospitalar sobrepondo-se às gestantes e também assumindo uma política reguladora dos corpos dentro da Instituição (SARGES; LÓPEZ, 2016).

Apesar dos discursos que se efetivam por meio de eixos norteadores de cuidado humanizado e integral, o cuidado profissional pouco se move ao sentido da prática da integralidade. Os desafios para a consolidação do cuidado humano e integral e a reconstrução de um novo modelo de saúde ainda vem enfrentando diversos desafios, todavia, incentivamos a implantação de políticas públicas que estejam em sintonia com um modelo de saúde que não despersonalize os corpos, mas que os coloque no protagonismo das ações, tornando os usuários participantes ativos e lhes garantindo o direito à saúde (AYRES, 2004b).

Dessa forma, refletimos a necessidade de investimentos em reformas do modelo de saúde, sobretudo nos moldes hospitalares, que não considera a integralidade e a subjetividade de seus usuários, bem como limita a atuação de autonomia de profissionais, como o verificado neste estudo em relação à equipe de enfermagem.

O modelo biomédico, resultante da influência capitalista na nossa sociedade, reforça a posição do médico como o líder do processo de trabalho em termos de detentor de saber, assumindo o ordenamento e as tomadas de decisão na assistência, sobrepondo-se aos demais colegas de trabalho como é visto neste estudo (MELO et al, 2016).

No entanto, aponta-se a enfermagem obstétrica como uma forte especialidade no campo da saúde para ampliar a autonomia devido a sua caracterização como um saber próprio dentro da área que pode ser desenvolvido de forma não submissa à prática médica (MELO et al, 2016). Assim, para o cenário foco deste estudo, fica a reflexão da necessidade de posicionamento crítico das enfermeiras obstetras e equipe de enfermagem para a atuação com gestantes de alto risco, com destaque ao saber técnico-científico e a postura atitudinal as quais nos foram narradas. Qual alcance efetivam ao se permitirem ser contidas por ele? Sentem satisfação com os mesmos enquanto profissionais? Como a motivação para o cuidado humano e integral se constitui diante disto? Se constitui?

Para finalizar esta seção, assinalamos a premência das práticas institucionais de darem valor a alteridade que se revela nas cenas da atenção à gestante de alto risco hospitalizada, pois ela denuncia e revela questões essenciais a um cuidado na direção da humanização e integralidade. Que outros tocos pelas discussões aqui tecidas se somem à luta pela transformação deste cenário e suas cenas, assumindo compromissos com direitos, deveres, com a cidadania.



CONSIDERAÇÕES FINAIS



7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática assistencial da equipe de enfermagem participante deste estudo toma sua forma e efetiva-se enquanto ato em uma cultura organizacional que dá centralidade ao médico e seu saber, fato que implica em atos de cuidado que tem sua centralidade nas ações instrumentais e atendimento ao médico. Contudo, em intenções denota centralidade no desejo de acolhimento emocional e informacional da mulher. As relações entre estas questões que estruturam as práticas aqui tematizadas estão pouco interligadas, sobressaindo a orientação aos êxitos técnicos, com fragilidades para assumir alcances em termos de sucessos práticos, o que não permite qualificá-las como integrais.

A equipe explicita intenções de escuta, acolhimento e respostas às necessidades biopsicossociais, contudo não evidenciaram de forma geral uma sensibilidade nesta direção, quiçá interações com intenções de intersubjetividade, fato que esvaiu a ocorrência de diálogos no termo real da palavra. Assim, as práticas revelaram-se frágeis em ambos os eixos elencados para atenção especial neste estudo.

Cabe destacar que a atuação do enfermeiro se revelou como concentrada em práticas gerenciais e de suporte às práticas assistenciais, tanto da equipe de enfermagem quanto da equipe médica, dando primazia à segunda. Não se identificou esforços para adentrar e adensar relação com as mulheres gestantes e famílias.

