



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR

VICE-REITORIA DE ENSINO DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO – VRE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – DSC

**CUIDADO MULTIPROFISSIONAL PARA GESTANTES E
PUÉRPERAS DE ALTO RISCO OFERTADO NA “CASA DAS
GESTANTES” EM FORTALEZA**

Marta Maria Soares Herculano

FORTALEZA - CE

JUNHO, 2023

MARTA MARIA SOARES HERCULANO

**CUIDADO MULTIPROFISSIONAL PARA GESTANTES E PUÉRPERAS
DE ALTO RISCO OFERTADO NA “CASA DAS GESTANTES” EM
FORTALEZA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza como requisito para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Raimunda Magalhães da Silva

Fortaleza – CE 2023

Ficha catalográfica da obra elaborada pelo autor através do programa de geração automática da Biblioteca Central da Universidade de Fortaleza

Herculano, Marta Maria Soares .

Cuidado multiprofissional para gestantes e puérperas de alto risco ofertado na "Casa das Gestantes" em Fortaleza / Marta Maria Soares Herculano. - 2023
158 f.

Tese (Doutorado) - Universidade de Fortaleza. Programa de Doutorado Em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2023.

Orientação: Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva .
Coorientação: Profa. Dra. Maria Helena Carvalho Valente Presado.

1. Assistência à Saúde. 2. Cuidado. 3. Gravidez de Alto Risco. 4. Período Pós-Parto. I. Silva , Profa. Dra. Raimunda Magalhães da . II. Presado, Profa. Dra. Maria Helena Carvalho Valente . III. Título.

MARTA MARIA SOARES HERCULANO

CUIDADO MULTIPROFISSIONAL PARA GESTANTES E PUÉRPERAS DE ALTO RISCO OFERTADO NA “CASA DAS GESTANTES” EM FORTALEZA

Área de Concentração: Promoção da Saúde

Linha de Pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Raimunda Magalhães da Silva
Orientadora – Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Prof^ª. Dr^ª. Maria Helena Carvalho Valente Presado
Coorientadora- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)

Prof^ª. Dr^ª. Ana Kelve de Castro Damasceno
Membro Efetivo – Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª. Herla Maria Furtado Jorge
Membro Efetivo – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Prof. Dr. Mardenia Gomes Vasconcelos Pitombeira
Membro Efetivo – Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof. Dr. Antônio Augusto Ferreira Carioca
Membro Efetivo – Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Prof^ª. Dr^ª Eryjosy Marculino Guerreiro Barbosa
Membro Suplente – Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof^ª. Dr^ª Karla de Abreu Peixoto Moreira
Membro Suplente – Universidade Federal do Ceará-MEAC (UFC)

Aprovada em 30/06/2023

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, agradeço a Deus por me oportunizar viver este momento acadêmico tão desejado, e, também, por me proporcionar as condições necessárias para isso. A fé foi meu sustento nessa trajetória. Deus é maravilhoso, o tempo é d'Ele.

A presente tese de doutorado não poderia chegar a tão bom porto, sem o precioso apoio de pessoas idôneas e queridas.

Minha orientadora, a Professora Dra. Raimunda Magalhães da Silva, por toda a atenção, dedicação e conhecimento partilhado durante todo nosso convívio. Muito obrigada pelo carinho e incentivo, o processo tornou-se leve.

A Profa. Maria Helena Presado, minha co-orientadora, pela acolhida calorosa e gentileza no percurso acadêmico em Lisboa. Obrigada por todo apoio.

A minha banca inspiradora, cada um tem suas qualidades peculiares, fizeram ou fazem parte do meu caminhar acadêmico e assistencial. Obrigada professora Ana Kelve, você descortinou minha trilha acadêmica, aprendi muito com você desde o mestrado e agora no doutorado. Profa. Herla Furtado, pessoa que me fez crescer no caminhar acadêmico. Compartilhamos muitas experiências acadêmicas e assistenciais prósperas. Profa. Mardenia Gomes e Profa. Eryjosy Marculino, colegas de trabalho, pessoas inspiradoras, obrigada pela amizade e companheirismo.

Prof. Augusto Carioca, sempre atencioso e disposto a compartilhar seu precioso conhecimento. Obrigada pela atenção e amizade Dra. Karla Abreu, colega de trabalho, MEAC e coordenadora da CGBP, tem caminhado com toda equipe da “nossa casa”, com um olhar e cuidado ímpar. Grata pelo incentivo e apoio.

Agradeço à minha amiga, Fernanda Veras, em nome de todos os colegas do NUPEM - Núcleo de Pesquisa e Extensão em Saúde da Mulher - UNIFOR. Fernanda foi fundamental na trajetória da pesquisa, suas contribuições foram essenciais. Gratidão. A Profa. Miria Lavinias pela atenção e compartilhamento de conhecimento. Obrigada professora.

Ao meu esposo amado, Luiz Carlos, meu incentivador e motivador, número um. Esse mérito divido com você. Aos meus filhos queridos, herança do Senhor, Lara, Letícia e Lucas, e seus respectivos amores, vocês são fontes de minha maior motivação. Amo vocês.

Desejo igualmente agradecer à minha família, pelo apoio e incentivo, especialmente a minha mãe, Maria Soares, amada do Senhor e minhas queridas irmãs. Amo muito vocês!

A Universidade de Fortaleza pelo ambiente caloroso e amigável que proporciona. A coordenação do PPGSC, na pessoa da profa. Mirna Frota pelo incentivo e apoio acadêmico, nacional e internacional. Obrigada professora. As amigas do doutorado: Gilka, Maria Clara, Lilian, Aldecira, Karina, Cristina, enfim todos que a Unifor me apresentou.

Agradeço a toda a equipe da CGBP- da MEAC, em especial às colegas enfermeiras Karla de Abreu, Ruth Teixeira, Natália Miranda, Cleene Pereira, Flávia Magalhães, Ana Cláudia, Rose Viana, Felícia Ferrer, Sâmia Siebra, Elizângela Miranda, Gardênia Santana, Dr. Zeus Peron, que me apoiaram durante toda essa trajetória. Gratidão, pelo apoio, profissionalismo e também por aceitarem participar da pesquisa.

A MEAC- Representada pelo Prof. Dr. Carlos Augusto, diretor do complexo da UFC e diretora de Enfermagem, Dra. Simone Meireles, obrigada pelo apoio.

Também não poderia deixar de agradecer aos participantes deste estudo, da CGBP, que relataram suas vivências e sentimentos durante sua permanência na CGBP. Aprendemos muito com vocês.

Enfim, agradeço a todos que direta ou indiretamente fizeram parte desse percurso.

Levantarei os meus olhos para os montes, de onde vem o meu socorro? O meu socorro vem do Senhor que fez o céu e a terra. Não deixará vacilar o teu pé; aquele que te guarda não tosquenejará. Eis que não tosquenejará nem dormirá o guarda de Israel. O Senhor é quem te guarda; o Senhor é a tua sombra à tua direita. O sol não te molestará de dia nem a lua de noite. O Senhor te guardará de todo o mal; guardará a tua alma. O Senhor guardará a tua entrada e a tua saída, desde agora e para sempre.

Salmos 121:1-8

RESUMO

A presente pesquisa tem como proposta analisar os cuidados multiprofissionais às gestantes e puérperas, de alto risco, internadas na Casa da Gestante. Estratégia assistencial oriunda da Rede Cegonha, a casa da gestante é vinculada a uma maternidade pública de referência em Fortaleza-Ceará. Trata-se de uma abordagem quantitativa e qualitativa. No quantitativo foi realizado um estudo analítico transversal, utilizou-se o banco de dados do Sistema de Informações da instituição, a partir das informações compiladas das gestantes, puérperas e recém-nascidos admitidos no período de 2017 a 2021, foram compilados (dados sociodemográficos, dados obstétricos e desfechos materno-puerperal ocorridos). As análises estatísticas foram realizadas no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 22.0. Foi realizada descrição das variáveis nominais por meio de frequência simples e relativa, e para variáveis numéricas, foram apresentados a mediana e o desvio padrão. A seguir, as variáveis preditoras foram comparadas com os desfechos maternos e puerperais por meio do teste qui-quadrado (para variáveis nominais) e *Wilcoxon* (para variáveis numéricas), considerando significativo o valor de $p < 0,05$. Os critérios de inclusão envolveram mulheres atendidas no período de 2017 a 2021 na instituição. Coletou-se os dados no primeiro semestre de 2022. Na coleta dos dados qualitativos incluíram-se gestantes e puérperas independentemente da idade, que estivessem internadas no período da coleta, independentemente do seu diagnóstico e em condição clínica estável. Coletaram-se os dados por meio de entrevista semiestruturada gravada com as gestantes e puérperas internadas no local da pesquisa, e com os profissionais que prestam cuidados às usuárias do serviço. Os dados foram organizados e analisados por meio do software IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). O conteúdo textual foi fundamentado à análise lexicográfica. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza e da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, sendo assegurado o cumprimento das recomendações da Resolução N° 466/12, conforme parecer N°5.341.776. Os diagnósticos obstétricos mais frequentes à internação estavam relacionados às alterações morfológicas fetais, trabalho de parto prematuro e diabetes gestacional. A maioria das gestantes foram transferidas para a maternidade vinculada para resolução da gravidez totalizando 1.768 gestantes. As puérperas com seus recém-nascidos saíram de alta para suas residências. As variáveis que tiveram associação estatisticamente significativa foram a idade e a prematuridade entre as puérperas, portanto as puérperas de alto risco e jovens, têm menor idade gestacional e conseqüentemente mais partos prematuros. Verificou-se que a assistência prestada às gestantes e às puérperas de alto risco, nesse tipo de serviço favorece aquelas residentes em regiões metropolitanas ou no interior do estado, que necessitam de observação e acompanhamento, e que têm dificuldade de acesso a estabelecimentos de saúde de referência próximos a seu domicílio. Evidencia-se, assim, a importância do acesso e da equidade, como também da articulação e da governança dos pontos da rede de atenção para a melhoria dos indicadores de saúde maternos e perinatais. O modelo do cuidado assistencial do estudo pode ser considerado serviço de prevenção de casos *Near Miss*, pois além de oferecer assistência pautada em protocolos institucionais em concordância com a maternidade vinculada, monitora diariamente as condições de saúde materno-fetal a fim de evitar agravos, essa é feita em tempo hábil por uma equipe multiprofissional qualificada. Considera-se que este estudo pode ser impulsionador da qualidade de cuidados à gestante de alto risco, bem como constitui um desafio para novos estudos. A implantação e implementação da CGBP fazia parte da meta desejada pelos gestores e profissionais da MEAC, para colaborar com a melhoria do cuidado obstétrico e neonatal, proposto e oportunizado pelo projeto da Rede Cegonha.

Palavras-chave: Assistência à Saúde; Cuidado; Gravidez de Alto Risco; Período Pós-Parto.

