



ARTIGO ORIGINAL

VISITA DOMICILIAR NO PRÉ-NATAL: EXPECTATIVAS DE GESTANTES DE RISCO  
PRENATAL HOME VISITS: EXPECTATIONS HIGH-RISK PREGNANT WOMEN

VISITA AL HOGAR EN PRENATAL: EXPECTATIVAS DE LAS MUJERES EMBARAZADAS POR EL RIESGO

Letícia de Oliveira Castro<sup>1</sup>, Bruna Felisberto de Souza<sup>2</sup>, Bruna de Souza Lima Marski<sup>3</sup>, Maria Emília Pereira Lopes<sup>4</sup>, Paula Renata Miranda dos Santos<sup>5</sup>, Monika Wernet<sup>6</sup>.

RESUMO

**Objetivo:** analisar as expectativas de gestantes de alto risco acerca da visita domiciliar enquanto parte do pré-natal. **Método:** trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, desenvolvido sob o referencial do Interacionismo Simbólico. Realizou-se a coleta de dados com dez gestantes de alto risco, por meio de entrevistas individuais gravadas em dispositivo de áudio digital, transcrevendo-as posteriormente em sua íntegra. Sofreram-se, pelo texto derivado da transcrição, os processos analíticos da técnica de Análise de Conteúdo na modalidade Análise Temática. **Resultados:** elucida-se que as expectativas são de poder dialogar com profissionais de saúde as necessidades não correspondidas nas práticas de pré-natal. Elencaram-se duas categorias temáticas: << Diálogo continuado com profissional de saúde >> e << Acolhimento informacional >>, que apresentam os pormenores. **Conclusão:** infere-se que o estudo dá visibilidade às insuficiências relacionais nas práticas de pré-natal a gestantes de alto risco e revela-se a prospecção dessas mulheres em ser a visita domiciliar contraponto a tal lacuna. **Descritores:** Visita Domiciliar; Gravidez de Alto Risco; Cuidado Pré-Natal; Pesquisa Qualitativa; Relações Profissional-Paciente; Integralidade em Saúde.

ABSTRACT

**Objective:** to analyze the expectations of high-risk pregnant women regarding home visits as part of prenatal care. **Method:** this is a qualitative, descriptive study, developed under the framework of Symbolic Interactionism. Data collection was carried out with ten high-risk pregnant women, through individual interviews recorded on a digital audio device, later transcribing them in their entirety. Due to the text derived from the transcription, the analytical processes of the Content Analysis technique under the Thematic Analysis modality were suffered. **Results:** it is clarified that the expectations are to be able to dialogue with health professionals about the unmet needs in prenatal practices. Two thematic categories were listed: << Continued dialogue with health professionals >> and << Informational reception >>, which present the details. **Conclusion:** it is inferred that the study gives visibility to relational insufficiencies in prenatal practices to high-risk pregnant women and reveals the prospect of these women to be the home visit counterpoint to this gap. **Descriptors:** Home Visit; High-Risk Pregnancy; Prenatal Care; Qualitative Research; Professional Patient Relationships; Comprehensive Health Care.

RESUMEN

**Objetivo:** analizar las expectativas de las mujeres embarazadas de alto riesgo con respecto a las visitas domiciliarias como parte de la atención prenatal. **Método:** es un estudio cualitativo, descriptivo, desarrollado en el marco del Interaccionismo Simbólico. La recopilación de datos se realizó con diez mujeres embarazadas de alto riesgo, a través de entrevistas individuales grabadas en un dispositivo de audio digital, que luego se transcribieron en su totalidad. Debido al texto derivado de la transcripción, se sufrieron los procesos analíticos de la técnica de Análisis de Contenido bajo la modalidad de Análisis Temático. **Resultados:** se aclara que las expectativas son poder dialogar con profesionales de la salud sobre las necesidades no satisfechas en las prácticas prenatales. Se enumeraron dos categorías temáticas: << Diálogo continuo con profesionales de la salud >> y << Recepción informativa >>, que presentan los detalles. **Conclusión:** se infiere que el estudio da visibilidad a las insuficiencias relacionales en las prácticas prenatales para mujeres embarazadas de alto riesgo y revela la posibilidad de que estas mujeres sean el contrapunto de visitas domiciliarias a esta brecha. **Descritores:** Visita Domiciliaria; Embarazo de Alto Riesgo; Atención Prenatal; Investigación Cualitativa; Relaciones Profesional-Paciente; Integralidad en Salud.