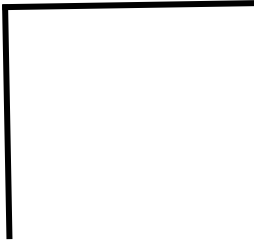
O uso combinado das estratégias de coleta de dados, entrevista e observação, foi recurso de potencialidade para caracterizar e discutir a prática assistencial às gestantes de alto risco, pois favoreceu evidências relativas ao conhecimento, intenções e atitudes. A análise correlacionou as mesmas e traçou a cena da prática assistencial acima sintetizada, a qual tem a monitoração do risco como a centralidade assistencial.

Pode-se tomar o estudo como limitado ao considerar serem os resultados relativos a um cenário assistencial de uma cidade do interior paulista, porém com ‘encontros e desencontros’ com revelações de estudos vindas de distintas realidades. Outra limitação é o fato da observação ter ocorrido nas primeiras três horas do turno de trabalho das equipes, fato que traz reflexão se as rotinas de trabalho poderiam minimizar acesso a dimensões relacionais que se revelariam ao longo do turno. Por outro lado, valores que direcionam o ato estão sempre a se expressar, pois integram a pessoa, independentemente do tempo, lugar, cenário.

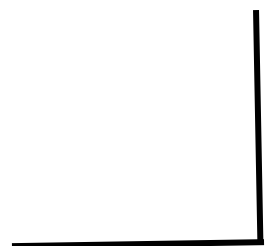
O quadro teórico de integralidade e cuidado em saúde, deu visibilidade à situação e aponta para a necessidade de investimentos na sensibilização de uma assistência obstétrica às gestantes de alto risco hospitalizadas que as reconheça enquanto sujeitos sociais, com suas

histórias e projetos. Na atual conjuntura assistencial revelada, o alcance está estritamente orientado ao risco biológico. A revelação e projeção do invisível circunscrito a situação de ser mulher gestante de risco hospitalizada pode ter no profissional de saúde, em especial na enfermagem, aquele que contribui para transformar o *status quo*. Desta forma, são necessários movimentos em torno da qualificação da atenção hospitalar às gestantes de alto risco, quando é premente mudanças atitudinais de profissionais e gestores de hospitais. Nesta direção, um importante núcleo de intervenção é elucidar o significado de integralidade e sensibilizar para seu lugar de centralidade no compromisso de um cuidado justo e digno para essa mulher.

O estudo trouxe contribuições para reflexões críticas acerca do cuidado de enfermagem ofertado às gestantes de alto risco hospitalizadas. Com vistas a reconstruções na direção do alcance do Cuidado (AYRES, 2009; AYRES, 2013), integralidade e humanização sugere-se estudos que abordem a situação de hospitalização de mulheres gestantes de alto risco, na direção: (1) da experiência da família e acompanhante de gestantes de alto risco em situação de hospitalização; (2) do significado de integralidade por gestores de maternidades e por parte da equipe multiprofissional que ali atuam; (3) da presença e forma das discussões sobre integralidade em currículos das profissões de saúde. (4) explorar o processo de trabalho da enfermagem com gestantes de alto risco hospitalizadas. Na certeza de que outros podem ter sido suscitados pelos leitores deste estudo, deseja-se que as questões aqui reveladas e discutidas tenham um alcance de inquietação, motivação e “lançamento” de outros sujeitos sociais para a construção de caminhos e caminhadas direcionadas à qualificação da assistência às gestantes de alto risco, em vistas do cuidado integral e humanizado tão ‘facilmente’ verbalizado.



REFERÊNCIAS



REFERÊNCIAS

ADAMS, E. D. Workplace Challenges: The Impact of Personal Beliefs and the Birth Environment. **The Journal of perinatal & neonatal nursing**, v. 31, n. 1, p. 30-31, 2017.

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública.**, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, 2013.

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.