ABSTRACT

This research aims to analyze the multiprofessional care to pregnant women and mothers, high risk, admitted to the House of the Pregnant. Care strategy from the Stork Network, the pregnant woman's home is linked to a public maternity reference in Fortaleza-Ceará. This is a quantitative and qualitative approach. In the quantitative, a cross-sectional analytical study was carried out, using the database of the institution's Information System, from the information compiled from pregnant women, puerperal women and newborns admitted in the period from 2017 to 2021, were compiled (sociodemographic data, obstetric data and maternal and puerperal outcomes). Statistical analyses were performed using the Statistical Package for Social Science (SPSS), version 22.0. A description of the nominal variables was performed using simple and relative frequency, and for numerical variables, the median and standard deviation were presented. Then, the predictive variables were compared with maternal and puerperal outcomes using the chi-square test (for nominal variables) and Wilcoxon test (for numerical variables), considering significant the value of $p < 0.05$. The inclusion criteria involved women from 2017 to 2021 in the institution. Data were collected in the first half of 2022. The collection of qualitative data included pregnant women and puerperal women regardless of age, who were hospitalized during the collection period, regardless of their diagnosis and in stable clinical condition. Data were collected through semi-structured interviews recorded with pregnant women and puerperal women hospitalized at the research site, and with professionals who provide care to users of the service. The data were organized and analyzed using the software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). The textual content was based on the lexicographical analysis. The present study was approved by the Research Ethics Committee of the University of Fortaleza and the Assis Chateaubriand Maternity School, being ensured compliance with the recommendations of Resolution N° 466/12, according to opinion N° 5.341.776. The most frequent obstetric diagnoses at hospitalization were related to fetal morphological changes, premature labor and gestational diabetes. Most of the pregnant women were transferred to the maternity hospital for pregnancy resolution totaling 1.768 pregnant women. The postpartum women with their newborns left their homes. The variables that had a statistically significant association were age and prematurity among the puerperal women, so the high-risk and young puerperal women have lower gestational age and consequently more premature births. It was found that the assistance provided to pregnant women and high-risk mothers, in this type of service favors those living in metropolitan regions or in the state, who need observation and monitoring, and who have difficulty accessing health facilities near their homes. Thus, it is evident the importance of access and equity, as well as the articulation and governance of the points of the care network for the improvement of maternal and perinatal health indicators. The model of care of the study can be considered a service for prevention of *Near Miss* cases, because in addition to offering assistance based on institutional protocols in agreement with the maternity hospital linked, it monitors daily the conditions of maternal health in order to avoid injuries, this is done in a timely manner by a qualified multidisciplinary team. It is considered that this study can be a driver of the quality of care for high-risk pregnant women, as well as a challenge for new studies. The implementation and implementation of CGBP was part of the goal desired by managers and professionals. It is considered that this study can be a driver of the quality of care for high-risk pregnant women, as well as a challenge for new studies. The implementation and implementation of CGBP was part of the goal desired by managers and professionals of MEAC, to collaborate with the improvement of obstetric and neonatal care, proposed and provided by the Stork Network project.

Keywords: Delivery of Health Care; Care; Pregnancy, High-Risk; Postpart

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	- Fluxograma do processo de seleção dos estudos para a revisão de escopo adaptado conforme o PRISMA.....	37
Figura 2	- Distribuição da faixa etária das gestantes e puérperas admitidas na CGBP-MEAC, Fortaleza-CE, 2017-2021.....	63
Figura 3	- Distribuição da procedência das gestantes e puérperas admitidas na CGBP-MEAC, Fortaleza-CE, 2017-2021.....	63
Figura 4	- Distribuição dos tipos de parto das puérperas admitidas na CGBP-MEAC, Fortaleza-CE, 2017-2021.....	63
Figura 5	- Distribuição do número de gestações das puérperas e gestantes admitidas na CGBP-MEAC, Fortaleza-CE, 2017-2021.....	63
Figura 6	- Distribuição do motivo de admissão de gestantes admitidas na CGBP-MEAC, Fortaleza-CE, 2017-2021.....	65
Figura 7	- Distribuição do destino dos recém nascidos admitidos na CGBP-MEAC, Fortaleza-CE, 2017-2021.....	66
Figura 8	- Distribuição sobre destino de saída, transferências/encaminhamentos de gestantes, puérperas e recém-nascidos-RN.....	67
Figura 9	- Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente.....	84
Figura 10	- Diagrama de Classes.....	85
Figura 11	- Nuvem de Palavras.....	96
Figura 12	- Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente.....	109
Figura 13	- Diagrama de Classes.....	110

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	– Caracterização dos estudos quanto aos autores, ano, país, objetivo, tipo de estudo.....	38
Quadro 2	– Caracterização dos estudos quanto ao país, cuidado e assistência, fatores facilitadores e exitosos e barreiras e/ou lacunas.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil e características individuais das gestantes e puérperas admitidas na CGBP-MEAC, Fortaleza-CE, 2017-2021.....	62
Tabela 2 – Distribuição dos diagnósticos e da maturidade fetal nas gestantes admitidas na CGBP-MEAC- Período 2017-2021 - Fortaleza, CE.....	65
Tabela 3 – Motivo de admissão dos Recém-nascidos.....	66
Tabela 4 –Transferências/encaminhamentos de gestantes e puérperas e RN.....	67
Tabela 5 – Associação das características individuais das gestantes e puérperas admitidas na CGBP-MEAC, Fortaleza-CE,2017-2021.....	68
Tabela 6 – Associação das características individuais das gestantes e puérperas admitidas na CGBP-MEAC, Fortaleza-CE,2017-2021.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFC	Análise Fatorial por Correspondência
AHA	American Heart Association
APS	Atenção Primária à Saúde
CGBP	Casas de Gestante, Bebê e Puérpera
CHD	Classificação hierárquica descendente
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CPAV	Condições potencialmente ameaçadoras da vida
DMG	Desfecho materno grave
DMG	Diabetes mellitus gestacional
DTG	Doença Trofoblástica Gestacional
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
GAR	Gestação de Alto Risco
HA	Hipertensão arterial
HAC	Hipertensão arterial crônica
HICs	Países de alta renda
IC	Intervalos de confiança
IG	Idade gestacional
IRAMUTE	Interface de R pour les Analyses Multimensionnelles de Textes et de
Q	Questionnaires
LA	Líquido amniótico
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LMICs	Países de baixa e média renda
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MM	Mortalidade Materna
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MMG	Morbidade Materna Grave
MS	Ministério da saúde
NIR	Núcleo Interno de Regulação
NMM	Near Miss Materno
NV	Nascidos vivos
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OR	Odds ratio
PA	Pressão arterial
PCC	Participants, concept e context
PE	Pré-eclâmpsia
PNH	Política Nacional de Humanização
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PREMMIC	Plano de Redução da Mortalidade Materna e na Infância por Causas
E	Evitáveis
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
RC	Rede Cegonha
RN	Recém-nascido

RNM	Razão de mortalidade materna
SHG	Síndrome hipertensiva Gestacional
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Science
TCLC	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI	Tecnologia da Informação
TPPT	Trabalho de parto prematuro
UCINCo	Unidade de Cuidados Intermediários
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UTF-8	Unicode Transformation Format 8-bit
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	WORLD HEALTH ORGANIZATION

SUMÁRIO

	APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA.....	19
	APRESENTAÇÃO.....	20
1	INTRODUÇÃO.....	22
2	OBJETIVOS.....	29
2.1	Objetivo Geral.....	29
2.2	Objetivos Específicos.....	29
3	REVISÃO DE ESCOPO.....	30
3.1	Abordagens conceituais do cuidado multiprofissional no contexto da gravidez e puerpério de alto risco.....	30
3.2	Métodos.....	33
3.3	Identificação a Questão de Pesquisa.....	33
3.4	Fontes de Informação e Critério de Inclusão.....	33
3.5	Estratégia de busca.....	34
3.6	Seleção de Estudos.....	34
3.7	Extração de Dados.....	35
3.8	Síntese dos Dados com abordagem indutiva.....	35
3.9	Resultados e Discussão.....	36
3.10	Características dos estudos incluídos.....	36
4	METODOLOGIA.....	47
4.1	Tipo de Estudo.....	47
4.2	Local de Pesquisa.....	48
4.3	Participantes.....	49
4.4	Critérios de inclusão.....	49
4.5	Critérios de exclusão.....	50
4.6	Coleta de dados.....	50
4.7	Instrumentos de coleta de dados.....	50
4.8	Organização e análise dos dados.....	51
4.9	Riscos e benefícios.....	53
4.10	Aspectos éticos.....	53
5	RESULTADOS.....	54
5.1	Artigo 1 – Desfechos da assistência multiprofissional às usuárias da Casa da	

	Gestante Bebê e Puérpera em Fortaleza.....	54
5.2	Artigo 2 – Cuidado multiprofissional às gestantes e puérperas de alto risco internadas na casa da gestante.....	78
5.3	Artigo 3 – Relatos de gestantes sobre cuidados assistenciais recebidos na Casa da Gestante Bebe e Puérpera em Fortaleza.....	102
6	CONCLUSÃO DA TESE.....	127
	REFERÊNCIAS.....	129
	APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS NO PRONTUÁRIO.....	142
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AS GESTANTES E PUÉRPERAS.....	144
	APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	146
	APÊNDICE D – CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	147
	APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO GESTANTES E PUÉPERAS.....	148
	APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	151
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	154

APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

Essa tese foi motivada pelo meu realizar profissional- Maternidade-Escola Assis Chateaubriand-(MEAC). Local inspirador e riquíssimo em aprendizado. Trabalhar com obstetrícia sempre me motivou. Ademais, as inquietações de docente/enfermeira assistencial, sempre com o olhar apontado para o alinhamento da teoria, com a prática, e o fazer pesquisa, sempre me atraiu. Trabalhando há 25 anos na (MEAC). Passei por vários serviços da MEAC, durante toda trajetória profissional, e depois de algum tempo me firmei no Centro Obstétrico por quase 20 anos. Em 2017 fui convidada para integrar o quadro de Enfermeiras Obstetras da Casa da Gestante, da MEAC. Ambiente acolhedor com um cenário leve e aconchegante de cuidar, a qual está diretamente vinculado à Maternidade-Escola.

A Maternidade-Escola configura-se como uma instituição pública federal voltada para o atendimento às usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Objetivando atender às diretrizes da Rede Cegonha e da Política Nacional de Humanização (PNH), a MEAC vem implementando boas práticas capazes de potencializar ações para a garantia e a efetivação da PNH em todo processo de assistência às mulheres e aos recém-nascidos. Nessa direção, em abril de 2017 a Casa da Gestante, do Bebê e da Puérpera (CGBP) fez parte da MEAC. Dessa forma, veio o desejo de me aprofundar mais no tema e desenvolvê-lo em minha tese de doutorado.

Com essa pesquisa, espera-se contribuir para o Sistema de Saúde, através da geração de dados mais amplos sobre o atendimento oferecido às gestantes e puérperas na CGBP, trazendo a percepção das usuárias acerca do cuidado recebido. E também apresentar os benefícios e as dificuldades encontradas, e ainda a percepção dos profissionais diretamente envolvidos no cuidado prestado às mulheres, além de apresentar análise do perfil epidemiológico das mulheres atendidas na Casa da Gestante. Espera-se que os dados apresentados nessa pesquisa possam auxiliar na formulação de políticas públicas de incentivo ao incremento do programa “Casa das Gestantes” no Brasil e internacionalmente. Nesse formato dinâmico e inovador, que tem contribuído para redução da sobrecarga da hospitalização obstétrica, e a qualidade do bem-estar das gestantes e puérperas de alto risco.

APRESENTAÇÃO

A tese teve como objetivo analisar os cuidados ofertados as gestantes e puérperas de alto risco por meio do programa “Casa das Gestantes” organizado pelas diretrizes da Rede Cegonha. A Casa da Gestante, do Bebê e da Puérpera (CGBP) tem como propósito melhorar a utilização dos leitos obstétricos da MEAC e servir de espaço para um cuidado especializado de mulheres e recém-nascidos (RN) que não necessitam mais de internamento hospitalar, mas que ainda precisam de supervisão de saúde por alguma demanda específica. As atividades de cuidado são desenvolvidas pela equipe de enfermagem na CGBP, com apoio da equipe multiprofissional da MEAC, possibilitam às mulheres vivenciarem a maternidade de forma mais segura e autônoma ao retornarem para suas residências, sendo esse um dos pilares da MEAC.

