



CUIDADO HOSPITALAR DE MULHERES QUE VIVENCIARAM A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM

HOSPITAL CARE OF WOMEN THAT EXPERIENCED A HIGH RISK PREGNANCY: CONTRIBUTIONS TO NURSING

ATENCIÓN HOSPITALARIA A LAS MUJERES QUE HAN EXPERIMENTADO EL EMBARAZO DE ALTO RIESGO: CONTRIBUCIONES A LA ENFERMERÍA

Michele Nakahara Melo¹, Thaís Vasconcelos Amorim², Anna Maria de Oliveira Salimena³, Maria Carmen Simões Cardoso de Melo⁴, Ívis Emília de Oliveira Souza⁵

RESUMO

Objetivo: compreender o cuidado hospitalar de mulheres que vivenciaram a gestação de alto risco. **Método:** estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, fundamentado no referencial teórico-metodológico da Fenomenologia. O cenário foi uma Instituição Hospitalar da Zona da Mata Mineira. A entrevista aberta, com 10 depoentes, foi norteada pela questão de pesquisa << Como foi o cuidado hospitalar durante a gestação, parto e pós-parto? >>. **Resultados:** as depoentes significaram: As diferentes compreensões acerca do cuidado hospitalar: do maravilhoso ao desagradável; que o cuidado hospitalar se estende ao cuidado com o bebê durante e após a gestação. **Conclusão:** foi possível identificar a importância do cuidado de enfermagem na medida em que este proporcionou acolhimento, segurança e amparo, conferindo à assistência a qualificação. **Descritores:** Gravidez de Alto Risco; Cuidados de Enfermagem; Pesquisa Qualitativa; Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Objective: to understand the hospital care of women who experienced a high-risk pregnancy. **Method:** descriptive, exploratory study with a qualitative approach, based on the theoretical framework of the Phenomenology. The setting was a hospital in the Mineira Forest Zone. The open interviews with 10 deponents was guided by the research question << How was the hospital care during pregnancy, childbirth and postpartum? >>. **Results:** deponents meant: different understandings about hospital care: the wonderful to the unpleasant; that the hospital care extends to caring for the baby during and after pregnancy. **Conclusion:** it was possible to identify the importance of the nursing care in so far as it provided care, safety and protection, providing assistance to qualifying. **Descriptors:** Pregnancy, High-Risk; Nursing Care; Qualitative Research; Obstetric Nursing. **Descriptors:** Pregnancy, High-Risk; Nursing Care; Qualitative Research; Obstetric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: entender la atención hospitalaria a las mujeres que han experimentado el embarazo de alto riesgo. **Método:** estudio descriptivo exploratorio con un enfoque cualitativo, en base teórico-metodológica de la Fenomenología. El escenario fue un Hospital de la Zona da Mata de Minas Gerais. La entrevista abierta con 10 deponentes fue guiada por la pregunta de investigación << como ha sido la atención hospitalaria a lo largo del embarazo, parto y post parto?>>. **Resultados:** los deponentes significaron: los diferentes entendimientos sobre la atención hospitalaria: del maravilloso hasta el desagradable; el cuidado hospitalario se extiende al cuidado del bebé durante y después del embarazo. **Conclusión:** fue posible identificar la importancia de la atención de enfermería en la medida en que esta ha proporcionado refugio, seguridad y protección, dando el soporte a la calificación. **Descriptores:** Embarazo de Alto Riesgo; Atención de Enfermería; Investigación Cualitativa; Enfermería Obstétrica.