AYRES, J. R. C. M. **Sobre o risco:** para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Interface – comunic, Saúde, Educ.**, v. 4, n. 6, p. 117-120, 2000.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Rev. Cienc & Saúde Colet.**, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Rev. Saúde e Societ.**, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

_____. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.73-92, 2004b.

_____. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Rev. Saúde e Societ.**, v.18, supl.2, 2009.

_____. Revisitando “D. Violeta”: nos caminhos do Cuidado. In: PINHEIRO, R et al. Construção social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC/LAPPIS/ABRASCO. p. 15-32. 2013.

AYRES, J. R. C. M. et al. Caminhos da Integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Interface – Comunic. Saúde, Educ.**, v. 16, n.40, p.67-82, 2012.

_____. Caminhos da Integralidade: levantamento e análise de tecnologias de cuidado integral à saúde em serviços de atenção primária em região metropolitana. São Paulo, 2006. 28p. (Projeto de Pesquisa – Fapesp – 2006/51688-9).

BANCO DE DADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS). Informações de saúde, indicadores de saúde: nascidos vivos 1994-2012. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nv>. [Acesso em 26 fev. 2017].

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

BEZERRA, A. K. O. F.; CARVALHO; J. B. L.; BRITO, R. S. Sentimentos vivenciados pelo homem frente à gravidez da companheira acometida por síndromes hipertensivas. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**, v. 4, n. 4, p. 485-492, 2013.

BOURGEAULT, I. L. et al. Problematising public and private work spaces: Midwives' work in hospitals and in homes. **Midwifery**, v.28, n.5, p.582-590, 2012.

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. 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. 2005b.

BRASIL. Lei n.7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1986.

BRASIL. **Decreto-Lei n.94.406**, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a lei n. ° 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1987.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestante de alto risco: sistema estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco**. Brasília, 2001.

_____. Portaria GM/MS n.569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 ago. 2000a

_____. Portaria GM/MS nº 570, de 01 de junho de 2000. Institui o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 ago. 2000b.

_____. Portaria GM/MS nº 11, de 07 de janeiro de 2015. Redefine diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília, DF, 2015.

_____. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001.

_____. **Política Nacional de humanização**. Brasília, 2004a.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, 2004b.

_____. Portaria GM/MS n. 427, de 22 de março de 2005. Institui a Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 mar. 2005a.

_____. **Mais proteção às mulheres:** novas conquistas e melhores serviços para garantir a mulheres e homens, adultos e adolescentes, seus direitos sexuais e direitos reprodutivos. Brasília 2010.

_____. **Manual técnico gestação de alto risco.** 5. ed. Brasília, 2012.

_____. **Humanização do parto e nascimento.** v. 4. Brasília, 2014.

_____. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia.** Brasília, 2015. 64p.

CDC, Centers for Disease Control and Prevention. National Prematurity and Awareness Month: Celebrating Successes and Taking Action. US Department of Health and Human Services. CDC, 2016. Disponível em <https://www.cdc.gov/media/releases/2016/s1103-prematurity-awareness.html>. Acesso em: 10 out 2017.

DESLANDES, S. F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 10, n. 3, p. 625-626, 2005.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

DINIZ, S. Feminismo, materno-infantilismo e políticas de saúde materna no Brasil. **Questões de Saúde Reprodutiva**, n. 6, 2013.

DINIZ, C. S. G. 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, supl. 1, p. S140-S153, 2014.

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.

EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. **Witches, Midwives and Nurses: a history of women healers.** Nova Iorque: The Feminist Press, 1973.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In P. RABINOW e H. DREYFUS. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica).** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-249.

GUIMARÃES, G. P. **Educação em saúde como espaço dialógico para a vivência da gravidez de alto risco.** 225p. Tese (doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC. 2013.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **ERA - Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 3, p. 20-29. 1995.

GREGÓRIO, V. R. P.; PADILHA, M. I. Estratégias do poder no contexto da maternidade Carmela Dutra – Florianópolis-SC (1956-1986). **Texto Contexto Enferm.**, v. 21, n. 2, p.277-85, 2012.