Desse modo, apresenta-se a tese no formato de introdução, objetivos e metodologia que abrange toda a pesquisa; os resultados apresentados na forma de três artigos; e as considerações finais que atendem as finalizações da tese. Os resultados estão organizados nos artigos:

Artigo 01: Desfechos da assistência multiprofissional às usuárias da Casa da Gestante Bebê e Puérpera em Fortaleza.

Artigo 02: Cuidado multiprofissional às gestantes e puérperas de alto risco na casa da gestante.

Artigo 03: Relatos de gestantes sobre cuidados assistenciais vivenciados na Casa da Gestante, Bebê e Puérpera em Fortaleza.

Portanto, este estudo teve como objetivo analisar o cuidado multiprofissional às gestantes e puérperas de alto risco internadas na Casa da Gestante vinculada a uma maternidade pública.

Os resultados da pesquisa podem agregar conhecimentos sobre a temática pesquisada, enfatizando a relevância da divulgação e produção científica sobre a eficácia e os benefícios no atendimento na CGBP, fato que pode favorecer a implantação desse tipo de serviço em outros estados brasileiros e em outros países. Ademais, a consolidação da “Casa das Gestantes” como um ambiente terapêutico resolutivo e de qualidade beneficia diretamente a enfermagem, pois se trata de um local de grande inserção profissional, especialmente, das

enfermeiras obstetras. A partir da sistematização das informações pode-se comparar os resultados com outros lugares e setores, inclusive com a própria maternidade, estudada. Por fim, vale salientar a carência de publicações desse tipo de serviço e cuidado prestado às mulheres.

A busca por uma assistência de qualidade, aliada ao trabalho em equipe entre profissionais da saúde e gestores, bem como de adequada comunicação e relação com os familiares, deve ser as metas no desenvolvimento de políticas voltadas para ampliar este tipo de assistência.

Ao final da realização desse estudo, pôde-se perceber pelos relatos que a grande maioria das participantes e dos profissionais, estão satisfeitos com a proposta e condutas da casa. As gestantes relataram sentimentos de gratidão e tranquilidade. Evidenciou-se a satisfação e a dedicação dos funcionários na condução dos cuidados. Foram destacados inúmeros benefícios, tanto pelos profissionais, bem como pelas usuárias do serviço.

Destaca-se o cenário do ambiente da casa da gestante, mas próximo do seu formato domiciliar, presença constante dos profissionais comprometidos com o cuidado materno fetal, e puerperal. Acerca das dificuldades encontradas, foram mais a preocupação com seu estado de saúde, que envolve a gravidez de risco, e de seus bebês. Alguns profissionais, bem como as usuárias do serviço, destacam a tranquilidade e segurança, do ambiente da CGBP, em comparação ao oposto do cenário hospitalar.

No decorrer da elaboração e discussão da tese, a pesquisadora percebeu que, como a casa da gestante, trata-se um novo modelo de cuidado, é importante avaliar de modo geral as percepções das usuárias do serviço. Além das percepções dos gestores e colaboradores envolvidos na direção e no cuidado, sem deixar de lado a análise dos recursos materiais, humanos, custos, tudo isso, em favor da melhoria da integralidade e qualidade do cuidado oferecido. Todos esses fatores são essenciais para a efetivação do modelo inovador do cuidado com mulheres com histórico de complicações perinatal ou puerperal.

1 INTRODUÇÃO

A maioria das gestações progredirá de uma forma saudável e fisiológica, finalizando-se com um parto sem intercorrências, gerando um conceito de peso e desenvolvimento adequado, com a plena recuperação da mulher ao fim do puerpério. Entretanto, uma parcela das mulheres será acometida por complicações diversas, das menos graves às mais graves. Dentre as condições mais graves, algumas foram classificadas como condições potencialmente ameaçadoras da vida (CPAV) (SANTANA *et al.*, 2018). Estas condições, associa-se a maior risco de progressão para gravidade e risco de vida, e foram estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde, como: desordens hemorrágicas, desordens hipertensivas e outras desordens sistêmicas (SAY *et al.*, 2009).

O modelo atual de atenção às gestantes e puérperas de alto risco mostra-se fragmentado. Na última década, os estudos avançaram para além da mortalidade, com foco em morbidade materna grave, uma vez que essa abordagem permite amplo conhecimento a respeito da saúde materna, com estudo de eventos mais frequentes do que a morte e igualmente importantes pela repercussão em curto e longo prazo, em saúde materna e perinatal. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é importante caracterizar, de maneira sistemática, os casos de morbidade materna grave, condições potencialmente ameaçadoras de vida (CPAV) e *near miss materno* (NMM), definido como a mulher que quase morreu por causas obstétricas diretas ou indiretas, mas sobreviveu às complicações gestacionais, do parto e do puerpério até 42 dias depois do parto (PACAGNELLA *et al.*, 2014).

Nesse contexto, Thaddeus e Maine, em 1994, propuseram o “modelo dos três atrasos” relacionado à mortalidade materna. O modelo considera os fatores que interferem na busca pelo cuidado adequado e que podem contribuir para as chances de sobrevivência. Esses fatores são divididos em três fases: I - demora na decisão da mulher e/ou da família em procurar cuidados; II - demora de chegar a uma unidade de cuidados adequados de saúde; III - demora em receber os cuidados adequados na instituição de referência (THADDEUS; MAINE, 1994).

No Brasil, a morte materna está associada principalmente às fases II e III, ou seja, atraso no transporte para unidades de maior complexidade e atraso no fornecimento de tratamento adequado nas instituições de saúde (PACAGNELLA *et al.*, 2014). Associado ao não reconhecimento dos sinais de complicações graves e ao retardo no acesso a cuidados adequados, parte considerável das mortes maternas que ocorrem mesmo no nível terciário

poderiam ser evitadas por meio de pronto atendimento em unidades de terapia intensiva (UTIs) obstétricas ou mesmo em cuidados intermediários unidades (POLLOCK; ROSE; DENNIS,2010; OUD,2017).

Em 2021, o país registrou uma taxa de 107,53 mortes a cada 100 mil nascidos vivos, conforme dados preliminares do Ministério da Saúde mapeados pelo Observatório Obstétrico Brasileiro. Em 2019, ano anterior à pandemia, essa taxa era de 55,31. Segundo a coordenadoria do observatório, a pouca quantidade de unidades de terapia intensiva preparadas para os cuidados com as gestantes, além da falta de profissionais capacitados, levou ao aumento significativo nas mortes ocorridas durante a pandemia. Entre os compromissos firmados pelo Brasil por meio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) está a meta de reduzir, até 2030, a mortalidade materna para no máximo 30 falecimentos a cada 100 mil nascidos vivos.

Ao se observar as causas que levam ao Mortalidade Materna, percebe-se que, em sua maioria, poderiam ter sido evitadas se os atendimentos tivessem sido efetuados no tempo correto. Dessa maneira, um dos determinantes para redução nesse índice é a melhoria no acesso à saúde em todos os níveis, bem como diminuição das discrepâncias socioeconômicas, culturais e implementação de políticas em saúde que busquem uniformizar e tornar mais universal a atenção ao público (MORAES *et al.*, 2019).

A mortalidade materna ainda é um grande desafio para a saúde das mulheres no Brasil. A Organização das Nações Unidas (ONU), em 2015, estabeleceu os novos Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS), construídos a partir dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE,2015). Desse modo, o terceiro objetivo visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, incluindo a melhora na saúde materna e a redução da razão de mortalidade materna (RMM) global para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos até 2030. Nessa direção, houve progresso global na redução da mortalidade materna nas últimas décadas. Visto que, segundo registros preliminares do observatório obstétrico brasileiro em 2019, essa taxa era de 55,31 a cada 100 mil nascidos vivos. No entanto, em 2020, este mesmo número saltou para 71,97 mortes, o que já representou um aumento de quase 25% em relação ao ano anterior.

Porém, em 2019, o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) agência da ONU para assuntos relacionados à saúde sexual e reprodutiva, já alertava para a necessidade de reunir esforços em prol da garantia de atenção obstétrica adequada, vislumbrando o cumprimento da meta (UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2022).

De modo geral, os fatores de risco que podem tornar o prognóstico materno e fetal desfavorável são as características individuais, condições sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva, condições clínicas e obstétricas isoladas ou associadas a outras complicações que repercutem na evolução da gestação, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, entre outras (SAMPAIO; ROCHA; LEAL, 2018).

Nessa direção, os cuidados durante a gravidez visam maximizar o nível de bem-estar da mulher não apenas entre as gestações e durante as gestações subsequentes, mas também ao longo de sua vida. Como o período intergestacional é um continuum para saúde e bem-estar geral, todas as mulheres em idade reprodutiva que estiveram grávidas, independentemente do resultado de suas gestações, ou seja, devem receber cuidados intergestacionais como também continuidade dos cuidados puerperais.

As mulheres grávidas com doenças crônicas são um grupo vulnerável. No geral, essas mulheres têm maior risco de parto prematuro, complicações na gravidez, como diabetes gestacional e pré-eclâmpsia, partos operatórios, depressão pós-parto e hospitalização mais longa durante a gravidez e pós-parto (VIALE *et al.*, 2015; SMYTH *et al.*, 2010; JØLVING *et al.*, 2016)

Além disso, filhos de mulheres com doenças crônicas têm maior risco de baixo peso ao nascer, baixo índice de Apgar e defeitos congênitos (BRAMHAM *et al.*, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017; JØLVING *et al.*, 2016). Para algumas mulheres, sua doença crônica pode ser agravada pela gravidez (KERSTEN *et al.*, 2014), enquanto em outros casos de doença, as mulheres podem apresentar remissão dos sintomas durante a gravidez (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017; NARAYAN *et al.*, 2017). Além disso, em doenças como esclerose e artrite reumatoide, há um risco aumentado de surtos pós-parto. (NARAYAN *et al.*, 2017; BJØRK *et al.*, 2015; BENDIX *et al.*, 2016).

Desse modo o período perinatal é teoricamente um momento favorável na vida de uma mulher para implementar intervenções eficazes de prevenção e promoção da saúde materna (HAAKSTAD; VOLDNER; BØ, 2013). Às intervenções realizadas no período perinatal podem, portanto, hipoteticamente reduzir o impacto potencialmente negativo na saúde da gravidez causado por doenças crônicas e possivelmente também capacitar e fortalecer a capacidade de autocuidado de longo prazo das mulheres com sua doença crônica.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde tem implementado políticas para fortalecer e qualificar as ações no atendimento às gestantes, na melhoria da atenção ao pré-natal, ao parto, ao nascimento e ao puerpério. Entre as estratégias adotadas destacam-se: a Rede Cegonha - RC, a implantação e implementação do PREMMICE (Plano de Redução da

Mortalidade Materna e na Infância por Causas Evitáveis) e a Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia, desenvolvida em parceria com a OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). Todas essas ações visam instituir medidas de orientação e qualificação dos profissionais de saúde que atuam na rede de atenção às gestantes e puérperas (BRASIL, 2020).

Dentre os serviços implementados pela RC destacam-se 198 Centros de Referência à Gestação de Alto Risco; e 32 Casas de Gestante, Bebê e Puérpera - CGBP, a qual representa uma estratégia para dar suporte na assistência às famílias, envolvendo cuidado às gestantes, recém-nascidos e puérperas, quando os recém-nascidos que precisam internação nas Unidades Neonatais. A CGBP foi criada através da Portaria Nº 1.020, de 29 de maio de 2013, ela realiza assistência adequada às situações que demandam vigilância e proximidade do serviço hospitalar de referência (BRASIL, 2013).

A Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) constitui-se uma residência provisória de cuidado à gestação de alto risco. Trata-se de uma unidade de cuidado pré-hospitalar, que acolhe, orienta, cuida e acompanha gestantes, puérpera e recém-nascidos de risco que demandam atenção diária em serviço de saúde de alta complexidade, mas que não exigem vigilância constante em ambiente hospitalar. Deve estar vinculada a um estabelecimento hospitalar habilitado como referência em Gestação de Alto Risco - GAR, Tipo I ou Tipo II e representa importante ferramenta de gestão de leitos hospitalares obstétricos e neonatais. A CGBP é necessária para atendimento aos pacientes que, pela natureza do agravo e pela distância do local de residência, não podem retornar ao domicílio no momento de pré-alta (BRASIL, 2017).

A “Casa das Gestantes” representa uma estratégia para reversão da atenção centrada em hospitais e propicia a construção de uma nova lógica de atenção, com enfoque na prevenção de agravos, promoção da saúde e na humanização do cuidado. Além disso, esse serviço tem por objetivo a diminuição dos custos e riscos hospitalares, bem como a ampliação dos espaços de atuação dos profissionais de saúde, de modo especial, da enfermagem (HOLNESS, 2018; GARCIA *et al.*, 2019).

Nessa direção, a Casa da Gestante, do presente estudo, é vinculada a Maternidade Escola Assis Chateaubriand - MEAC, ligada ao complexo da Universidade Federal do Ceará-UFC, A CGBP teve sua implantação em 2017. Tem em suas principais atribuições a ampliação do acesso à assistência obstétrica e a melhoria da utilização racional dos leitos hospitalares obstétricos do hospital de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco, com vistas à redução da morbimortalidade materna.

Esses indicadores estão descritos na Portaria MS/GM n° 1.020/2013 e pactuados pela necessidade evidenciada pela Coordenação Técnico-administrativa do serviço. Os principais indicadores de monitoramento são: perfil geral, município de origem, motivo da admissão de gestantes e recém-nascidos, média de ganho de peso do recém-nascido (em gramas), taxa de ocupação e tempo médio de permanência (em dia). Outros indicadores de análise: faixa etária das usuárias, classificação da idade gestacional, tipo de parto, número de gestações e abortamentos, encaminhamentos de saída da casa, incluindo transferências, e local de internação na MEAC (HERCULANO *et al.*, 2018).

As admissões são, em sua maioria, as gestantes provenientes da emergência obstétrica e do serviço de atenção ambulatorial materno-fetal. Os motivos mais comuns são de gestantes com alterações morfológicas fetais, início de trabalho de parto, trabalho de parto prematuro inibido, anemia materna ou fetal, diabetes gestacional, retrovírose e outros, incluindo pós-datismo, Doença Trofoblástica Gestacional (DTG), Síndrome Hipertensiva Gestacional e gestantes aguardando transporte para seu domicílio (HERCULANO *et al.*, 2018). Desse modo, devido à abrangência de atendimento obstétrico do hospital e da necessidade de rotatividade de pacientes para manejo das vagas, a CGBP da MEAC vem tornando-se cada vez mais indispensável, uma vez que funciona como um serviço de suporte para permanência de gestantes e recém-nascidos.

Portanto, destacando a relevância do cuidado integral às mulheres, bem como as lacunas e vulnerabilidades sociais da assistência do serviço de saúde brasileiro, evidencia-se a integralidade do cuidado como fator essencial (AYRES, 2014; AYRES, 2009) e as experiências do cenário internacional como fomentadores dessa investigação, é que se propôs esta pesquisa. A discussão em torno da singularização da vulnerabilidade também é referenciada por Bosi e Guerreiro (2016), destacam que, todos somos vulneráveis em algum momento e em alguma medida, e as pessoas podem experimentar condições de vulnerabilidades muito diferentes, mesmo vivenciando as mesmas condições sociais. Por esse ângulo, há o entrelaçamento de questões de gênero, raça/etnia, sexualidade, geracionais, aspectos culturais e econômicos, entre outros, que produzem as singularidades das situações. Conquanto se situe no campo social, os processos de síntese e construção subjetiva não podem ser diluídas nas dimensões macrosociais, arriscando resultar em análises simplificadoras, e contribuir para as armadilhas biopolíticas de controle e regulação das populações (AYRES, 2014).

Apesar de ser um processo fisiológico para a reprodução humana, a gestação pode causar riscos para a gestante e feto. A gravidez é considerada de alto risco quando existe

a possibilidade de um resultado adverso para a mulher e quando há presença de fatores ou determinantes de risco. Esses riscos podem estar relacionados a doenças preexistentes ou intercorrências na gravidez por causas orgânicas, biológicas, químicas e ocupacionais, bem como devido a condições sociais e demográficas desfavoráveis. No Brasil, a prevalência de gestações de alto risco é imprecisa e, geralmente, está relacionada a quadros de hipertensão arterial, infecções e diabetes gestacional (ERRICO *et al.*, 2018).

Nesse sentido, para se oferecer um cuidado adequado às necessidades do binômio é importante caminhar na direção de um modelo integrado de atenção no qual atua uma equipe interdisciplinar em que uma equipe de referência apoia a equipe da APS (agentes comunitários de saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos de família e comunidade) na condução de determinada gestante. A equipe de referência deve ser composta por especialistas encarregados de apoiar a condução do seguimento pré-natal nas gestantes com condições clínicas específicas. Essa equipe deve incluir obstetras, especialistas em medicina materno-fetal, outras especialidades médicas e não médicas para fornecer um conjunto coordenado de serviços de saúde perinatal com base no nível de risco identificado. Tal estratégia combina a experiência de diferentes profissionais para criar uma abordagem baseada em equipe, em que vários serviços estão disponíveis naquele ou em diferentes equipamentos (BRASIL, 2022).

Nesse contexto, a caracterização do perfil epidemiológico de gestantes, puérperas e de seu RNs constitui-se em uma estratégia para auxiliar no planejamento de ações para proporcionar melhorias na qualidade da atenção destinada a esse grupo. Diante das inúmeras variáveis que interferem no processo saúde-doença, o entendimento da epidemiologia de uma população a ser estudada propicia um cuidado integral e eficaz em seu atendimento (FRANCISCATTO *et al.*, 2014).

Portanto, conforme enfatiza (VIEIRA *et al.*, 2019; TOSTES; SEIDL, 2016), que, o assessoramento multiprofissional no pré-natal e puerpério oportuniza, além do equilíbrio biológico, um suporte sólido para a mulher bem como para sua rede de apoio, constituindo-se como um instrumento significativo no cuidar, pois abre oportunidades para um cuidado de forma humanizada e integral. Essa assistência torna-se eficaz na redução da morbimortalidade materna e modifica o momento vivido.

Nessa direção, a proposta do cuidado e assistência na Casa da Gestante é dar seguimento na integralidade do atendimento às usuárias provenientes da maternidade para serviço especializado da Casa da Gestante.

Os resultados do presente estudo podem acrescentar conhecimentos sobre a temática abordada, enfatizando a produção científica sobre a eficácia e contribuições desse tipo de serviço, fato que pode estimular sua implantação em outros estados brasileiros e em outros países. Ademais, a consolidação da “Casa das Gestantes” como um ambiente terapêutico resolutivo e de qualidade beneficia diretamente a enfermagem, pois se trata de um local de grande inserção profissional, especialmente, dos enfermeiros obstetras.

Portanto, neste estudo confirmou a implementação do cuidado integral e qualificado, desenvolvido na CGBP, pela equipe multiprofissional, conforme hipótese trabalhada. Tendo contribuído para melhoria dos desfechos eficazes, maternos e neonatais, referente a morbimortalidade na instituição do estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o cuidado multiprofissional às gestantes e puérperas de alto risco internadas na Casa da Gestante vinculada a uma maternidade pública.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Caracterizar o perfil e os desfechos do cuidado multiprofissional às usuárias na Casa da Gestante.
- ✓ Compreender como ocorre o cuidado, às gestantes e puérperas, realizado pela equipe multiprofissional.
- ✓ Compreender a vivência do cuidado relatado pelas gestantes considerando recursos humanos, relações interpessoais, recursos materiais e estrutura física da casa e ambiência.

3 REVISÃO DE ESCOPO

3.1 Abordagens conceituais do cuidado multiprofissional no contexto da gravidez e puerpério de alto risco

A mortalidade materna ainda é um grande desafio para a saúde das mulheres no Brasil. A Organização das Nações Unidas (ONU), em 2015, estabeleceu os novos Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS), construídos a partir dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2015). Desse modo, o terceiro objetivo visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, incluindo a melhora na saúde materna e a redução da razão de mortalidade materna (RMM) global para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos até 2030. Nessa direção, houve progresso global na redução da mortalidade materna nas últimas décadas. Visto que, segundo registros preliminares do observatório obstétrico brasileiro em 2019, essa taxa era de 55,31 a cada 100 mil nascidos vivos. No entanto, em 2020, este mesmo número saltou para 71,97 mortes, o que já representou um aumento de quase 25% em relação ao ano anterior.

Porém, em 2019, o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), agência da ONU para assuntos relacionados à saúde sexual e reprodutiva, já alertava para a necessidade de reunir esforços em prol da garantia de atenção obstétrica adequada, vislumbrando o cumprimento da meta.

No entanto, o Brasil reduziu a sua RMM, mas permanece em patamares considerados elevados, oscilando em torno de 50 óbitos maternos para 100 mil nascidos vivos. Dados preliminares indicam que a relativa estabilidade alcançada pode ter sido comprometida com aumento desproporcional de casos de óbitos maternos, em decorrência da pandemia de covid-19 (BRASIL, 2020).

Nessa direção, a Organização Mundial da Saúde (OMS) padronizou critérios para identificação dos casos de *near miss materno* e indicadores de qualidade da assistência baseados nas complicações maternas graves. Tal iniciativa objetivou estruturar um sistema internacional de classificação do *near miss materno* e viabilizar a comparação da saúde materna entre diferentes regiões e países. Acredita-se que esta abordagem possa contribuir para a identificação de problemas prioritários na assistência obstétrica e, com isso, possibilitar o aperfeiçoamento do cuidado (SAY *et al.*, 2009).

Por isso, recomenda-se o estudo das condições potencialmente ameaçadoras à vida que consistem em graves complicações maternas durante a gestação, parto e pós-parto e

nos casos de mulheres que quase morreram nesse mesmo período, mas sobreviveram, o *near miss materno*. A pesquisa dos casos de condições potencialmente ameaçadoras à vida e *near miss materno* permite um maior volume de informações e produz valioso conhecimento sobre a qualidade da assistência obstétrica e os fatores que podem levar à morte (HADDAD *et al.*, 2014).

De modo geral, os fatores de risco que podem tornar o prognóstico materno e fetal desfavorável são as características individuais, condições sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva, condições clínicas e obstétricas isoladas ou associadas a outras complicações que repercutem na evolução da gestação, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, entre outras (SAMPAIO; ROCHA; LEAL, 2018).

Nessa direção, os cuidados durante a gravidez visam maximizar o nível de bem-estar da mulher não apenas entre as gestações e durante as gestações subsequentes, mas também ao longo de sua vida. Como o período Intergestacional é um continuum para saúde e bem-estar geral, todas as mulheres em idade reprodutiva que estiveram grávidas, independentemente do resultado de suas gestações, ou seja, devem receber cuidados intergestacionais como também continuidade dos cuidados puerperais.

As mulheres grávidas com doenças crônicas são um grupo vulnerável. No geral, essas mulheres têm maior risco de parto prematuro, complicações na gravidez, como diabetes gestacional e pré-eclâmpsia, partos operatórios, depressão pós-parto e hospitalização mais longa durante a gravidez e pós-parto (VIALE *et al.*, 2015; SMYTH *et al.*, 2010; JØLVING *et al.*, 2016).