¹Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF. Juiz de Fora (MG), Brasil. E-mail: nakahara.michele@hotmail.com; ²Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: thaisamorim80@gmail.com; ³Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF. Juiz de Fora (MG), Brasil. E-mail: annasalimena@terra.com.br; ⁴Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF. Juiz de Fora (MG), Brasil. E-mail: mcmelomc@gmail.com; ⁵Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Titular, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: ivis@superig.com.br

INTRODUÇÃO

A melhoria da Saúde Materna constitui um dos objetivos para o desenvolvimento do milênio propostos no ano 2000 pela Organização Mundial de Saúde. Para tal, em quinze anos esperava-se declinar em três quartos a Razão de Mortalidade Materna (RMM), contudo, no Brasil, a despeito das políticas, dos esforços do governo e das entidades de classes envolvidas com esta situação, a projeção da RMM entre 2008-2015 é de 77 óbitos por 100.000 nascidos vivos.¹⁻²

Diante desse panorama, as políticas formuladas em torno da atenção à gestação de risco, ao parto e puerpério, indicam o modo como a rede de cuidados em saúde deve se organizar nos diferentes níveis de atenção em face do atendimento integral à mulher, ao bebê e seus familiares. Nesta prerrogativa, destacam-se o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, os quais se comprometem com a implementação de ações a serem efetivadas por meio da parceria com gestores e profissionais de saúde.³⁻⁴

No tocante ao parto, e especialmente ao parto advindo de uma gestação classificada como de alto risco, tem-se que este deve ser realizado em hospitais e maternidades estruturadas adequadamente em face das necessidades da mulher e do bebê. Espera-se que neste espaço de cuidados, enfermeiros, médicos e demais profissionais movimentem-se em torno do atendimento obstétrico e neonatal humanizado, seguro, digno e de qualidade. No entanto, relacionam-se comumente à prática obstétrica hospitalar o modelo tecnocrático, biocentrado, medicalizador e permeado pelo uso de múltiplas intervenções, por vezes, arbitrárias e abusivas. Nesta acepção, a mulher-gestante é apartada do protagonismo que deveria pertencer-lhe por direito constitucional e pelas propostas políticas vigentes.⁵

No puerpério, as preocupações profissionais se concentram eminentemente nos aspectos clínicos da prevenção de complicações em detrimento dos riscos gestacionais e de orientações para o cuidado de si e do filho. Porém, se as ações de cunho fisiológico são imprescindíveis para a manutenção da vida, os aspectos subjetivos não devem ser menos considerados, uma vez que influenciam no bem-estar e repercutem na homeostase orgânica.⁶

Nessa perspectiva, sentimentos de ansiedade, medo, angústia e incerteza quanto ao porvir são frequentemente relacionados às

mulheres que vivenciam o ciclo gravídico-puerperal de risco. Na dimensão emocional, pode-se ir além, considerando a culpabilidade que as permeia, uma vez que assumem para si a possibilidade da própria morte, bem como a do conceito.⁶⁻⁷ Logo, a atenção às dimensões multifacetadas da paciente, bem como o apoio solidário a todos que a envolvem, vai ao encontro dos conceitos éticos, estéticos, filosóficos e humanísticos que devem nortear a formação e a prática da Enfermagem Obstétrica. Ao se dispor às especificidades do ser de quem se cuida por meio da escuta sensível, torna-se possível arregimentar práticas mais interativas que incrementem e melhorem a qualidade assistencial no parto e puerpério.⁸⁻⁹

Na medida em que direciona o olhar para o conhecimento das realidades subjetivas que constituem a mulher, o enfermeiro tem a possibilidade de planejar objetivamente a assistência de enfermagem que esta necessita.¹⁰ A partir de então, pode cuidar de maneira ôntico-ontológica, em uma perspectiva ampliada capaz de conferir respostas às políticas que visam à integralidade da saúde da mulher.⁸

Esta (re)consideração implica a valorização dos significados que a gestante-parturiente-puerpera confere ao vivido do cuidado em instituição hospitalar, residindo neste ponto a singularidade deste artigo. Ao dar voz às pacientes, as questões norteadoras acerca de como a mulher que recebeu este cuidado, o significou e ainda se o cuidado de enfermagem apareceu para esta mulher diante do rol de cuidados em saúde no hospital puderam ser respondidas. Diante disso, apresenta-se como objetivo: compreender o cuidado hospitalar de mulheres que vivenciaram uma gestação de alto risco.