HECKERT, A. Redes de Políticas Públicas e os desafios para a Integralidade do Cuidado à mulher: lugar de mulher é onde ela quiser. In: PINHEIRO, R; ENGEL, T; ASENSI, FD (org). **Vulnerabilidades e resistências na integralidade do cuidado**: pluralidade multicêntricas de ações, pensamentos e a (re)forma do Conhecimento. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, Abrasco, p. 104-116. 2017.

HERRERA-ZULETA, I. A. et al. Percepciones de las gestantes en torno al cuidado humanizado por enfermería. **Rev. cienc. ciudad.**, v.13; n.2; p.58-72, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2017. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=354890>. Acesso em 20/10/2017.

ILLICH, I. **A Expropriação da Saúde**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre as contribuições conceituais à construção do princípio de integralidade no SUS. **Cad. Saúde Públ.**, v. 32, n. 8, e00183415, 2016.

LAZARUS, R. S; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer, 1984.

LEAL, L. M. et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reprod. Health.**, v. 9, n15, p 1-8, 2012.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experience. **Burnout Occup. Behav.**, v.2, n. 2, p.99-113, 1981.

MELO, C. M. M. de et al. Autonomia profissional da enfermeira: algumas reflexões. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, e20160085, 2016.

MENDOZA-SASSI, R. A. et al. Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 9, p. 2157-2166, 2007.

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

NARCHI, N. Z.; CRUZ, E. F.; GONÇALVES, R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1059-1068, 2013.

NICÁCIO, M. C. et al. Percepção das enfermeiras obstétricas acerca de sua identidade profissional: um estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 15, n. 2, p. 205-214, 2016.

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.

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, V. J.; MADEIRA, A. M. F. Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco. **Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 103-109, 2011

OLIVEIRA, K. K. P. A. O. et al. Nursing assistance to parturients affected by pre-eclampsia. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 10, n. 5, 2016.

ORTIZ, N. N.; RODRÍGUEZ, L. M. Significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia. **Rev. Investig. Enferm. Imagen Desarro**, v. 16, n. 1, p. 27-48. 2014.

OSAVA, R. H; TANAKA, A. C. D. A. Os paradigmas da enfermagem obstétrica. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 31, n. 1, p. 96-108, 1997.

OSAWA, R. H.; RIESCO, M. L. G.; TSUNECHIRO, M. A. Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. **Rev. Bras. de Enferm.**, v. 59, n. 6, p. 699-702, 2006.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, v. 14, sup 1, p.25-32, 1998.

PASCHE, D. F.; VILELA, E.; SANTOS, I. G. A mulher na luta pelo direito de ser na atenção ao parto. In: PINHEIRO, R; ENGEL, T; ASENSI, FD (org). **Vulnerabilidades e resistências na integralidade do cuidado**: pluralidade multicêntricas de ações, pensamentos e a (re)forma do Conhecimento. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, Abrasco, p.117-135. 2017.

PERDOMINI, F. R. I.; BONILHA, A. L. L. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto. **Texto Contexto Enferm.**, v.20; n.3, p.445-52, 2011.

PETERSEN, C. B. et al. Necessidades de saúde e o cuidado de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v.69, n.6, p.1168-71, 2016.

PETRONI, L. M. et al. Convivendo com a gestante de alto risco: a percepção do familiar. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 11, n. 3, p. 535-541, 2012.

PIO, D. A. M.; CAPEL, M. S. Os significados do cuidado na gestação. **Rev. Psicologia e Saúde**, v. 7, n. 1, p. 74-81, 2015.

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.

POZZO, M. L.; BRUSATI, V.; CETIN, I. Clinical relationship and psychological experience of hospitalization in “high-risk” pregnancy. **Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.**, v. 149, n. 2, p. 136-142, 2010.

REIS, L. G. C.; PEPE, V. L. D.; CAETANO, R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Rev. Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 1139-1159, 2011.