Além disso, filhos de mulheres com doenças crônicas têm maior risco de baixo peso ao nascer, baixo índice de Apgar e defeitos congênitos (BRAMHAM *et al.*, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017; JØLVING *et al.*, 2016). Para algumas mulheres, sua doença crônica pode ser agravada pela gravidez (KERSTEN *et al.*, 2014), enquanto em outros casos de doença, as mulheres podem apresentar remissão dos sintomas durante a gravidez (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017; NARAYAN *et al.*, 2017). Além disso, em doenças como esclerose e artrite reumatoide, há um risco aumentado de surtos pós-parto (NARAYAN *et al.*, 2017; H BJØRK *et al.*, 2015; BENDIX *et al.*, 2016).

Desse modo, o período perinatal é teoricamente um momento favorável na vida de uma mulher para implementar intervenções eficazes de prevenção e promoção da saúde materna (HAAKSTAD; VOLDNER; BØ, 2013). Às intervenções realizadas no período perinatal podem, portanto, hipoteticamente reduzir o impacto potencialmente negativo na

saúde da gravidez causado por doenças crônicas e possivelmente também capacitar e fortalecer a capacidade de autocuidado de longo prazo das mulheres com sua doença crônica.

Portanto, destacando a relevância do cuidado integral às mulheres, bem como as lacunas e vulnerabilidades sociais da assistência do serviço de saúde brasileiro, evidencia-se a integralidade do cuidado como fator essencial e as experiências do cenário internacional como fomentadores dessa investigação, é que se propôs esta pesquisa (AYRES, 2014; AYRES, 2009). A discussão em torno da singularização da vulnerabilidade também é referenciada por Bosi e Guerreiro (2016), destacam que, todos somos vulneráveis em algum momento e em alguma medida, e as pessoas podem experimentar condições de vulnerabilidades muito diferentes, mesmo vivenciando as mesmas condições sociais. Por esse ângulo, há o entrelaçamento de questões de gênero, raça/etnia, sexualidade, geracionais, aspectos culturais e econômicos, entre outros, que produzem as singularidades das situações. Conquanto se situe no campo social, os processos de síntese e construção subjetiva não podem ser diluídas nas dimensões macrossociais, arriscando resultar em análises simplificadoras, e contribuir para as armadilhas biopolíticas de controle e regulação das populações (DIMENSTEIN; CIRILLO NETO, 2020).

Deste modo, o presente estudo justifica-se pela necessidade de conhecer as boas práticas utilizadas no cenário da assistência nacional e internacional, bem como as condutas adotadas que auxiliem o alcance de uma assistência obstétrica segura em mulheres classificadas como de alto risco, garantindo impacto neste processo e consequente redução dos índices de morbimortalidade perinatal.

Diante desse contexto, questiona-se: quais as evidências científicas, no contexto da prática dos cuidados assistenciais que as gestantes e puérperas de alto risco têm recebido. Considerando ainda a escassez de publicações científicas sobre a temática, houve a necessidade de reunir informações acerca desta investigação, mediante uma revisão de escopo, ou *Scoping review*, a qual aborda a sistematização do conhecimento, e por sua metodologia permitir mapear evidências de temáticas amplas, com desenhos de estudos diversificados de forma confiável e de qualidade (SOUZA; COSTA; SANTOS, 2022).

Portanto, este estudo tem por objetivo mapear e sintetizar as evidências científicas sobre práticas de cuidados assistenciais implementadas no atendimento de gestantes e puérperas de alto risco. O resultado dos cuidados em saúde tem relação direta com a assistência profissional, em que práticas humanizadas, pautadas numa relação empática de apoio e acolhimento, mostram-se eficazes para o desenvolvimento do autocuidado e cuidado do outro.

3.2 Métodos

Trata-se de *Scoping review*, desenvolvido com base nas recomendações do guia internacional PRISMA-ScR e no método proposto por *Joanna Briggs Institute, Reviewers, Manual 2017* (TRICCO *et al.*, 2018). Este estabelece cinco etapas, sendo elas: 1) identificação da questão de pesquisa; 2) identificação dos estudos relevantes; 3) seleção dos estudos; 4) análise de dados; e, 5) agrupamento, síntese e apresentação dos dados. A *Scoping Review* fornece um mapeamento dos principais conceitos que dão suporte a uma área de pesquisa, bem como esclarece as definições de trabalho e/ou as evidências científicas disponíveis para um determinado tópico (TRICCO *et al.*, 2018).

A estrutura do método contém a identificação do título de pesquisa, objetivo da pesquisa e a pergunta da pesquisa, baseada na estrutura mnemônica População, Conceito e Contexto (PCC), estratégia de busca e identificação de estudos relevantes, frente aos critérios de inclusão e exclusão, caracterizando a forma de extração e mapeamento dos resultados, segundo o Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (TRICCO *et al.*, 2018; SOUZA; COSTA; SANTOS, 2022).

3.3 Identificação a Questão de Pesquisa

O tema reporta-se aos cuidados recebidos pelas gestantes e puérperas com gravidez de alto risco. Desta forma, elaborou-se um protocolo de pesquisa, onde constam as informações relativas à construção da pesquisa, por meio da estratégia *participants, concept e context* (PCC), em que P (participantes) refere-se às gestantes e puérperas, C (conceito) alto risco e C (contexto) Assistência ou cuidado. A questão de pesquisa definida foi: Quais os cuidados/assistência de gestantes e puérperas de alto risco?

3.4 Fontes de Informação e Critério de Inclusão

Para elegibilidade dos estudos, consideraram-se publicações dos últimos seis anos, incluídos pesquisas com textos completos publicadas na íntegra em inglês, português, sobre cuidados às gestantes e puérperas de alto risco independente do diagnóstico, esta revisão considerou estudos explorando cuidados realizados por enfermeiro ou cuidado multiprofissional, para inclusão dos estudos. Foram excluídos editoriais, cartas, capítulos de livros, dissertações e teses e revisões. Desconsiderou-se pesquisas que não abordavam os objetivos da pesquisa. Seguindo os critérios do JBI (PETERS *et al.*, 2020).

3.5 Estratégia de busca

Inicialmente, realizou-se a pesquisa dos descritores em ciências da saúde, a fim de identificar-se os termos pertinentes ao estudo e as palavras-chave mais frequentemente utilizadas nos estudos. Os termos MESH foram obtidos na *National Library of Medicine - National Institutes of Health* por meio do *Medical Subject Heading*, sendo, *Pregnancy, High-Risk pregnancy complication, Postpartum Period* OR *puerperium* e *Assistência ao Paciente* OR *Patient Care*. Em seguida, realizou-se a análise das publicações para identificar as palavras chave, referentes a cada item da estratégia PCC. A estratégia de busca foi construída utilizando três descritores controlados em saúde : DeCS, MESH e EMTREE: Descritores e termos semelhantes do DeCS/MESH (Gravidez de Alto Risco **OR** Gestante de Risco **OR** Gestação de Alto Risco **OR** *Pregnancy, High-Risk* **OR** *pregnancy complication*) **AND** (Púerperas OR Puerpério OR Período Pós-Parto OR *Postpartum Period* OR *puerperium*) **AND** (Assistência ao Paciente OR *Patient Care*), **Descritores do EMTREE** que apenas tem termos Descritores em inglês:(*pregnancy complication AND puerperium AND patient care*).

Portanto a busca pelos estudos foi realizada utilizando os operadores booleanos *and* e *or*, sendo *and* entre os termos mesh e *or* entre os entretermos, a mesma foi realizada por meio eletrônico através do portal de Periódicos da CAPES, durante o mês de julho e agosto de 2022, por duas autoras deste estudo e uma bibliotecária da área da saúde. A partir das seguintes bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) via *PubMed*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) via EBSCO, (COCHRANE LIBRARY), (BDENF) e (EMBASE) as plataformas: SCOPUS, Web of Science.p A literatura cinzenta incluída para complementação dos achados foi consultada a partir do Google Acadêmico, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e *Networked Digital Library of Theses and Dissertations* (NDLTD).

3.6 Seleção dos Estudos

Após a pesquisa, os dois revisores independentes importaram os registros identificados no *EndNot* para gerenciamento das referências e remoção das duplicatas. Títulos e resumos foram, então, rastreados para avaliação de acordo com os critérios de inclusão. O texto completo dos estudos selecionados foi recuperado e avaliado em detalhes utilizando os mesmos critérios.

3.7 Extração de Dados

O processo de extração dos dados ou gráfico de dados seguiu o proposto pela *JBI Template Source of Evidence Details, Characteristics and Result Extraction Instrument* (PETERS *et al.*, 2020). Para a etapa de separação, sumarização e relatório dos elementos essenciais encontrados em cada estudo, foi utilizado um instrumento estruturado. Esse instrumento permitiu a síntese, interpretação dos dados e a análise numérica básica da extensão, natureza e distribuição dos estudos incorporados na revisão. Portanto, foram incluídas as informações específicas sobre título, ano de publicação, país de origem, delineamento, número de participantes no estudo, cuidados de multiprofissional em gestantes e puérperas de alto risco. Assim, em cada publicação foram identificados e extraídos os focos principais envolvidos na conjectura do problema, nos contextos, nos métodos, nas discussões e conclusões (POLLOCK *et al.*, 2023). Os dados serão apresentados em quadros, diagramas, de forma apropriada. A revisão de escopo não tem necessidade de avaliar as forças e fraquezas metodológicas, nem o risco de viés de cada estudo incluído na revisão, mas uma visão geral do conceito de cuidado às gestantes e puérperas de alto risco (POLLOCK *et al.*, 2023).

3.8 Síntese dos Dados com abordagem indutiva

Utilizou-se a codificação aberta dos dados. O processo de codificação aberta envolve a revisão das fontes de evidências novamente e a listagem de pensamentos iniciais, categorias possíveis ou notas que ajudam a descrever o que está ocorrendo nos dados, o que explica o objetivo é a questão de revisão (POLLOCK *et al.*, 2023). Portanto, Seguindo as recomendações da JBI para análise, os dados extraídos foram agrupados em duas categorias para refletir os temas principais ou recorrentes relacionados ao objetivo da revisão: cuidados realizados pela equipe multiprofissional prestados às gestantes e puérperas de alto risco e as barreiras ou fatores impeditivos para a implementação do cuidado. Analisaram-se os estudos incluídos nas diversas áreas do cuidado multiprofissional, a fim de identificar os fatores facilitadores e/ou de barreira envolvidos na prestação dos cuidados. Os resultados são apresentados em quadros e em formato descritivo, acompanhados de síntese narrativa. Foi realizada uma análise temática do conteúdo dos artigos, visando mapear a literatura acerca do tema e verificar lacunas de pesquisa. Os artigos encontrados foram analisados, voltando-se aos textos integrais, sempre que necessário. Não houve necessidade de apreciação ética, uma vez que se trabalhou com dados de domínio público.

O processo de extração dos dados ou gráfico de dados seguiu o proposto pela *JB I Template Source of Evidence Details, Characteristics and Result Extraction Instrument* (PETERS *et al.*, 2020). Este instrumento consiste na definição das variáveis: detalhes, critérios de elegibilidade, características das fontes de evidência e resultados extraídos da fonte e foi testado para garantir a viabilidade da extração.

3.9 Resultados e Discussão

A pesquisa recuperou inicialmente nas bases de dados 3.571 resultados nas bases de dados (Scopus: 2.398, Web of Science: 432, Medline/PubMed: 213, Cinahl: 398, Embase 28, BVS: 25, Bdenf :23, Lilacs: 54, Cochane: 08.