<sup>1,2,3,4,5,6</sup>Universidade Federal de São Carlos/UFSCar. São Carlos (SP), Brasil. <sup>1</sup><https://orcid.org/0000-0003-2685-3565> <sup>2</sup><https://orcid.org/0000-0003-1858-8896> <sup>3</sup><https://orcid.org/0000-0002-8661-2424> <sup>4</sup><https://orcid.org/0000-0002-6368-5778> <sup>5</sup><https://orcid.org/0000-0002-7443-9783> <sup>6</sup><https://orcid.org/0000-0002-1194-3261>

Como citar este artigo

Castro LO, Souza BF de, Marski BSL, Lopes MEP, Santos PRM dos, Wernet M. Visita domiciliar no pré-natal: expectativas de gestantes de alto risco. Rev enferm UFPE on line. 2020;14:e244258  
DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.244258>

## INTRODUÇÃO

Infere-se ser a atenção pré-natal estratégica para a saúde de mulheres e crianças,<sup>1-2</sup> porém, no Brasil, está incipiente quanto ao acesso, cobertura e qualidade.<sup>3</sup> Prevalece-se, no contexto da gestação de alto risco, a abordagem biomédica e há lacunas quanto ao acompanhamento compartilhado entre serviços especializados e da atenção básica,<sup>2</sup> aspecto que fragiliza o acolhimento de necessidades.

Recomendam-se, na direção de superação das fragilidades, apostas na escuta qualificada e vínculo,<sup>1,5</sup> quando a Visita Domiciliar (VD) está destacada, dadas as chances de interação mais intensa entre profissionais de saúde e demandantes de seu cuidado.<sup>6</sup> Qualifica-se o cuidado pelas VDs na atenção pré-natal, assim como desfechos positivos em termos de indicadores de saúde.<sup>7-8</sup>

Intenciona-se adensar discussões acerca da qualificação da atenção pré-natal no contexto do alto risco gestacional, e este estudo direcionou a atenção para as expectativas de mulheres quanto a receber visita domiciliar enquanto integrante da assistência no pré-natal de um serviço especializado em gestação de alto risco. Questiona-se: “O que pensam gestantes com gravidez de alto risco acerca da visita domiciliar? Quais expectativas depositam?”.

Reconhece-se que expectativas são derivadas do convívio social e, dessa forma, o Interacionismo Simbólico (IS) apresentou-se enquanto referencial potente, uma vez entender ser nas e a partir das interações sociais que significados são estabelecidos e transformados, com desdobramentos a comportamentos e ações.<sup>9</sup>

## OBJETIVO

- Analisar as expectativas de gestantes de alto risco acerca da visita domiciliar enquanto parte do pré-natal.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo desenvolvido em cidade do interior paulista junto a dez mulheres gestantes de alto risco que optaram por receber VD em seu pré-natal. Ofertou-se VD como intervenção de estudo de doutoramento intitulado “Alcances de programa de visita no pré-natal de alto risco”, com parecer positivo emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, sob número de parecer 2.467.733, em 2018.

Intenciona-se, no município em que foi desenvolvido este projeto, uma atenção pré-natal à gestante de alto risco prevista para ser desenvolvida em parceria entre Atenção Básica e o

serviço ambulatorial. Ressalta-se que as práticas deste último não preveem VD.

Regulou-se a participação das mulheres pelos critérios de inclusão: (1) estar gestante diagnosticada como gravidez de alto risco; (2) ter idade igual ou superior a 18 anos ou, quando adolescente, ser emancipada; (3) estar determinado o seu acompanhamento pré-natal junto ao serviço ambulatorial e (4) ter aceitado participar de estudo supracitado. Elencaram-se como critérios de exclusão: (1) condições que interfiram em habilidades da mulher para prover narrativas compreensíveis, como, por exemplo, adoecimentos mentais, severos déficits cognitivos e sensoriais e (2) gestantes com gravidez de crianças com malformações já identificadas.

Executou-se a coleta de dados anterior ao início da intervenção da pesquisa de doutoramento, entre os meses de janeiro a dezembro de 2019. Determinou-se como estratégia para a obtenção dos dados a entrevista disparada pela colocação: “Conte-me o que pensou quando aceitou receber visitas domiciliares desenvolvidas por enfermeiro no seu pré-natal”. Apresentaram-se, se necessárias, as perguntas: “Quais são suas expectativas?”; “O que você espera receber nestas visitas?”. Desenvolveram-se as entrevistas pela primeira autora e estas ocorreram em domicílio na visita denominada zero do estudo de doutoramento. Gravaram-se todas elas em dispositivo de áudio digital, transcrevendo-as posteriormente em sua íntegra. Sofreram-se, pelo texto derivado da transcrição, a técnica de Análise de Conteúdo na modalidade Análise Temática, que constam de três etapas: (1) pré-análise, com leituras repetidas e flutuantes do material transcrito; (2) “exploração do material”, ao longo da qual ocorre a busca, extração e primeira categorização de unidades do texto (trechos e/ou frases) a partir da inferência de representação de conteúdo manifesto; (3) “tratamento dos resultados e interpretação”, quando o material da etapa anterior é interpretado para compor um arrazoado acerca do fenômeno pautado em categorias temáticas, ou seja, classificação temática de elementos segundo suas semelhanças e diferenciação.<sup>10</sup>