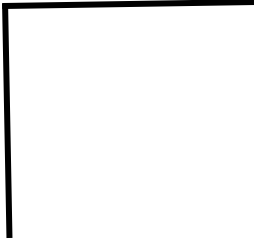
- RICHTER, M. S.; PARKES, C.; CHAW-KANT, J. Listening to the Voices of Hospitalized High-Risk Antepartum Patients. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurse**, v. 36, n. 4, p. 313-318, 2007.
- RODRIGUES, A. R. M. et al. Nursing care in high-risk pregnancies: na integrative review. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 15, n. 3, p. 472-483, 2016.
- RUYDIAZ-GÓMEZ, K. S.; FERNÁNDEZ-ARAGÓN, S. P. Incertidumbre y apoyo social em gestantes com transtornos hipertensivos. **Indez de Enfermería**, v. 24, n. 1, p. 67-60, 2015.
- SANTOS, A. L. M. et al. Rede Cegonha e o protagonismo ao gestar: uma revisão narrativa da literatura. **Rev. Disciplinarum Scientia**, v. 17, n. 2, 2016.
- SANTOS, P. R. M.; ARAUJO, L. F. S.; BELLATO, R. O campo de observação em pesquisa sobre a experiência familiar de cuidado. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n. 3, 2016.
- SARGES, R. C.; LÓPEZ, L. C. A assistência ao parto na perspectiva de enfermeiras obstétricas em uma maternidade pública: desmedicalização e micropolíticas na linguagem de gênero. **Rev. de antropologia**, v.1; n. 48, p.133-148, 2016.
- SEMENTE, P. A. S. N. et al. Vivência de homens na gestação de alto risco da companheira. **J. Health Biol. Sci.**, v.4, n.3, p.181-186, 2016.
- SILVA, D. V. R.; SILVEIRA, M. F. A.; GOMES-SPONHOLZ, F. A. Experiências em morbidade materna grave: estudo qualitativo sobre a percepção de mulheres. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.69, n.4, p. 662-668, 2016.
- SILVA, I. S.; ARANTES, C. I. S. Relações de poder na equipe de saúde da família: foco na enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 70, n. 3, p. 607-15, 2017.
- SILVA, M. R. C. et al. A percepção de gestantes de alto risco acerca do processo de hospitalização. **Rev. Enferm. UERJ**. v. 21, n. 2, p. 792-797, 2013.
- SILVA, R. M. C. R. A.; OLIVEIRA, D. C.; PEREIRA, E. R. A produção discursiva dos profissionais acerca da humanização em saúde: singularidade, direito e ética. **Rev. Latino-am Enfermagem**. n. 23, v. 5, p. 936-944, 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.
- TUNÇALP, O. et al. Listening to Women's Voices: The Quality of Care of Women Experiencing Severe Maternal Morbidity, in Accra, Ghana. **PLoS One**. v. 7, n. 8, p. 1-8, 2012.
- TREVIZAN, M. A. A função administrativa do enfermeiro no contexto da burocratização hospitalar **Rev. Bras. Enf.**, v. 40, n. 4, p. 204-209, 1987.
- VIEIRA, B. D. G. et al. As Ações do Enfermeiro no Incentivo ao Autocuidado na Ótica da Gestante de Alto Risco Hospitalizada. **Revista de Enfermagem UFPE OnLine**, v. 7, p. 4488, 2013.

XAVIER, A. S. G. et al. Perception of women suffering from sickle cell anemia regarding pregnancy: an exploratory study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 12, n. 4, p. 834-43, 2013.

XAVIER, R. B. et al. Itinerários de cuidados à saúde de mulheres com história de síndromes hipertensivas na gestação. **Interface (Botucatu)**. v. 19, n. 55, p. 1109-1120, 2015.

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.

ZAMPIERI, M. F. M. Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. **Rev. gaúcha Enferm.**, v. 22, n. 1, p. 140-166, 2001.



ANEXOS



ANEXO A

Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS GESTANTES DE ALTO RISCO HOSPITALIZADAS.