MÉTODO

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, fundamentado no referencial teórico-metodológico da fenomenologia.¹¹ Este estudo, em particular, permitiu o encontro com o ser que se antepõe à realidade objetiva - a mulher que vivenciou o cuidado hospitalar na condição da gestação classificada como alto risco. Por isso, único capaz de significá-la e conferir-lhe sentido.

O cenário que compôs o estudo constituiu-se de Instituição Hospitalar localizada na Zona da Mata Mineira, classificada como hospital filantrópico, referência no atendimento à gestante de alto risco que possui convênio com o Sistema Único de Saúde e com outros planos privados, além de convênio próprio,

sendo também instituição de formação profissional na área médica e de enfermagem em nível técnico.

Inicialmente, foi realizado o levantamento dos prontuários eletrônicos por meio do Código Internacional de Doenças (CID), onde foram abrangidas as principais patologias presentes em uma gestação de alto risco, a fim de levantar os dados pessoais e contatos telefônicos, sendo critérios de inclusão ter mais de 18 anos quando do convite à participação na pesquisa; ter a última gestação classificada como de alto risco e ter sido internada durante a gestação/parto/puerpério no cenário de estudo. O critério de exclusão compreendeu a mulher portadora de transtornos mentais.

Para subsidiar a caracterização das participantes, atentou-se aos registros das anamneses médicas e de enfermagem, captando o motivo da internação, diagnósticos, planos assistenciais, terapêuticas adotadas e evolução das mulheres atendidas nos anos de 2012 e 2013.

Posteriormente, realizou-se o contato telefônico com as possíveis depoentes convidando-as à participação e aceitaram participar da pesquisa 10 mulheres. Os depoimentos ocorreram no local e horário designados pelas participantes, em seus domicílios e locais de trabalho. A fim de garantir o anonimato, utilizou-se um código alfa-numérico designado pela letra G acompanhada do número correspondente à ordem cronológica dos encontros (G1 a G10).

Para Martins e Bicudo, o fenômeno parte da intencionalidade da consciência, compreendido como o que se manifesta a partir de si mesmo e por si mesmo, devendo abarcar sua totalidade e essência.¹¹ A entrevista aberta, mediada pela empatia e intersubjetividade, foi iniciada com questionamentos acerca da caracterização das participantes e seu histórico gestacional prévio e, por fim, norteadas pela interrogação acerca de “Como foi para você o cuidado hospitalar durante a sua gestação, parto e pós-parto?” e possibilitou a abertura das depoentes significarem o fenômeno.

As gravações em MP3 foram transcritas, assim como os registros das percepções da investigadora anotados em cada encontro no diário de campo. Foi permitido, como critério de confiabilidade, que cada depoente ouvisse e confirmasse seu depoimento.

No momento analítico, buscou-se o desvelamento dos significados das descrições. Para tal, iniciou-se com leituras prévias das transcrições e do diário de campo, o que permitiu maior familiarização entre o dito e o

não-dito das depoentes e consequente aproximação com o fenômeno. Seguiu-se com as etapas ideográfica e nomotética.

A análise ideográfica tornou visível a ideologia contida no discurso ingênuo de cada depoente, bem como a captação das Unidades de Significados após leituras repetidas e atentas às descrições que continham estruturas essenciais responsivas ao objetivo do estudo, empregando, desse modo, a redução fenomenológica. Para tal, atentou-se à imersão empática nas descrições; na ampliação do olhar sobre estas; suspensão de pressupostos; transposição de frases para significados.