Aponta-se que todos os preceitos éticos contidos nas resoluções brasileiras para pesquisas com seres humanos foram respeitados, com destaque a ter sido a participação consentida e voluntária, oficializada mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Identificaram-se, para preservar o anonimato das participantes, os excertos pela letra G seguida de número (um a dez) que corresponde à ordem de entrada neste estudo.

## RESULTADOS

Revela-se que, ao todo, dez mulheres foram entrevistadas, com média de idade de 32,3 anos de idade, variando entre 23 anos e 39 anos. Detalha-se que os diagnósticos que determinaram a classificação de gravidez de alto risco prevalentes foram: síndromes hipertensivas da gravidez e Diabetes Mellitus gestacional. Acrescenta-se que, das dez mulheres, duas eram primigestas; três tinham um filho vivo e estavam gestando o segundo; três estavam em sua terceira gestação; todas possuíam histórico de um aborto e duas vivenciavam a quarta gestação, todas com três filhos vivos.

Elencaram-se duas categorias temáticas - **Diálogo continuado com profissional de saúde e Acolhimento informacional** - que descrevem as expectativas acerca da VD e revelam insuficiências da atenção pré-natal e necessidade premente de acolhimento informacional e interacional.

### ◆ Diálogo continuado com profissional de saúde

Destaca-se que a atenção pré-natal ofertada esteve marcada por insuficiências com relação direta com a opção em receber VD. Sobressaem-se denúncias acerca: do longo tempo de espera pela consulta, do curto tempo de duração delas, bem como da falta de acolhimento, inclusive, com experiências de indiferença e rispidez de profissionais. Acrescenta-se que houve verbalização de pouco sentido da atenção recebida, com insatisfação.

*[...] eu vou lá pro alto risco e já quero vir embora porque você fica esperando muito, o que já é estressante, você espera, aí, quando você entra lá você já quer se livrar, eu mesmo já entro querendo sair, os profissionais muito secos, diretos, nem olham direto para gente. Ir lá para quê? (G10)*

*Eu achava que, por ser de alto risco, eu seria bem mais acompanhada. Eu achei até mesmo por ser de alto risco que eu ia, mas não estou sendo, de forma geral, não. (G9)*

Caracterizaram-se as consultas enquanto centradas em abordagem morfofuncional, com acesso a exames diagnósticos, mas com fragilidades relacionais. Depositaram-se, assim, no recebimento de VD, a complementação e qualificação desta atenção, sobretudo em termos de 'espaço de fala' e de 'encontro com um profissional da saúde'.

*Se houver um acompanhamento domiciliar para todas as mulheres que são de alto risco, seria ótimo, porque é o que falta. Porque lá [ambulatório] é exames, né, exames e laboratório. Acho que tudo o que for para acrescentar na minha gestação está ótimo, um espaço para poder falar, contar minhas coisas. (G3)*

*[Receber as VDs] é bom acompanhar, tipo, no pré-natal, você não consegue tirar muitas*

*dúvidas. A médica de lá é super, sempre foi super seca, tipo, tem coisas assim que são coisas bobas, mas, tipo, você tira dúvidas. [...] achei diferente vir uma enfermeira aqui em casa para conversar, saber como é, porque, tipo, nunca ninguém se interessou. [...] se o meu marido tiver alguma dúvida, ele pode perguntar para a enfermeira. (G8)*

Assinala-se veemente a necessidade de elas poderem contar particularidades de sua vida ao profissional de saúde, expor perguntas, entrar em diálogo com ele, porém, sentem falta de conforto e liberdade interacional. Entende-se que o ambiente do domicílio e o fato de ser um mesmo profissional que desenvolverá a VD promoverão liberdade de expressão, com chances aumentadas de ofertarem informações, apresentarem dúvidas e serem acolhidas, mas elas não perceberam o espaço do ambulatório e das consultas como de potencialidade para a fala.