Pesquisador: Bruna Felisberto de Souza

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 57988116.8.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

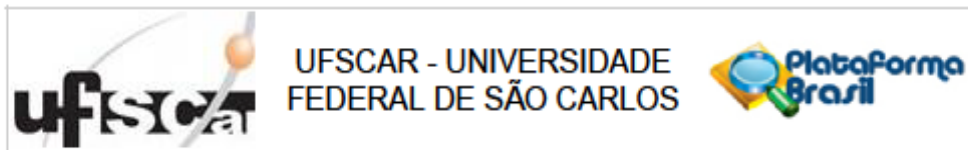
Número do Parecer: 2.239.519

Apresentação do Projeto:

Embora o direito à saúde seja garantido pela constituição, ampliado para o direito ao acesso, humanização e qualidade de serviço, há ainda uma parcela de usuários que não o possuem, dentre eles destaca-se as gestantes. Para melhorar a situação, o governo vem ampliando políticas e programas para atender essa população, a exemplo da Política Nacional de Humanização do Parto e Nascimento. Nessa perspectiva, o presente

estudo pretende contribuir com uma assistência de enfermagem mais humanizada e de qualidade, destacando-se o cenário de hospitalização das gestantes de alto risco, uma vez que se encontram em posição de vulnerabilidade biopsicossocial. Possui como objetivo geral discutir a prática assistencial da equipe de enfermagem de uma maternidade às gestantes de alto risco hospitalizadas, com apreciação à assistência humanizada e de qualidade. Trata-se de um estudo de campo a ser desenvolvido em uma maternidade do município de São Carlos, interior do estado de São Paulo, com caráter qualitativo. Para a coleta de dados será utilizada a técnica de observação não participante sob a assistência prestada pela enfermagem no campo de estudo e entrevistas semi-estruturadas e individuais à equipe de enfermagem (técnicos, auxiliares de enfermagem e enfermeiras). A fim de obter melhor fidedignidade dos dados, optou-se pelo referencial teórico do Interacionismo Simbólico e análise de conteúdo através da perspectiva holística proposta por

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



Continuação do Parecer: 2.239.519

Lieblich, Tuval-Mashiah e Zilber.

Objetivo da Pesquisa:

Discutir a prática assistencial da equipe de enfermagem de uma maternidade às gestantes de alto risco hospitalizadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

São apresentados:

Riscos: os participantes correrão risco de constrangimento, sensação de estarem sendo analisados, avaliados e observados.

Benefícios: não haverá benefícios diretos aos participantes. No entanto, poderá contribuir de forma indireta na ampliação do conhecimento sobre as propostas de humanização do cuidado às mulheres e como forma de incentivo ao desenvolvimento de um trabalho baseado na humanização.

bem como, no desenvolvimento de uma conscientização a respeito da prática de enfermagem para com as gestantes hospitalizadas, de forma que se dissemine um olhar crítico sobre o cuidado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisadora apresentou emenda de projeto, com alteração de título, delineamento e objetivo do estudo (correlato ao objetivo principal anteriormente apresentado). Uma etapa de observação, que constava da primeira versão submetida, foi subtraída da metodologia. Apesar dessas alterações, o local e público-alvo do estudo foram mantidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

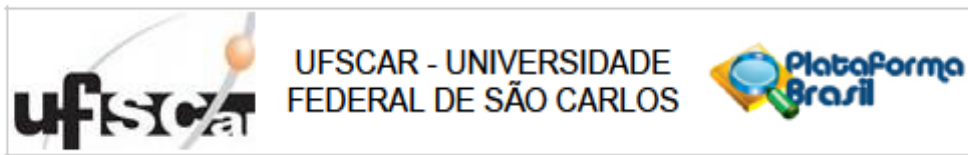
Por tratar-se de uma emenda, foram preservados folha de rosto e carta de autorização da instituição. TCLE foi reformulado, bem como projeto adequado ao novo objetivo. Vale ressaltar que a tônica do objeto de estudo não foi significativamente alterado, o que pode justificar a não apresentação de um novo projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