Após a captação, iniciou-se o processo de filtro, para a fase de elegibilidade. Das 3.571 referências recuperadas nas bases de dados, 2.678 permaneceram para o processo de seleção dos títulos e resumos, após a remoção das duplicatas. Nessa etapa, 1.298 foram excluídas, por não atenderem aos critérios definidos previamente, resultando na seleção de 119 artigos para avaliação em texto completo. Nesta fase 48 foram excluídos os motivos listados na Figura 1.

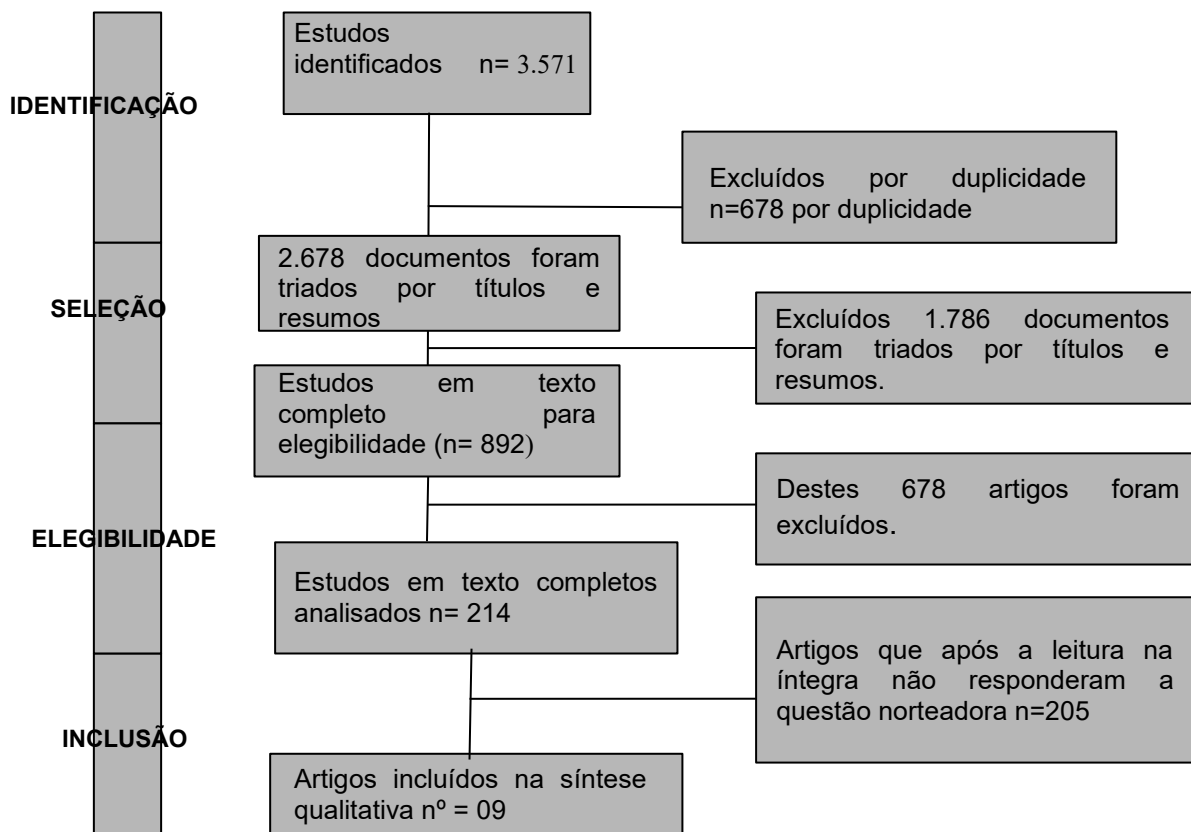
Por fim, após análise minuciosa, nove estudos atenderam aos critérios de elegibilidade. A Figura 1 apresenta o processo de seleção detalhado.

3.10 Características dos estudos incluídos

A amostra final foi composta por nove artigos, de modo que estes estudos foram publicados com maior frequência em 2018 e 2019 (n: 05). Em relação aos tipos de estudo, (n=04) ensaios clínicos randomizados, (n= 01) caso controle e (n:=04) estudos transversais, verifica-se que todos utilizaram a abordagem quantitativa, sendo apenas um estudo transversal utilizou as duas abordagens. Quanto a autoria dos estudos, a categoria profissional médico publicou (n=04), seguido por enfermeiras obstetras/enfermagem obstétrica/ enfermeiros, também elaborou (n=04) estudos, e um estudo foi elaborado pela equipe multiprofissional(n=01).

Todos os estudos unicêntricos, a maioria no Brasil (n = 04), na Europa- Inglaterra e Dinamarca. (n = 02), no continente asiático, representado pelo Irã (n= 02), e África do Sul (n = 1). A fim de apresentar os resultados desta revisão em um formato sinóptico, elaborou-se um quadro síntese (Quadro 01) que enfatiza informações relevantes acerca do cuidado e/ou

assistência as mulheres com histórico de alto risco adotados ou sugeridos nos estudos selecionados, bem como as barreiras ou lacunas destacadas nos estudos compilados. Os estudos incluídos tiveram como alvo a atenção aos cuidados dirigidos às gestantes e puérperas de alto risco, alguns abordaram a questão da avaliação da assistência obstétrica, o cuidado individual as mulheres, o acesso aos serviços, visto que o cuidado integral envolve as várias vertentes na promoção completa dos cuidados.



Fonte: Prisma (ScR) - Fluxograma para scoping review (Peters *et al.*, 2020).

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos para a revisão de escopo adaptado conforme o PRISMA.

Quadro 1 – Caracterização dos estudos quanto aos autores, ano, país, objetivo, tipo de estudo

Autoria/ Ano	País do estudo	Título	Participantes	Tipo de Estudo	Objetivo
DE WOLFF, Mie G. <i>et al</i> , 2021	Dinamarca	Pregnancy and Chronic Disease: the Effect of a Midwife-coordinated Maternity Care Intervention	258 mulheres	Ensaio Clínico	Avaliar a eficácia de uma intervenção de assistência à maternidade especializada, individualizada e coordenada pela parteira como um complemento ao atendimento padrão para mulheres grávidas com doenças crônicas.
REZAEAN, Seyedeh Mahboobeh <i>et al</i> , 2017	Irã	Application of Orem's theory for promotion of self-care behaviors of pregnant women at risk for preterm delivery: A clinical trial	176 mulheres grávidas	Ensaio clínico	Investigar a aplicação da teoria de Orem para a promoção de comportamentos de autocuidado de gestantes com risco de parto prematuro.
VANIN, Luísa Krusser <i>et al</i> , 2019	Brasil	Maternal and fetal risk factors associated with late preterm infants	423 pacientes	Estudo caso-controle	Determinar fatores maternos e fetais associados ao nascimento de recém-nascidos prematuros tardios, quando comparados aos nascidos a termo.
ANDRADE, Magna Santos <i>et al</i> , 2022	Brasil	Factors associated with serious maternal morbidity in Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil: a	1.098 puérperas	Estudo quantitativo, analítico, transversal.	Investigar os fatores associados à morbidade materna grave entre mulheres atendidas em maternidades públicas do Município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.
CHETTY, Terusha <i>et al.</i> , 2018	África do Sul	A intervenção MONARCH para melhorar a qualidade dos serviços de saúde primários pré-natais e pós-natais na África do Sul rural: protocolo para um estudo controlado randomizado por cluster escalonado	07 clínicas	Ensaio clínico randomizado	Estabelecerá a eficácia do CQI no teste de carga viral (CV) em mulheres grávidas HIV-positivas e repetirá o teste de HIV em mulheres grávidas HIV-negativas.
FERNANDEZ TURIENZO, C. <i>et al</i> , 2019	Inglaterra	POPPIE: protocolo para um estudo piloto randomizado controlado de continuidade de cuidados de obstetria para mulheres com risco aumentado de parto prematuro	350 participantes	Ensaio Clínico randomizado	Testar se um modelo de atendimento que combine a continuidade dos cuidados da parteira com o encaminhamento rápido para uma clínica obstétrica especializada durante a gravidez, o período intraparto e o pós-parto é viável e melhora a experiência e os resultados para mulheres com risco aumentado de parto prematuro.

DE FÁTIMA VASQUES MONTEIRO, Maria <i>et al</i> , 2019	Brasil	Acesso aos serviços públicos de saúde e atenção integral à mulher no período gravídico puerperal no Ceará, Brasil	1.701 mulheres	Descritivo, transversal com abordagem quantitativa	Avaliar a integralidade da atenção e a universalidade do acesso para mulheres no período gravídico puerperal no Ceará, Brasil.
KAMRAVAM ANESH, Mastaneh <i>et al</i> , 2018	Irã	Um programa abrangente de acompanhamento pós-parto para mulheres com histórico de pré-eclâmpsia: protocolo para uma pesquisa de métodos mistos	86 mulheres	Estudo quantitativo e qualitativo	Fornecer um programa de acompanhamento pós-parto para mulheres sujeitas.
SOARES, Letícia Gramazio <i>et al</i> , 2021	Brasil	Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco / Epidemiological profile of high risk pregnant women	314 gestantes	Transversal, observacional descritivo	Traçar o perfil de gestantes de alto risco, segundo variáveis demográficas, socioeconômicas, histórico de saúde e assistência pré-natal.

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 2 – Caracterização dos estudos quanto ao país, cuidado e assistência, fatores facilitadores e exitosos e barreiras e/ou lacunas

ARTIGO	CUIDADO /ASSISTÊNCIA	FATORES FACILITADORES/EXITOSOS	BARREIRAS/LACUNAS
01 Pregnancy and Chronic Disease: the Effect of a Midwife-coordinated Maternity Care Intervention DINAMARCA	Cuidado individualizado, acompanhamento pré-natal e pós-parto	Cuidados individualizados e coordenados pela parteira, consultas adicionais pré e pós-parto e parteiras especializadas conhecidas.	Não mencionados.
02 Application of Orem's theory for promotion of self-care behaviors of pregnant women at risk for preterm delivery: A clinical trial IRÃ	Cuidado individualizado, esse estudo trouxe a implementação do programa de autocuidado- baseado na teoria de Orem	Programa educativo de Autocuidado de acordo com as necessidades, habilidades, condições e situação das gestantes com risco de parto prematuro	Não mencionados.