*[...] no caso de ter uma visitadora, até eu ganhar o meu bebê, eu vou ter a liberdade de falar - olha, eu estou com uma dor aqui, você pode olhar?! Ou - olha, eu estou com uma manchinha aqui, você pode olhar?! Porque você cria essa liberdade, né, mas ali no alto risco, toda semana, é uma pessoa diferente, então, fica uma coisa assim - será que eu falo, será que não falo? (G1)*

*Nem sempre a gente lembra de todas as dúvidas, né?! E quando estamos aqui [no domicílio], a gente sempre lembra ou, pelo menos, já coloca em algum lugar marcado para lembrar do que vamos perguntar, então, aqui, é melhor do que no consultório para falar. (G4)*

Pondera-se que, para uma mulher que já considerava ter uma característica de ser "travada" nas interações, o contexto relacional encontrado nas consultas não a estimulava a ter iniciativas, só potencializava o fechamento, apesar de sua necessidade em conversar com o profissional.

*Não estou querendo reclamar, mas as duas vezes que passei lá, a médica nem olhou na minha cara direito. Então, eu nem fico perguntando as coisas. Ainda mais eu, que sou meio "travadona" de conversar com alguém estranho. Tipo, estou dentro da minha casa, no meu ambiente e converso tranquila [...]. (G8)*

Identifica-se que outra gestante referiu imensa felicidade com a oportunidade de receber a VD diante da esperança de poder contar com um espaço diferenciado, afirmando ter sido Deus que a "presentou".

*[...] eu fiquei bem, bem assustada com o alto risco, com o atendimento de lá. Então, assim, eu fui, vi que a consulta era rapidinha, aí, falei: "Nossa, será que não tem outro acompanhamento?". Aí, a enfermeira visitadora ligou e eu falei: "Ai! Foi Deus!" (G9)*

Compreende-se, ainda, que três mulheres trouxeram a possibilidade de vivenciar acolhimento na relação com a visitadora. Pontua-se que as

situações eram distintas, mas guardavam conexão com o sofrimento, uma frente à desconfiança profissional depositada nela quanto à adesão ao tratamento, outra pela solidão sentida e outra pela desesperança diante de dor por perda gestacional recente de feto de termo. Apresentam-se as visitas ser significadas enquanto possibilidade de transformação do sofrimento.

*Ah, deve ser bom ter uma pessoa lá na minha casa ver o que está acontecendo porque, às vezes, dá uma impressão de que a mulher não está fazendo direito, né, por exemplo, no meu caso, eu estava tomando remédio e, mesmo assim, minha pressão não regulava, aí, eu pensei - bom, se for na minha casa, vai ver que eu estou tomando o remédio certinho. (G1)*

*[...] não espero nada, sem expectativas. Todas as fichas foram esgotadas em 2018. Então, seja o que Deus quiser [...] foram tantos momentos ruins que tenho até medo de desejar algo, mas vou tentar as visitas, quem sabe encontro acalento, se fui convidada, deve ser por Deus. (G5)*

*Para mim, acho que as visitas vão ser boas porque será um momento de não ficar tão sozinha em casa. (G10)*

#### ◆ Acolhimento informacional

Infere-se que as VDs, enquanto possibilidade de ampliar entendimento, em especial, a partir da obtenção de informações e equalização de dúvidas, esteve presente nas colocações das participantes. Compreende-se que ter a gestação classificada enquanto de alto risco é sério, carecendo de um acompanhamento profissional especializado e próximo. Observa-se que suas dúvidas não estavam sendo acolhidas, inclusive, para aquelas que estiveram vivenciando, pela segunda vez, a condição de alto risco gestacional, a sensação de desacolhimento repetia-se.

*E é bom, eu acho, porque vai tirar as dúvidas, né? (G1)*

*Quero tirar minhas dúvidas. (G2)*

*[...] o alto risco é uma coisa bem séria e como eu tinha algumas dúvidas depois do parto da B [nome da primeira filha], que eu fiquei muito tensa, nervosa, fiquei preocupada com o parto dela, por isso, eu aceitei. Quero entender a situação que vivo. (G4)*

*Eu acho que, na verdade, é mesmo as questões das dúvidas, [...] por isso, acho que vai ser legal receber as visitas, é isto, quero, tirar minhas dúvidas. (G7)*

*De uma forma geral, quero tirar dúvidas nas visitas, do que está por vir, do que estou vivendo agora, se é normal ou não, temas como amamentação, parto, essas coisas, assim, que a gente fica na dúvida. Acho que toda mulher grávida, né?! (G9)*