A nomotética transpôs o individual para o geral possibilitando, assim, formular e descrever as generalidades do fenômeno sob a forma de categorias ou proposições despidas de considerações apriorísticas. Nesta etapa, analisou-se o conteúdo de forma geral, identificaram-se e agruparam-se as convergências com o propósito de revelar ideias comuns do fenômeno; descrição e reflexão dos conteúdos.¹¹

A etapa de campo abrangeu os meses de janeiro e fevereiro de 2014 e somente teve início após deferimento do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora sob CAAE nº 23383113.9.0000.5147 e parecer nº 454.778, com o cumprimento aos preceitos éticos de acordo com a Resolução nº 466/2012.¹²

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na caracterização das dez depoentes, tem-se que a média de idade foi de 33 anos, três gestações, dois partos e 0,4 abortos. Dentre as vias de parto da última gestação, equilibrou-se o número de partos vaginais e cesáreos. No tocante à classificação de risco gestacional, três mulheres por hipertensão gestacional, dois por diabetes prévio, dois por pré-eclampsia, um por aborto, um por portar dispositivo intrauterino e um por Síndrome do Anticorpo Anti-Fosfolípideo. O parto ocorreu em média com 36 semanas de gestação e as participantes estiveram internadas na Instituição Hospitalar durante a última gestação 1,7 vezes além da internação para o parto.

Acerca do cuidado hospitalar, as mulheres que vivenciaram uma gestação de alto risco significaram: as diferentes compreensões acerca do cuidado hospitalar; do maravilhoso ao desagradável; O cuidado hospitalar se estende ao cuidado com o bebê durante e após a gestação.

♦ Unidade de Significado I: As diferentes

compreensões acerca do cuidado hospitalar: do maravilhoso ao desagradável

As mulheres significaram o cuidado hospitalar em internações anteriores e durante o ciclo gravídico-puerperal mais recente. Compreenderam o maravilhoso quando a equipe de enfermagem e a equipe médica as trataram bem e de modo atencioso. Acentuaram a proximidade do cuidado de enfermagem do ponto de vista técnico e da intersubjetividade na medida da pressão arterial, na aplicação da insulina, no banho, na amamentação e durante o parto:

Foi perfeito, se não fossem eles eu não tinha ganhado ela, foi ótimo. Fui atendida assim, muito rápido, as meninas da enfermagem já mediram a pressão e já falaram, já fui rapidinho para eles, elas foram muito legal. Nossa! Em tudo, inclusive na hora do parto. (G01)

O atendimento foi muito bom, as enfermeiras, muitos atenciosas, até quando eu cheguei pra ganhar, o médico superatencioso, as enfermeiras ajudavam no banho, a amamentar, tudo direitinho. (G02)

Ah foi ótimo, nossa eu recebi todo apoio do hospital, todo apoio mesmo, foi muito bom, sabe? Eu me senti muito abençoada, as enfermeiras foram muito boas comigo também. (G03)

Eu fui tratada bem, eu já conheço o pessoal lá, eu já trabalhava lá. (G04)

Ah, as enfermeiras me trataram bem. (G05)

Foi boa a minha internação, assim, apesar de ter sido de repente, repentinamente, não tenho o que reclamar. (G06)

Ah, eu não tenho do que reclamar não, sabe?! Tanto na primeira quanto na segunda, não tenho o que reclamar, o tratamento foi bom, não é puxa-saco não, pelo menos eu né, com esse problema de ter que tomar insulina, toda hora vem alguém e te fura, toda hora alguém fura seu dedo, sabe, então as enfermeiras eram muito carinhosas, conversavam muito comigo sabe? Então assim foi bom. (G09)

Ah assim, foi muito bem, né, bem cuidado, foi muito tranquilo, as médicas que eu passei também, elas me deram muito atenção e graças a Deus ficou tudo tranquilo. (G10)

Em contrapartida, significaram dor, espera, dúvida e preocupação compreendendo-se descuidadas no ambiente hospitalar por alguns membros da equipe multiprofissional. Expressaram que estes profissionais relacionaram-se de modo impessoal, distante e, em alguns momentos, agressivos, o que acarretou tristeza e chateações. Também relataram o sofrimento na vivência de uma gestação de alto risco, a desatenção dos profissionais de saúde a este sofrimento e a

carência de orientação acerca dos fatores de risco gestacionais. Mostram sua passividade frente à imposição e ao poder profissionais. Compreendem que o cuidado em saúde, nesse sentido, precisa ser repensado:

A gente fica meio chateada, triste, porque eu fiquei lá assim, eu cheguei o médico falou, é parto normal, não vai ter jeito. Aí fiquei esperando, eles foram fazer uma cesárea e me deixaram lá esperando. Quando eles chegaram que o médico falou assim: vamos estourar a bolsa dela que tem que nascer agora, aí ele estourou a bolsa e a água não saiu. Eles foram forçando o parto, quando puxaram ela, eu senti muita dor, mas até aí eu não sabia o que tinha acontecido [...]. Eu acho que eles deveriam ter hora, prestar mais atenção que essas mulheres que estão tendo neném, estão sofrendo muito, eu não desejo pra ninguém o que eu passei, não desejo que as pessoas passem por muita coisa que está acontecendo, isso aí tem que ser repensado. (G05)

Eu internei com a pressão dezoito por doze, fiz o parto com quinze por oito, não chegou a normalizar, mas tinha que fazer de qualquer forma, que a médica foi bem clara, ela falou que eu e o neném já estávamos em risco, então tinha que fazer a cesárea. (G06)

Aí chegou o dr.bronco, que falou que três, se tem dois parto normal, por que não fazer o terceiro, que a falta de liquido não tinha importância porque ela demorou muito mesmo a sair...nossa! (G07)

Ah, eu não vou falar muito bem, eles me atenderam muito mal, eu tava lá, meu tampão rompeu, os médico nem iam, num ia quase lá nada, meu marido teve que reclamar com a supervisora do hospital, teve que reclamar pra me olhar. (G08)

Eu passei por isso e foi terrível sabe?! Porque eu tive um aborto e até hoje eu não sei o motivo, então eu perguntei pra médica e ela falou assim que já poderia ser por causa da diabete sabe?! E ela falou assim que no caso eu teria que ter feito o exame antes, mas quando eu engravidei eu fui descobrir eu já tava de três meses e a minha médica nem preocupou em fazer exame pra saber se tinha diabetes. (G09)

♦ Unidade de Significado II: O cuidado hospitalar se estende ao cuidado com o bebê durante e após a gestação.

As mulheres significaram que após o nascimento do bebê, os cuidados a este dispensados afetam-nas diretamente, somando positivamente ou negativamente à sua compreensão acerca do cuidado hospitalar. Compreendem como bom o cuidado durante a amamentação e os efeitos benéficos da assistência dispensada para a vida da criança após a alta. Por outro lado,

mostram-se afetadas por intercorrências durante o parto e da condição de saúde da criança ao nascer.

Nossa! Tudo ótimo. Foi muito bom, a moça me ensinou a dar o mamá, ela mamou desde o primeiro minuto que veio para mim. (G01)

No dia que ela nasceu assim, foi tranquilo, eu falo que foi Deus mesmo, porque eu não senti nada, foi maravilhoso. Nenhum problema, ela quase não adoece, ela nasceu grande, nasceu com bastante peso, nasceu saudável. (G02)

A minha menina ficou bem, ela nasceu de dois quilos e seiscentos, foi pra casa com dois e quatrocentos e já sai com ela, já foi direto por quarto. (G04)

O braço dela, porque quebrou a clavícula, ela era muito grande na hora de tirar. (G05)

Só passei muito aperto com relação à internação do meu filho né, que ele ficou cinquenta e nove dias, ele chegou a gripar lá no hospital, ele nasceu com um quilo só né, baixo peso, prematuro. (G06)

Mesmo com a dieta, com seis meses ele já pesava três quilos, aí o médico optou em tirar porque se não ele ia ter problema de coração, aí ele optou em tirar. Eu custei para dar o peito, não conseguia, o leite não saía, aí a moça foi lá me ensinou como é que tirava sabe? (G09)