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: 2.239.519

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_975490_E1.pdf	08/08/2017 19:52:37		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_projeto_mestrado_BrunaFelisberto.docx	08/08/2017 19:48:33	Bruna Felisberto de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_mestrado_BrunaFelisberto_solicitacao_mudancasCEP.docx	08/08/2017 19:48:24	Bruna Felisberto de Souza	Aceito
Outros	Detalhamento_mudancas_CEP.docx	08/08/2017 19:45:39	Bruna Felisberto de Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_esclarecimento.jpg	30/08/2016 21:51:21	Bruna Felisberto de Souza	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.docx	30/08/2016 20:16:13	Bruna Felisberto de Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_SantaCasa.jpg	17/06/2016 16:41:01	Bruna Felisberto de Souza	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

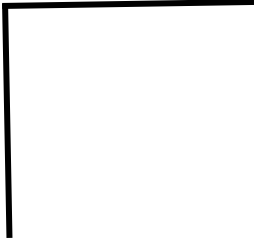
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

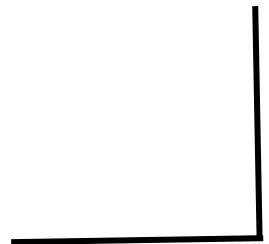
SAO CARLOS, 25 de Agosto de 2017

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



APÊNDICES



APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Assistência de Enfermagem às gestantes de alto risco hospitalizadas” desenvolvida pela aluna de Mestrado Bruna Felisberto de Souza sob orientação da Profa. Dra. Monika Wernet e coorientadora Profa. Dra. Jamile Claro de Castro Bussadori do Departamento de Enfermagem da UFSCar.

Você foi selecionada por ser integrante da equipe de enfermagem da Maternidade Dona Francisca Jacinta da Silva e ser maior de 18 anos. Sua participação não é obrigatória.

Estudos dessa natureza podem permitir diversos avanços na área da saúde, reflexões relacionadas à atenção humanizada oferecida à mulher, bem como divulgar essa prática. Para você, como profissional da saúde, é uma oportunidade de melhoria frente ao cuidado humanizado.

O objetivo do estudo é discutir a prática assistencial da equipe de enfermagem de uma maternidade às gestantes de alto risco hospitalizadas.

Caso você aceite participar, será submetida à uma entrevista individual que será **gravada** em áudio, para posteriormente ser transcrita e analisada.

Trata-se de uma pesquisa que envolve seres humanos e considerando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Pelos objetivos do presente estudo, os riscos que você estará sujeito são de constrangimento, sensação de estar sendo analisado e avaliado. 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 o pesquisador ou com a instituição envolvida. Os contatos com os participantes e a coleta de dados serão realizados pela pesquisadora acima supracitada, que faz parte do programa de pós-graduação de Enfermagem da UFSCar. A mesma estará presente e disponível para informações durante todas as fases da pesquisa.

Durante a coleta de dados, você será informado 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 a pesquisadora através do e-mail brunaf.sc@hotmail.com.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e é assegurado o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Na coleta de dados através do grupo, não será identificado o nome dos participantes em momento algum que sua identidade seja mantida no anonimato e assegurada sua privacidade. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em eventos e/ou artigos científicos.

Não haverá benefícios diretos em curto prazo de sua participação. Se houver alguma despesa com relação ao transporte, será oferecido vale transporte conforme sua sinalização. Acrescenta-se ainda que, em caso de dano decorrente de participação na pesquisa, você tem direito a indenização conforme as leis vigentes no país. Este trabalho poderá contribuir de forma indireta na ampliação do conhecimento sobre as propostas de humanização do cuidado às mulheres e como forma de incentivo ao desenvolvimento de um trabalho baseado na humanização.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Bruna Felisberto de Souza

Rodovia Washington Luís, Km 235. Departamento de Enfermagem, Secretaria de Pós-Graduação em Enfermagem – UFSCAR. São Carlos - SP