*[...] porque, às vezes, eu passo mal, às vezes, eu fico enjoada, às vezes, tem tanta coisa que a gente quer tirar dúvida. Por mais que seja minha segunda gestação, a terceira, porque a segunda eu perdi [...], mas tem coisas que a gente passa*

*na gravidez e acaba que não tem conhecimento, tem experiência por estar na segunda gestação, mas não tem conhecimento. Então, é ótima a visita. (G10)*

Averigua-se que, apesar de a maioria trazer apontamentos relativos a dúvidas da condição gestacional e do como se conduz a mesma, houve mulheres que mencionaram dúvidas relativas à maternidade e seu processo de trabalho e organização. Preocupava-se uma mulher com a exposição de seu diagnóstico e da necessidade de ficar respondendo a perguntas para outras pessoas, caso viesse a ser colocada em um quarto coletivo.

*Ah, eu espero que tire minhas dúvidas, que possa me ajudar naquilo que eu tenho de dúvida, que possa cessar mesmo, entendeu?! Tipo do parto, sobre o tratamento que tem lá na maternidade, como que funciona. Na gestação do meu outro filho, eu acabei ficando em um quarto sozinha, então, estou com medo de nesta ter alguém no quarto comigo e ficarem fazendo perguntas [referente ao seu diagnóstico de retrovírose]. (G8)*

Acentua-se que outra mulher é explícita ao afirmar que informação é direito e precisa ser mais considerada na atenção à saúde.

*E fico super feliz em pensar que talvez isso possa ajudar para, um dia, ter no sistema público essas visitas domiciliares que a gente vê que é super necessário, é direito, orientação é direito. (G3)*

## DISCUSSÃO

Elucida-se que as expectativas das participantes acerca da VD denunciam insuficiências da atenção pré-natal, sobretudo em relação ao interesse e à consideração de sua pessoa e necessidades. Projeta-se, nas VDs, acolhimento informacional e relacional, o que está em descompasso com os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, o da integralidade, que assume se contrapor a reducionismos e tecnicismos, bem como favorecer resposta ampliada às necessidades de saúde.<sup>11</sup>

Debate-se a qualidade da atenção pré-natal no Brasil, especialmente quanto ao engessamento de práticas e à tendência mecanicista e reducionista quando se adota uma abordagem exclusivamente centrada nas questões biomédicas.<sup>2,4</sup> Contribui-se, por este posicionamento, para práticas assistenciais atentas apenas a sinais e sintomas tradutores do funcionamento de sistemas orgânicos, negligenciando a subjetividade,<sup>12</sup> a historicidade e vida da mulher e sua família.

Discute-se a contribuição do uso de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), apoiados em evidências científicas, no desenvolvimento de diagnóstico de agravos de saúde e modos de tratamentos,<sup>13</sup> no entanto, uma assistência baseada exclusivamente neles pode ser insuficiente quanto a aspectos que abarcam a

singularidade de cada mulher, família e contexto de vida, os quais integram necessidades de saúde. Clama-se, por meio dos avanços na qualidade da atenção pré-natal, por mobilização de PCDT em relações intersubjetivas entre profissionais e os demandantes de seu cuidado. Requerem-se, no avanço para práticas mais integrais e humanas no pré-natal, encontros entre profissionais e gestantes.<sup>12</sup>

Questiona-se sobre o encontro entre profissionais e mulheres, sobretudo a partir das denúncias aqui trazidas: “De que natureza é ele? Qual entendimento tem o profissional acerca de seu papel frente aos compromissos com a saúde e com o outro? Se houvesse intenção de encontros, será que mulheres estariam denunciando consultas de pré-natal ‘curtas e rápidas’ como ocorreu neste estudo e em outros?<sup>12,14</sup> O que dizer quando são acrescidas de atitudes violentas como a rispidez ou o não contato ocular?”.

Aparenta-se, no conjunto, estar escasso o interesse do profissional pelo encontro com a mulher, sua história e necessidades, inclusive, para ofertar orientações, ação tão comum às práticas de saúde. Sentiram-se as atitudes pelas participantes enquanto desinteresse, produzindo passividade da mulher, que aparentemente cumpre a ida à consulta, mas não se revela nela. Trouxeram-se, pela VD, expectativas de poder revelar necessidades, revelar a si com vistas a uma gestação, parto e nascimento livres, ao máximo, de intercorrências e sofrimentos, o que se alinha às intenções do pré-natal de acordo com os documentos orientadores.<sup>1,5</sup>

Sabe-se que a correlação entre qualidade do pré-natal e a interação entre profissional e demandante do seu cuidado é fato, com premência de investimentos para uma comunicação mais efetiva, com chances de potencializar acesso e consideração ao contexto de cada gestante, sua singularidade e, conseqüentemente, repercutir em maior adesão e satisfação com o acompanhamento.<sup>15-6</sup>