Dentre os objetivos do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), destaca-se o somatório de esforços no sentido de reduzir a morbimortalidade materna, peri e neonatal. Para tal, prioriza a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal no parto e puerpério sob a perspectiva da ética e solicitude dos profissionais de saúde que assistem as gestantes de modo a acolhê-las e da implementação de estratégias de cuidado em saúde benéficas no acompanhamento do parto e nascimento, em detrimento das práticas intervencionistas comumente utilizadas, que geram mais riscos que benefícios.³

Leva-se em consideração que a qualidade e a humanização desta assistência em nível hospitalar estão atreladas àqueles profissionais que têm seu processo de trabalho pautado no acolhimento com escuta ativa, empática e livre de preconceitos. No tocante à gestante de risco, para além dos sinais e sintomas clínicos, apresentam-se sentimentos de vulnerabilidade, uma vez que a gestação é permeada por transformações de cunho social, de organização familiar, autoestima e identidade.¹³

São inerentes a este processo alterações psíquicas e emocionais, acarretadoras de mudanças no humor e comportamento, medo e angústia, os quais, na maioria das vezes, configuram-se como sentimentos apartados do

cuidado hospitalar por receio ou desconhecimento da equipe, ou pela falta de preparo para lidar com tais sentimentos. Entretanto, a atenção dispensada pelo profissional confere maior vínculo e segurança, contribuindo para o bem-estar físico e consequente minimização das possíveis complicações do risco gestacional.¹⁴

Evadindo-se dos atuais programas direcionados à saúde materna e da mulher, encontram-se, no âmbito hospitalar, profissionais com posturas equivocadas que velam a humanização da assistência dispensada à gestante de alto risco. Com isso, o descuido inibe a concretude da integralidade da assistência com prejuízos importantes para o protagonismo da mulher no momento do parto e no rol de ações promotoras de saúde ao longo de sua vida reprodutiva em risco por conta da patologia de base.¹⁴⁻¹⁵

A partir da década de 70, a enfermagem obstétrica ganhou vulto e expressão por meio de dispositivos ministeriais que garantiram seu exercício. Amparadas pela legislação, as enfermeiras atrelaram suas práticas às intenções governamentais em âmbito nacional e internacional. Para tal, buscaram realizar capacitações, eventos para difusão do conhecimento e cursos de especialização. Assim, foi possível inaugurar uma nova era de expressão e autonomia do cuidado de enfermagem em obstetrícia.¹⁶

Em outro polo de atuação, contrário à biomedicalização e tecnocracia do parto, as enfermeiras obstétricas pautaram o cuidado de enfermagem à gestante/parturiente/puérpera no respeito à decisão da mulher, no zelo ao seu corpo e na presença do acompanhante de seu desejo, configurando movimentos de práticas humanizadas em resposta à PHPN.⁵

A equipe de enfermagem, sensível à escuta e solícita para com a gestante, valoriza em igual proporção a realização dos procedimentos técnicos - indispensáveis para a saúde da mãe e do bebê - e as subjetividades que permeiam o ciclo gravídico puerperal como um todo.¹⁷ Esta dupla valorização confere a abertura necessária para as orientações advindas das dúvidas da mulher em detrimento da opinião do profissional acerca do que esta precisa ouvir. Isto permite o estabelecimento de relações mais humanas embasadas pelo vínculo e confiança, além de revelar a enfermagem como arte mediada pelo conhecimento científico.¹⁸

Em paralelo, este modo de cuidar em enfermagem atende às expectativas da

mulher-mãe no tocante às orientações necessárias ao cuidado com os bebês, superando inseguranças advindas do desconhecimento em torno da higiene do bebê e do processo de amamentação, especialmente em primíparas. Ressalta-se a preocupação que a equipe de enfermagem deve ter em relação às diferentes culturas e modos de compreensão das puérperas. A prevalência do diagnóstico de enfermagem Amamentação Eficaz em uma unidade de alojamento conjunto ratifica a importância da orientação de enfermagem, nos moldes da proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno.¹⁸⁻²⁰