<p>03 Maternal and fetal risk factors associated with late preterm infants BRASIL</p>	<p>Cuidado não garantido e descontinuado.</p>	<p>Não mencionados</p>	<p>O pré-natal incompleto foi um fator preditor para prematuridade tardia, inquietação com a qualidade da atenção à saúde da mulher no ciclo da gestação, do parto e do puerpério.</p>
<p>04 Factors associated with serious maternal morbidity in Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil: a BRASIL-</p>	<p>Proposta de cuidados terapêuticos e as melhores condições socioeconômicas, que atendam as demandas das mulheres são aspectos relacionados à melhoria da saúde materna.</p>	<p>Menor ocorrência de near miss materno por grupo de nascidos vivos observada nesta análise</p>	<p>Garantia de serviços de referência de qualidade e em tempo oportuno</p>
<p>05 A intervenção MONARCH para melhorar a qualidade dos serviços de saúde primários pré-natais e pós-natais na África do Sul rural: protocolo para um estudo controlado randomizado por cluster escalonado ÁFRICA DO SUL</p>	<p>Cuidado realizado pelo acompanhamento terapêutico e social das gestantes.</p>	<p>Cuidado individualizado, realizado pela parteira e equipe multiprofissional</p>	<p>Limitações no espaço geográfico e a garantia do cuidado de qualidade.</p>
<p>06-POPPIE: protocolo para um estudo piloto randomizado controlado de continuidade de cuidados de obstetrícia para mulheres com risco aumentado de parto prematuro</p>	<p>Continuidade de cuidados individualizados para gestantes com risco aumentado de parto prematuro</p>	<p>Combina a continuidade dos cuidados da parteira com o encaminhamento rápido para uma clínica obstétrica especializada durante a gravidez até os períodos intraparto e pós-parto</p>	<p>Não relatado.</p>
<p>07- Acesso aos serviços públicos de saúde e atenção integral à mulher no período gravídico puerperal no Ceará, Brasil BRASIL</p>	<p>Cuidado não garantido e descontinuado</p>		<p>O sistema de saúde não garante o acesso e a integralidade do cuidado à mulher durante o pré-natal, parto e puerpério.</p>
<p>08 Um programa abrangente de acompanhamento pós-parto para mulheres com histórico de pré-eclâmpsia: protocolo para uma</p>	<p>Fornecer um programa integral de acompanhamento da saúde no período pós-parto para mulheres</p>	<p>O programa será concebido de forma a fornecer acompanhamento regular e estruturado para a mulher através da mudança de estilo de vida, avaliando e controlando os fatores de risco, prevenção de acidentes e saúde ambiental.</p>	<p>Ausência de um acompanhamento pós-parto integrado para mulheres no sistema de saúde iraniano e a falta de conscientização dos provedores de cuidados maternos.</p>

pesquisa de métodos mistos IRÃ	com histórico de pré-eclâmpsia.		
09 -Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco / Epidemiological profile of high risk pregnant women- PARANÁ BRASIL	Cuidado insuficiente e fragmentado.	Quanto ao acesso à maternidade, a maioria das gestantes já tinha conhecimento do local e a vinculação à maternidade de alto risco	Carência de cuidados pela equipe, cuidado insuficiente, fragmentado, centrado na consulta obstétrica, Não contemplando as necessidades de saúde da clientela.

Fonte: Elaborado pela autora.

Identificar precocemente a mulher com risco gestacional é essencial para que as intervenções apropriadas possam ser instituídas imediatamente. Segue abaixo as categorias com seus achados e as respectivas discussões.

3.11 Fatores facilitadores envolvidos na prestação do cuidado integral às gestantes e puérperas de alto risco

Conforme o Consenso de Cuidados Obstétricos n.º 8, enfatiza que, mulheres com condições médicas crônicas, apontam que os cuidados durante a gravidez oferecem uma oportunidade para otimizar a saúde antes de uma gravidez subsequente. Para as mulheres que não terão nenhuma gravidez futura, o período após a gravidez também oferece uma oportunidade para prevenção secundária e melhoria da saúde futura. Desse modo, segundo os estudos revisados, três pesquisas evidenciam 01, 02, 06 e 08 o aspecto do cuidado individualizado, e contínuo, incluindo pré-natal, parto e pós-parto, como destaca o estudo (01) questões como (1) cuidados individualizados e coordenados pela parteira, (2) consultas adicionais pré e pós-parto e (3) parteiras especializadas conhecidas. Segundo a pesquisa, o que diferenciou a intervenção ChroPreg do Standard Care a qual as parteiras especializadas, que realizavam todas as consultas pré-natais e pós-parto, tinham o papel de coordenadoras de cuidados entre todos os prestadores de cuidados de saúde envolvidos na prestação de cuidados de maternidade às mulheres. Merece ainda destaque o acompanhamento pós-parto nas semanas após o parto e uma sessão de esclarecimento pós-parto face a face para facilitar a avaliação e o processamento da experiência de parto e nascimento. Quando necessário, a parteira coordenaria comunicações ou consultas adicionais com os prestadores de cuidados envolvidos.

Para garantir flexibilidade e individualização do atendimento, acesso ilimitado a consultas por e-mail e horas semanais por telefone estavam disponíveis, portanto, nesse estudo é notável a individualidade do cuidado, restrito não apenas ao pré-natal, mas alinhado com o acompanhamento puerperal. Nessa mesma direção do cuidado individualizado, o estudo (2) trouxe a implementação do programa de autocuidado como fator que pode fortalecer a motivação e a autoconfiança das mulheres, de modo que, ao assumir a responsabilidade do autocuidado, elas melhoram as deficiências e incapacidades decorrentes de doenças e usam o poder de autocuidado para resolver esses problemas. Naturalmente, a implementação de programas de autocuidado derivados das necessidades dos pacientes e baseados nos princípios do autocuidado deixarão resultados positivos e melhores, enquanto tais programas forem seguros, baratos e convenientes e aumentar a aceitação do paciente. Portanto, a pesquisa enfatiza que o programa educativo de autocuidado baseado na teoria de Orem, conforme as necessidades, habilidades, condições e situação das gestantes com risco de parto prematuro, é um dos motivos para o efeito positivo deste tipo de treinamento do estudo. Portanto, os resultados do estudo mostraram a melhoria contínua do comportamento de autocuidado das gestantes expostas ao risco de parto prematuro.

O estudo 04, realizado no Brasil, chama a atenção a qualidade da assistência, apontando como ponto-chave para o enfrentamento da morbimortalidade materna no país. Destaca em seu estudo que as melhores condições socioeconômicas e a existência de uma rede de serviços que atenda às demandas das mulheres são aspectos diretamente relacionados à melhoria da saúde materna (PACAGNELLA *et al.*, 2014), o que pode ter relação direta com a menor ocorrência de *near miss materno* por grupo de nascidos vivos observada no estudo.

De acordo com pesquisa realizada na América Latina, África, Ásia e Oriente Médio identificou 8,3 casos de *near miss* materno por mil nascidos vivos (SOUZA *et al.*, 2013). No Brasil, dois grandes estudos multicêntricos apresentaram 9,4 e 10,2 casos de *near miss* materno por mil nascidos vivos (CECATTI *et al.*, 2016; DOMINGUES *et al.*, 2016). A pesquisa *Nascer no Brasil* mostrou associação entre *near miss* materno e ausência de cuidado pré-natal, revelou busca por dois ou mais serviços de saúde para o parto, complicações obstétricas e cesárea eletiva (DOMINGUES *et al.*, 2016).

No estudo 05 e 06, trazem a relevância da continuidade de cuidados de obstetria para mulheres com risco aumentado de parto prematuro, para uma intervenção de continuidade de cuidados de obstetria ou cuidado padrão. A intervenção será fornecida desde o recrutamento (pré-natal), trabalho de parto, nascimento e período pós-natal, em ambientes hospitalares e comunitários e em colaboração com cuidados clínicos obstétricos

especializados, quando necessário. O resultado primário composto é o início apropriado de quaisquer intervenções específicas relacionadas à prevenção e/ou manejo do trabalho de parto e nascimento prematuros. Na discussão do estudo, destaca que pouco se sabe sobre as razões subjacentes por que e como os modelos de continuidade de cuidados em obstetrícia estão associados a menos nascimentos prematuros, melhores resultados maternos e infantis e experiências mais positivas; nem como esses modelos de atenção podem ser implementados com sucesso nos serviços de saúde. Ressalta que será o primeiro estudo a fornecer evidências diretas sobre a eficácia, implementação e avaliação de um modelo de continuidade de cuidados de obstetrícia e acesso rápido a serviços obstétricos especializados para mulheres com risco aumentado de parto prematuro.

Segundo os estudos revisados (1, 2, 5, 6 e 9) o atendimento contínuo, demonstrou ser ferramenta útil para garantir as necessidades do paciente e a continuidade do cuidado. Esse recurso vem sendo utilizado pelos enfermeiros, fornecendo aos usuários orientação por telefone ou por videoconferência, planejamento de ações, visitas domiciliares, articulação multiprofissional e encaminhamento para serviços especializados.

Os modelos de atenção à saúde devem passar por mudanças profundas – especialmente o modelo de atenção às condições crônicas, que se baseia em três pilares: a estratificação de riscos, a estabilização e o autocuidado apoiado. Hospital Israelita Albert Einstein MS, 2019. Para o SUS, propôs-se um modelo de atenção às condições crônicas, que engloba cinco níveis- promoção da saúde; prevenção das condições de saúde; e os níveis demais que convocam tecnologias potentes de gestão da clínica, voltadas para o enfrentamento adequado às condições crônicas estabelecidas – abrangem a gestão das condições de saúde e o nível acerca das gestões de caso.

No estudo (09) o fator positivo para o cuidado foi a facilidade do acesso, pois segundo os autores, a maioria das gestantes já tinha conhecimento do local e a vinculação à maternidade de alto risco. A gestação de alto risco, pela sua complexidade, requer cuidados disponibilizados por uma equipe interdisciplinar e multiprofissional. A linha guia preconiza pelo menos cinco atendimentos multiprofissionais durante o período gestacional de alto risco, com obstetras, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais e outros. Tais atendimentos não foram relatados satisfatoriamente no contexto assistencial, onde se constatou o predomínio de consultas médicas, além do obstetra, cardiologista e endocrinologista, com citação considerável somente do nutricionista (SOARES *et al.*, 2021).

3.12 Fatores impeditivos ou de barreira envolvidos na prestação do cuidado integral às gestantes e puérperas de alto risco

Nessa categoria, segundo o estudo (06) destaca fatores preocupantes, como a prematuridade e a via de parto, a operação cesariana, e ainda, casos de sífilis congênita. Esses resultados reacendem uma grande inquietação com a qualidade da atenção à saúde da mulher no ciclo da gestação, do parto e do puerpério. Essa preocupação aumenta diante de outras informações como: 26,4% das mulheres não tiveram acesso ou o acesso foi inadequado, ou intermediário, ao pré-natal; 55,7% dos nascimentos foram por cesariana; a taxa de prematuridade ainda é superior a 10% dos nascimentos; foram registrados em torno de 49 mil casos de sífilis materna, com 25.377 casos de sífilis congênita, dos quais 37,8% foram diagnosticados tardiamente – no momento do parto ou após o parto. Releva-se ainda que a taxa de prematuridade no Brasil é de 11,5%, quase duas vezes superior à observada nos países europeus, sendo que 74% desses prematuros são tardios (LEAL *et al.*, 2016).

Por outro lado, o estudo 04, apresentaram como conclusão do estudo a lacuna acerca da qualidade do cuidado, destacando que todas as mulheres pesquisadas fizeram o acompanhamento pré-natal, e aproximadamente 90% realizaram seis ou mais consultas, mas a alta cobertura não foi suficiente para evitar a elevada frequência dos distúrbios hipertensivos graves no ciclo gravídico-puerperal. Por isso, a avaliação da assistência obstétrica deve ir além das análises de cobertura, sendo a qualidade do cuidado ofertado para as gestantes uma discussão fundamental e necessária para a melhoria da saúde materna (ANDRADE; VIEIRA, 2018). Os autores apontam que a associação entre morbidade materna grave e gestação de risco sinaliza que a análise da existência de riscos deve ocorrer durante todo o período gravídico, pois não se sabe em qual momento da gestação a complicação pode acontecer, e esse acompanhamento contínuo pode viabilizar a prevenção e o tratamento precoce do adoecimento grave e do óbito materno.

O estudo 08 reforça a relevância de um programa de acompanhamento pós-parto para mulheres com histórico de pré-eclâmpsia. Afirma, no entanto, que as taxas de acompanhamento pós-parto são baixas. Segundo evidências, a pré-eclâmpsia não é apenas um problema de saúde transitório; ao contrário, causa complicações de curto e longo prazo, que afetam a vida da mulher por anos após o parto. Embora pareça que o problema seja resolvido no final da gravidez, o acompanhamento das mulheres não deve ser interrompido após o parto. O pós-parto é o melhor momento possível para prestar os cuidados necessários a essas mulheres que correm o risco de complicações futuras.