Pondera-se estar a VD entre as estratégias para a melhoria do cuidado em saúde,<sup>17</sup> sobretudo por oportunizar, ao profissional, possibilidades diferenciadas de inserção na realidade e vida do demandante do cuidado, ampliando sua manifestação e fala.<sup>18</sup> Relata-se o ambiente do domicílio como propício para intervenções em saúde, em especial, pelo conforto que proporciona,<sup>18-9</sup> aspecto explicitado neste estudo. Torna-se necessário, porém, perguntar se outros espaços assistenciais não possuem potencialidade de prover contexto similar ou se o desconforto sentido nas consultas de pré-natal deva ser tomado enquanto esperado? Deu-se vazão, por algumas participantes, ao desconforto sentido nas consultas e o quanto este inibe o lançar-se nas interações, inclusive, desejando que se finde logo

aquele momento, assim como com a intenção de calar-se, guardar para si o incômodo das dúvidas e necessidade de informações que pairam em reflexões internalizadas.

Destaca-se que mulheres que vivenciam a gestação de alto risco convivem com a apreensão, sentem medo, ansiedade e incertezas,<sup>20</sup> aspecto que aparece na voz das mulheres deste estudo. Acrescenta-se que as indicativas de intervenção são de informação contínua, compreensível e adequada sobre o diagnóstico e a condição atuais.<sup>20</sup> Destaca-se que é no âmbito do sentir que preocupações, medos e anseios são manifestos e, quando o profissional faz investimentos em conversas, explorando-as, amplia chances de conhecer necessidades e acolhê-las. Acredita-se que a forma como o profissional conduz a assistência pré-natal é o diferencial,<sup>21</sup> ainda que se reconheçam as vantagens do ambiente domiciliar no cuidado e no seguimento do pré-natal. Concorda-se ser possível promover um cuidado pautado nas necessidades, nas percepções e expectativas em qualquer espaço,<sup>22</sup> a incluir aqueles nos quais se efetiva a atenção pré-natal de alto risco, a exemplo das consultas médicas e de Enfermagem.

Frisa-se que compete ao enfermeiro, e a todos os profissionais de saúde, a adoção do acolhimento e escuta enquanto horizonte ao cuidado.<sup>21</sup> Indagar-se acerca de quais são os sentimentos e expectativas das gestantes que estão à sua frente pode dar acesso à mulher e desencadear ações alinhadas aos princípios doutrinários do SUS e do pré-natal no Brasil. Vive-se o pré-natal humanizado quando mulheres vivenciam interesse e proximidade nas relações com o enfermeiro, com apostas no vínculo, relações dialógicas e escuta.<sup>14</sup> Carece-se, por isso, atenção em movimentar protocolos e técnicas a favor das necessidades de cada mulher,<sup>4</sup> aspecto não revelado nos resultados deste estudo.

Assinala-se, ainda, a fragilidade na continuidade do cuidado à gestante de alto risco<sup>23</sup> e a VD foi vislumbrada enquanto um recurso de contraponto. Deseja-se um profissional de referência, quando o enfermeiro tem a possibilidade de assumir este lugar, sobretudo pela condição diferenciada para promover vínculo.<sup>22</sup> Demonstrou-se, em estudo que discorreu sobre o trabalho deste no pré-natal de alto risco, sua potencialidade na abordagem das gestantes e na articulação de tecnologias duras e leve-duras, aspecto favorável para um ambiente terapêutico e protetor.<sup>25</sup>

Salienta-se que os resultados permitiram afirmar que gestantes de alto risco significam preocupante situação e clamam por uma atenção que seja específica, quando buscam entender sua condição, mas não alcançam entendimento, surgindo preocupações, medos e ansiedades.

Compõe-se esta vivência com relações com os profissionais de saúde marcadas pelo desinteresse e centradas em aspectos protocolares e, por vezes, até violentas. Retraem-se essas mulheres, diante desse cenário, na interação com o profissional, vivenciando o desacolhimento e, ao terem a oportunidade de receber VDs, floresce a expectativa de interação com profissionais receptivos às suas necessidades e dispostos a compartilharem conhecimentos que se comporão aos delas. Detêm-se, por qualquer encontro entre gestantes de alto risco e profissionais de saúde, as chances de efetivar consideração às singularidades, condição essencial para que o cuidado surja e seja mutuamente tecido.