Nesse contexto de práticas, destaca-se a iniciativa da educação para o desenvolvimento da identidade materna em primigestas e múltiparas antes e após o nascimento, com a continuidade das ações assistenciais voltadas para o apoio do processo mútuo de percepção das mães e seus bebês em prol da autoconfiança materna.²¹ Por outro lado, configuram-se presentemente como fatores dificultadores ao exercício da humanização, a falta de estruturação do ambiente físico, de condições adequadas para o planejamento e execução do processo de trabalho, admissões de pacientes para além da capacidade institucional, a escassez de enfermeiros e demais profissionais de enfermagem.²² Aliados a isso, remontam ainda a falta de conhecimentos da equipe de enfermagem acerca da prevenção de complicações relacionadas à lactação, ao manejo para a promoção de boa pega com maior precocidade possível para o início da amamentação. Nesse sentido, as constantes atualizações e capacitações devem fazer parte do programa institucional e de autodesenvolvimento do enfermeiro em busca de uma melhor qualidade assistencial, capaz de promover a superação das limitações impostas pelo cotidiano assistencial.²³

CONCLUSÃO

Ao compreender o cuidado hospitalar de mulheres que vivenciaram uma gestação de alto risco, foi possível identificar a importância conferida ao cuidado de enfermagem na medida em que este proporcionou acolhimento, segurança e amparo, conferindo à assistência a qualificação e humanização de que prescinde, além de contribuir para minimizar complicações advindas da desatenção profissional.

No cenário abordado, as depoentes apontaram o quanto o cuidado de enfermagem se mostrou importante no

ambiente hospitalar. Isso porque o cuidado em questão suplantou a ótica meramente objetiva, indo ao encontro das especificidades das mulheres e indicando ser possível vencer o desafio de transcender práticas meramente medicalizadoras em direção à integralidade pretendida pelas políticas de saúde da mulher.

Nesse sentido, a construção da visibilidade profissional pressupõe uma multiplicidade de atividades técnico-científicas aliadas ao desenvolvimento de habilidades interativas fortalecidas em bases sociopolíticas.

A despeito da limitação desta pesquisa, em virtude do número de participantes e locus único, seus resultados apontam significados e possibilidades de reflexão acerca da autonomia da Enfermagem Obstétrica em instituição em que o parto é realizado pela equipe médica, sugerindo a ampliação da visão do fenômeno situado a partir de novas investigações.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade [Internet]. Brasília: Datasus; 2015 [cited 2015 Aug 15]. Available from: <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>
2. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2012. Geneva: WHO; 2012.
3. Freitas LF, Vasconcelos CTM, Moura ERF, Pinheiro AKB. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. Rev Eletr Enf [Internet]. 2009 [cited 2014 Aug 01];11(2):424-8. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM nº 569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: DF; 2000.
5. Camacho KG, Progiante JM. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. Rev Eletr Enf [Internet]. 2013 [cited 2015 Aug 15];15(3):648-55. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.18588>
6. Oliveira VJ, Madeira AMF. Intergaindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco. Esc Anna Nery [Internet]. 2011 [cited 2015 Aug 15];15(1):103-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/15.pdf>
7. Lara Vásquez C, Pulido Acuña GP, Castiblanco Montañez RA. La fenomenología para el estudio de la experiencia de la gestación de alto riesgo. Enferm Glob [Internet]. 2012 [cited 2015 Aug 15];11(28):295-305. Available from:

<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/ensayo1.pdf>

8. Boemer MR. A fenomenologia do cuidar - Uma perspectiva de enfermagem. In: Peixoto AJ, Holanda AF. Fenomenologia do cuidado e do cuidar: Perspectivas multidisciplinares. Curitiba: Juruá; 2011.