Fone: (016) 991821613

E-mail: brunaf.sc@hotmail.com

Eu, _____ declaro ter sido suficientemente esclarecida a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “**Assistência de Enfermagem às gestantes de alto risco hospitalizadas**”, os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Ainda declaro estar ciente e autorizo microgravar a minha entrevista. A pesquisadora me informou da aprovação

do projeto 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 13.565-905 - 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 *

APÊNDICE B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GESTANTES
HOSPITALIZADAS

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Assistência de Enfermagem às gestantes de alto risco hospitalizadas” desenvolvida pela aluna de Mestrado Bruna Felisberto de Souza sob orientação da Profa. Dra. Monika Wernet e coorientadora Profa. Dra. Jamile Claro de Castro Bussadori do Departamento de Enfermagem da UFSCar.

Você foi selecionada por ser considerada uma gestante de alto risco internada na Maternidade Dona Francisca Jacinta da Silva e ser maior de 18 anos. Sua participação não é obrigatória.

Estudos dessa natureza podem permitir diversos avanços na área da saúde, reflexões relacionadas à atenção humanizada oferecida à mulher, bem como divulgar essa prática.

O objetivo do estudo é discutir a prática assistencial da equipe de enfermagem de uma maternidade às gestantes de alto risco hospitalizadas.

Caso você aceite participar, será necessário o consentimento por sua parte para observação de como se dão as ações/intervenções dos profissionais de enfermagem para com você nesta unidade durante um período de sua internação com duração de 3 horas de observação.

Trata-se de uma pesquisa que envolve seres humanos e considerando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12, toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Pelos objetivos do presente estudo, o risco que você está sujeito é de se sentir observada. 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 da observação sem ter qualquer prejuízo pessoal, em sua relação com o pesquisador ou com a instituição envolvida. Os contatos com os participantes e a coleta de dados serão realizados pela pesquisadora acima supracitada, que faz parte do programa de pós-graduação de Enfermagem da UFSCar. A mesma estará presente e disponível para informações durante todas as fases da pesquisa.

Você será informado de todas as etapas da observação 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 a pesquisadora através do e-mail brunaf.sc@hotmail.com.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e é assegurado o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Em momento algum sua identidade será divulgada, garantindo anonimato e privacidade. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em eventos e/ou artigos científicos.

Não haverá benefícios diretos em curto prazo de sua participação, como também não haverá despesas. Acrescenta-se ainda que, em caso de dano decorrente da participação na pesquisa, você tem direito de indenização conforme as leis vigentes no país. Este trabalho poderá contribuir de forma indireta no desenvolvimento de uma conscientização a respeito da prática de enfermagem para com as gestantes hospitalizadas, de forma que se dissemine um olhar crítico sobre o cuidado.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Bruna Felisberto de Souza

Rodovia Washington Luís, Km 235. Departamento de Enfermagem, Secretaria de Pós-Graduação em Enfermagem – UFSCAR. São Carlos - SP

Fone: (016) 991821613

E-mail: brunaf.sc@hotmail.com

Eu, _____ declaro ter sido suficientemente esclarecida a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “**Assistência de Enfermagem às gestantes de alto risco hospitalizadas**”, os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou da aprovação do projeto 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 13.565-905 - 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 *

Ofertas de Aninha
Cora Carolina

Eu sou aquela mulher
a quem o tempo
muito ensinou.

Ensinou a amar a vida.

Não desistir da luta.

Recomeçar na derrota.

Renunciar a palavras e pensamentos negativos.

Acreditar nos valores humanos.

Ser otimista.

Creio numa força imanente
que vai ligando a família humana
numa corrente luminosa
de fraternidade universal.

Creio na solidariedade humana.

Creio na superação dos erros
e angústias do presente.

Acredito nos moços.

Exalto sua confiança,
generosidade e idealismo.

Creio nos milagres da ciência
e na descoberta de uma profilaxia
futura dos erros e violências
do presente.

Aprendi que mais vale lutar
do que recolher dinheiro fácil.
Antes acreditar do que duvidar.