## CONCLUSÃO

Exploraram-se, diante do objetivo proposto, as expectativas de gestantes de alto risco acerca da possibilidade de receberem VD enquanto parte do pré-natal e, a partir disso, refletiu-se acerca da qualificação desta atenção.

Conclui-se que, devido às preocupações e incertezas presentes na gestação de alto risco, as mulheres deste estudo depositaram na VD o suprimento das insuficiências sentidas no pré-natal, principalmente quanto ao acolhimento informacional e relacional. Acredita-se que o atitudinal do (s) profissional (is) que conduzia (m) o pré-natal esteve lacunar na escuta, especialmente em relação a sofrimentos, preocupações e dúvidas.

Assume-se o número de mulheres participantes enquanto um limite, assim como o fato de ter sido desenvolvido em um único município, com a particularidade de sua atenção em saúde. Referendam-se, apesar disso, pela literatura, as revelações obtidas a partir de um enfoque qualitativo, derivando apontamentos e reflexões passíveis de serem tomados na qualificação da atenção pré-natal de alto risco em contextos diversos.

Sugerem-se, portanto, estudos futuros que explorem o protagonismo da mulher no decorrer da atenção pré-natal de alto risco, pois os dados sinalizaram o recolhimento das mulheres nas interações com os profissionais, aspecto relevante às discussões de empoderamento feminino na atenção em saúde. Salienta-se, ainda, que a questão do profissional de referência, o cuidado continuado e o pré-natal de alto risco são temáticas que apareceram e podem obter exploração mais específica em novos estudos.

Observou-se ser o enfermeiro profissional que compõe a equipe do pré-natal de alto risco e as contribuições do estudo estão em dar visibilidade e fazer apontamentos para a atitude deste profissional nos encontros com as mulheres, sobretudo quanto à escuta, informação e valorização de sentimentos. Constitui-se, pelas

filosofias assistenciais que valorem a adoção de profissional de referência, uma possibilidade de qualificação do cuidado pré-natal e de Enfermagem.

## FINANCIAMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

## AGRADECIMENTOS

Agradece-se a todos do serviço especializado em gestação de alto risco do município, às gestantes de alto risco e a todos os dirigentes do órgão de fomento Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo financiamento de bolsa de estudo de Iniciação Científica.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2019 Aug 10]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cader\\_nos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cader_nos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)
2. Sanine PR, Venancio SI, Silva FLG, Aratani N, Moita MLC, Tanaka OY. Prenatal care in high-risk pregnancies and associated factors in the city of São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2019 Oct; 35(10):e00103118. DOI: [10.1590/0102-311x00103118](https://doi.org/10.1590/0102-311x00103118)
3. Mario DN, Rigo L, Boclin KLS, Malvestio LLM, Anziliero D, Horta BL, et al. Quality of prenatal care in Brazil: national health research. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019 Mar; 24(3):1223-32. DOI: [10.1590/1413-81232018243.13122017](https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.13122017)
4. Miranda EF, Silva AMN, Mandu ENT. Approaching health needs by nurse in prenatal consultation. *J Res Fundam Care Online*. 2018 Apr/June; 10(2):524-33. DOI: [10.9789/2175-5361.2018.v10i2.524-533](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.524-533)
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico gestação de alto risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2019 Aug 10]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf)
6. Rocha KB, Conz J, Barcinski M, Paiva D, Pizzinato A. Home visit in the health field: a systematic literature review. *Psic Saúde e Doenças*. 2017 Apr; 18(1):170-85. DOI: [10.15309/17psd180115](https://doi.org/10.15309/17psd180115)
7. Lakin A, Sutter MB, Magee S. Newborn well-child visits in the home setting: a pilot study in a family medicine residency. *Fam Med*. 2015 Mar; 47(3):217-21. PMID: [25853533](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25853533/)