9. Amorim TV, Salimena AMO, Melo MCSC, Souza IEO, Silva LF. Sentidos do ser-aí-mulher-após-cirurgia-cardíaca à luz de Heidegger. Rev Rene [Internet]. 2013 [cited 2015 Aug 13]; 14(5): 988-95. Available from:

<http://www.redalyc.org/html/3240/324028789016/>

10. Amorim TV, Arreguy-Sena C, Alves MS, Salimena AMO. Cuidado sistematizado em pré-operatório cardíaco: teoria do cuidado transpessoal na perspectiva de enfermeiros e usuários. Rev Bras Enferm [Internet]. 2014 [cited 2015 Aug 05];67(4):568-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0568.pdf>

11. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Centauro; 2003.

12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

13. Oliveira VJ, Madeira AMF, Penna CMM. Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. Rev Rene [Internet]. 2011 [cited 2014 Aug 14];12(1):49-56. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a07v12n1.pdf

14. Rubarth LB, Schoening AM, Cosimano A, Sandhurst H. Women's experience of hospitalized bed rest during high-risk pregnancy. JOGNN nursing [Internet]. 2012 [cited 2014 Aug 15]; 41(3):398-407. Available from: [http://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)31153-9/pdf](http://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)31153-9/pdf)

15. Xavier RB, Bonan CJ, Martins AC, Martins AC, Silva KS. Reproductive risks and comprehensive care of pregnant women with hypertensive syndromes: a transversal study. Online Braz J Nurs [Internet]. 2013 [cited 2014 Aug 15];12(4):823-33. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4249/pdf_28

16. Prata JA, Progiante JM. Influência da prática das enfermeiras obstétricas na construção de uma nova demanda social. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2013 [cited 2014 Aug 23];21(1):23-8. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v21n1/v21n1a04.pdf>

17. Wilhelm LA, Alves CN, Santos CC, Castiglioni CM, Cremonese L, Ressel LB. Aspectos emocionais de mulheres na gestação de alto risco. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2014 Aug 20];7:5821-4. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem>

</index.php/revista/issue/view/80>

18. Pieszak GM, Terra MG, Neves ET, Pimenta LF, Padoin SMM, Ressel LB. Percepção dos profissionais de enfermagem acerca do cuidar em centro obstétrico. Rev Rene [Internet]. 2013 [cited 2014 Aug 20];14(3):568-78. Available from:

<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1144/pdf>

19. Silva EP, Alves AR, Macedo ARM, Bezerra RMSB, Almeida PC, Chaves EMC. Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação em unidade de alojamento conjunto. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013 [cited 2014 Aug 20];66(2):190-5. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/06.pdf>

20. Ong SF, Chan WC, Shorey S, Chong YS, Klainin-Yobas P, He HG. Postnatal experiences and support needs of first-time mothers in Singapore: a descriptive qualitative study. Midwifery [Internet]. 2014 [cited 2014 Aug 20];30(6):772-8. Available from:

[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(13\)00285-4/pdf](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(13)00285-4/pdf)

21. Hava O, Sevinc P. Maternal identity development educations on maternity role attainment and my baby perception of primiparas. Asian Nurs Res [Internet]. 2011 [cited 2014 Aug 15];5(2):108-17. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1976131711600194>

22. Pieszak GM, Terra MG, Neves ET, Pimenta LF, Padoin SMM, Ressel LB. Percepção dos profissionais de enfermagem acerca do cuidar em centro obstétrico. Rev Rene [Internet]. 2013 [cited 2014 Aug 123];14(3):568-78. Available from:

<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1144/pdf>

23. Carvalho ACO, Saraiva ARB, Gonçalves GAA, Soares JR, Pinto SL. Breastfeeding: providing care in rooming-in care. Rev Rene [Internet]. 2013 [cited 2014 Aug 20];14(2):241-51. Available from:

<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/80>

Submissão: 12/05/2016

Aceito: 17/07/2016

Publicado: 01/11/2016

Correspondência

Michele Nakahara Melo

Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu - Mestrado em Enfermagem

Faculdade de Enfermagem

Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF

Rua Wolfgang Amadeus Mozart, 400

Bairro São Pedro

CEP 36036-631 — Juiz de Fora (MG), Brasil