8. Fracolli LA, Reticena KO, Abreu FCP, Chiesa AM. The implementation of a home visits program focused on parenting: an experience report. *Rev Esc Enferm USP*. 2018 Aug;52:e03361. DOI: [10.1590/S1980-220X2017044003361](https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017044003361)
9. Charon JM. Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration. 10th ed. London: Pearson; 2010.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
11. Kalichman AO, Ayres JRCM. Comprehensiveness and healthcare technologies: a narrative on conceptual contributions to the construction of the comprehensiveness principle in the Brazilian Unified National Health System. *Cad Saúde Pública*. 2016 Aug ;32(8):e00183415. DOI: [10.1590/0102-311X00183415](https://doi.org/10.1590/0102-311X00183415)
12. Silva LA, Alves VH, Rodrigues DP, Vieira BDG, Marchiori GRS, Santos MV. The humanization of prenatal care under the pregnant women's perspective. *J Res Fund Care Online*. 2018 Oct/Dec;10(4):1014-9. DOI: [10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1014-1019](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1014-1019)
13. Ministério da Saúde (BR), Universidade Federal do Ceará. Humanização do parto e do nascimento [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2019 Aug 10]. Available from: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/humanizacao-do-parto-e-do-nascimento/>
14. Livramento DVDP, Backes MTS, Damiani R, Castillo LDR, Backes DS, Simão AMS. Perceptions of pregnant women about prenatal care in primary health care. *Rev Gaúcha Enferm*. 2019 June;40:e20180211. DOI: [10.1590/1983-1447.2019.20180211](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180211)
15. Coley SL, Zapata JY, Schwei RJ, Mihalovic GE, Matabele MN, Jacobs EA, *et al.* More than a "number": perspectives of prenatal care quality from mothers of Color and Providers. *Womens Health Issues*. 2018 Mar/Apr; 28(2):158-64. DOI: [10.1016/j.whi.2017.10.014](https://doi.org/10.1016/j.whi.2017.10.014)
16. Alnuaimi K, Oweis A, Habtoosh H. Exploring woman - Nurses interaction in a Jordanian antenatal clinic: a qualitative study. *Midwifery*. 2019 May;72:01-6. DOI: [10.1016/j.midw.2019.01.008](https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.01.008)
17. Edmond KM, Yousufi K, Anwari Z, Sadat SM, Staniczai SM, Higgins-Steele A, *et al.* Can community health worker home visiting improve care-seeking and maternal and newborn care practices in fragile states such as Afghanistan? A population-based intervention study. *BMC Med*. 2018 July;16(1):106. DOI: [10.1186/s12916-018-1092-9](https://doi.org/10.1186/s12916-018-1092-9)
18. Siqueira LD'E, Reticena KO, Nascimento LH, Abreu FC, Fracolli LA. Home visit assessment strategies: a scope review. *Acta Paul Enferm*. 2019 Sept/Oct;32(5):584-91. DOI: [10.1590/1982-0194201900081](https://doi.org/10.1590/1982-0194201900081)
19. Veeda AA, Gerhardt TE. From home to the third-dimension ultrasound: the paths in assistance of women assisted in the supplementary health sector of Porto Alegre-RS. *Saúde soc*. 2018 July/Sept; 27(3):929-43. DOI: [10.1590/s0104-12902018170427](https://doi.org/10.1590/s0104-12902018170427)
20. Wilhelm LA, Alves CN, Demori CC, Silva SC, Meinche SMK, Ressel LB. Feelings of women who experienced a high-risk pregnancy: a descriptive study. *Online Braz J Nurs*. 2015 [citado 2020 Jan 05]; 14(3):284-93. DOI: [10.17665/1676-4285.20155206](https://doi.org/10.17665/1676-4285.20155206)
21. Oliveira JLC, Papa MAF, Wisniewski D, Inoue KC, Costa MAR, Matsuda LM. Quality of care: concepts from nursing students. *REME rev min enferm*. 2015 Jan/Mar;19(1):30-42. DOI: [10.5935/1415-2762.20150003](https://doi.org/10.5935/1415-2762.20150003)
22. Ferreira LR, Artmann E. Pronouncements on humanization: professionals and users in a complex health institution. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018 May; 23(5):1437-50. DOI: [10.1590/1413-81232018235.14162016](https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.14162016)
23. Cabrita BAC, Abrahão AL, Rosa AP, Rosa FSF. The search for care by high risk pregnant in relation to integrality in health. *Ciênc Cuid Saúde*. 2015 Apr/June;14(2):1139-48. DOI: [10.4025/ciencucuidsaude.v14i2.24250](https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v14i2.24250)
24. Ferreira MA, Justo FKM, Nicolau MS, Vieira MJC, Sousa RRG, Lima FMS. Prenatal care and the performance of nursing professionals for the health of pregnant women and newborns. *Rev Mult Psic*. 2019;13(47): 764-772. DOI: [10.14295/online.v13i47.2073](https://doi.org/10.14295/online.v13i47.2073)
25. Errico LSP, Bicalho PG, Oliveira TCFL, Martins EF. The work of nurses in high-risk prenatal care from the perspective of basic human needs. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 3):1257-64. DOI: [10.1590/0034-7167-2017-0328](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0328)

#### Correspondência

Bruna Felisberto de Souza  
E-mail: [brunaf.sc@hotmail.com](mailto:brunaf.sc@hotmail.com)

Submissão: 13/02/2019

Aceito: 19/03/2020

Copyright© 2020 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.

 Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.