A pré-eclâmpsia pode levar a patologia psicológica e cognitiva relacionada ao trauma, como síndrome de estresse pós-traumático e depressão, que acabam afetando o desempenho cognitivo (SEELY *et al.*, 2013; HOEDJES *et al.*, 2010). Estudos sobre as complicações de longo prazo da pré-eclâmpsia em mulheres afetados mostram que hipertensão, doença cardíaca isquêmica, acidente vascular cerebral, tromboembolismo venoso, insuficiência renal, doença renal crônica e até taxa de mortalidade são mais comuns do que na população em geral. Como resultado, a *American Heart Association* (AHA) considera uma história prévia de pré-eclâmpsia como fator de risco para doença cardiovascular (BRO SCHMIDT.; CHRISTENSEN; BRETH KNUDSEN, 2017; SEELY *et al.*, 2013).

Destaca ainda em consonância com várias organizações internacionais e canadenses aconselharam o acompanhamento de rotina pós-parto para mulheres com histórico de pré-eclâmpsia para fornecer serviços de consulta orientados para um estilo de vida saudável (JANMOHAMED *et al.*, 2015; BROWN *et al.*, 2013).

Ademais, segundo estudos, fatores como, a falta de conscientização dos provedores de cuidados maternos e a falta de instruções abrangentes são as principais razões para negligenciá-los (CUSIMANO, M. C. *et al.*, 2014; VERBEEK; VERBEEK, 2014; HOEDJES *et al.*, 2011; VAN KESTEREN *et al.*, 2016). Além disso, a falta de evidências de estratégias de acompanhamento pós-pré-eclâmpsia custo-eficientes, juntamente com possíveis diferenças nas recomendações clínicas, convergem para indicar a demanda por mais pesquisas para melhorar e otimizar as abordagens de prevenção (BRO SCHMIDT.; CHRISTENSEN; BRETH KNUDSEN, 2017).

Conforme as conclusões da pesquisa do estudo (07) realizado no nordeste do Brasil, os principais fatores que aumentam a dificuldade para alcançar o cuidado integral, são: falta de comunicação e articulação entre os estabelecimentos e setores de saúde; descontinuidade da assistência à saúde e quantidade insuficiente de recursos humanos atuantes no SUS, A oferta inadequada de leitos de UTI neonatal compromete a garantia de acesso em tempo hábil, provando que a ampliação de leitos neonatais é necessária. Ressalta-se que mesmo nas regiões mais ricas do país é difícil a obtenção de vagas para serviços de alta complexidade no SUS, apesar da priorização do atendimento nos casos mais emergentes da regulação do acesso (BRASIL, 2013). Os resultados mostram que a dupla mãe e filho ainda enfrenta barreiras administrativas que acarretam perda de tempo e comprometimento na continuidade e integralidade do cuidado.

3.13 Considerações finais

A revisão permitiu identificar que a maioria das pesquisas compreende a integralidade do cuidado, como ações voltadas para a relação entre profissionais, usuárias do serviço e serviços de saúde. Nessa perspectiva, os estudos compilados partiram de locais macro, como hospitais universitários, até as unidades básicas de saúde, enfatizando o cuidado focado na mulher, em vários cenários nacionais e internacionais. Destacando o cuidado consciencioso, que deve permear o atendimento da mulher em todo ciclo de vida.

Evidencia-se o reconhecimento da perspectiva dialógica, contato face a face, valorização da singularidade, autonomia, empatia, acessibilidade, acolhimento, prevenção e tratamento, enfim, cuidado contínuo e centrado na mulher. Nessa revisão destaca-se o gerenciamento dos fatores pessoais pelo profissional, e também aponta para envolvimento da mulher no autocuidado, portanto, aspectos fundamentais do cuidado para proporcionar resultados significativos. Estes consistiram em: conhecer e avaliar as condições clínicas de gravidade e fatores sociais; fornecer informações das rotinas diárias; gerenciar o tratamento conforme as metas de cuidados necessários, com enfoque no aconselhamento comportamental para a identificar os problemas de saúde.

Entretanto, por outro lado, no contexto atual, observa-se em vários serviços a descontinuidade do acesso às ações e serviços de saúde nos três níveis de atenção, desqualificando o conceito de integralidade da atenção materno-infantil. Observou-se associação da morbidade materna grave com o fato de a mulher ser classificada como grupo de risco, relação esperada, no entanto, evidenciou-se a necessidade de análise do risco obstétrico a cada consulta de pré-natal, não de uma classificação estanque a ser realizada apenas no primeiro momento da gestação, mas um cuidado contínuo focado em todo contexto da gestante e/ou puérpera.

Destacaram-se ainda casos de cuidados essenciais a gestantes como ameaça de prematuridade, pré-eclâmpsia sem acompanhamento puerperal, no caso da prematuridade, um problema desafiador enfrentado no cenário brasileiro, onde a carência de leitos de unidades neonatal é notória. Outro fato que merece pontuar são os índices persistentes e crescentes de sífilis congênita, denunciando a fragilidade da atenção no pré-natal. Desse modo destaca-se a corresponsabilização com a saúde e autocuidado. Desta forma, identificar precocemente a mulher com risco gestacional é essencial para que as intervenções apropriadas possam ser instituídas imediatamente, aumentando a probabilidade de alterar a evolução e proporcionar um desfecho positivo.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipos de Estudo

A proposta metodológica constitui-se de uma abordagem mista - estudo quantitativo e qualitativo. De acordo com Santos *et al.* (2017), a realização de uma pesquisa de método misto permite a identificação de convergências e divergências entre os dados qualitativos e quantitativos, contribuindo para a produção de resultados que se complementam mutuamente. Através do método misto, os resultados da abordagem podem ser interpretados com uma segunda fonte de dados. Desse modo, o estudo quantitativo é do tipo exploratório, analítico, transversal, usando os prontuários arquivados no local da pesquisa; o estudo qualitativo avaliará o cuidado recebido pelas usuárias no serviço prestado pela equipe multiprofissional e de enfermagem.

Esses tipos de pesquisas visam à descoberta, ao achado, à elucidação de fenômenos ou à explicação daqueles que não eram aceitos, apesar de evidentes. Por sua vez, estabelece critérios, métodos e técnicas para a elaboração de uma pesquisa e visa oferecer informações sobre o objeto desta e orientar a formulação de hipóteses. Atualmente, a pesquisa exploratória está estreitamente associada à tecnologia e ao desenvolvimento de novos produtos que partem de experimentações exploratórias que produzem invenções ou inovações (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

Nesse percurso metodológico, de acordo com Sampieri, Collado e Lucio (2013), o enfoque qualitativo é selecionado quando se busca compreender a perspectiva dos participantes sobre os fenômenos que os rodeiam, aprofundar em suas experiências, pontos de vista, opiniões e significados. Associando-se a esse conceito, a pesquisa qualitativa, ao interpretar os pontos de vista dos sujeitos, consiste numa abordagem que analisa a especificidade destes dentro do contexto sociocultural em que estão inseridos (MINAYO, 2016).

A natureza qualitativa do estudo justifica-se pelo fato dos resultados traduzidos em números não serem suficientes para expressar as experiências dos participantes da pesquisa, o que requer um olhar e uma leitura aprofundada dos sentidos, ações e interpretações. Focaliza o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e atitudes. Sendo esses fenômenos entendidos como parte da realidade social, pois o ser humano não se diferencia somente pelo agir, mas no pensar sobre o fazer e o interpretar de suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com os seus semelhantes (MINAYO, 2016).

4.2 Local da pesquisa

O local da pesquisa foi a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera – CGBP da Maternidade Escola Assis Chateaubriand - MEAC/UFC, uma instituição pública de nível terciário, com atendimento de referência no Estado do Ceará em obstetrícia de alto risco. A CGBP é uma residência de cuidado às gestantes de alto risco, puérperas e seus recém-nascidos que demandam atenção diária, mas que não exigem vigilância constante em ambiente hospitalar. Seu objetivo é oferecer acolhimento humanizado, cuidado, orientações de saúde e autocuidado com acompanhamento especializado. Funciona como um anexo da maternidade, com equipe de médico, enfermeiros obstetras, técnicos em enfermagem, terapeutas ocupacionais, psicólogos e outros profissionais em escala de plantão ou sobreaviso. Nessa perspectiva, o estudo se reporta a casa da gestante bebê e puérpera- CGBP, vinculada a Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC). Com atendimento de referência no Estado do Ceará em obstetrícia de alto risco. Constitui uma unidade de assistência, ensino e pesquisa e faz parte do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (UFC), sob gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), atende a população, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

A MEAC possui com Banco de Leite Humano de alto padrão e Casa da Gestante, Bebê e Puérpera. Instituição Hospital Amigo da Criança, a MEAC foi reconhecida pelo Ministério da Saúde como o primeiro Centro de Boas Práticas em Obstetrícia e Neonatologia do Brasil e condecorada pela Câmara dos Deputados com o Prêmio Dr. Pinotti 2019, como Hospital Amigo da Mulher. A maternidade realiza em média 430 partos/mês, de acordo com dados de 2019 (MEAC, 2020). Atua na formação de profissionais especializados na área da saúde, constituindo campo de teoria e prática para alunos da graduação e de residências médica e multiprofissional da UFC e outras escolas, cuja missão é prestar assistência, ensino e pesquisa para um cuidado de excelência à saúde da mulher e do recém-nascido (MEAC, 2020).

Nesse contexto, a MEAC conta com a CGBP desde sua implantação, em 2017. Segundo registros da MEAC (2022), a casa fica a aproximadamente 250 metros da maternidade. Possui 15 camas e sete berços. Tem em suas principais atribuições a ampliação do acesso à assistência obstétrica e a melhoria da utilização racional dos leitos hospitalares obstétricos do hospital de referência em atenção à gestação de alto risco, com vistas à redução da morbimortalidade materna. Propõe-se a garantir a integralidade da assistência às gestantes, puérperas em situação de risco, oferecendo um ambiente diferenciado e acolhedor. Promove o

incentivo ao aleitamento materno, com orientações pertinentes a cada caso; constituir um campo de prática multiprofissional, com estabelecimento de vínculo com os profissionais que compõem a equipe multiprofissional do hospital de referência; apoio às pesquisas científicas e publicações pertinentes na área obstétrica e multidisciplinar. As admissões são, em sua maioria, as gestantes provenientes da emergência obstétrica e do serviço de atenção ambulatorial materno-fetal da MEAC. Os diagnósticos mais frequentes das gestantes são: alterações morfológicas fetais, diabetes gestacional, pródromos de trabalho de parto, trabalho de parto prematuro, Síndrome Hipertensiva Gestacional, anemia materna ou fetal, retrovisores, pós-datismo, e mulheres aguardando transporte para suas residências do interior do estado. Todos os diagnósticos são previamente pactuados com a coordenação da casa (HERCULANO *et al.*, 2018).

4.3 Participantes

Na abordagem quantitativa, foram analisados os registros eletrônicos da instituição, de todas as gestantes e puérperas que foram admitidas na Casa da Gestante, Bebê e Puérpera - CGBP da MEAC-UFC durante os anos de 2017 a 2021. Justifica-se por ser 2017 o ano da inauguração da casa e 2021 por contemplar cinco anos de funcionamento conforme (Apêndice A).

Para os dados qualitativos foram entrevistadas 39 mulheres, entre gestantes e puérperas que estavam internadas no período da coleta e que atendam os critérios de inclusão, a fim de relatarem suas vivências e experiências sobre os cuidados recebidos e tenham a possibilidade de fazer um julgamento sobre a assistência e o cuidado recebido no serviço, conforme (Apêndice B). Foram entrevistados 11 profissionais, entre: enfermeiros, médico, terapeuta ocupacional e técnicas de enfermagem, que prestam cuidados às gestantes e puérperas na casa, (Apêndice C).

4.4 Critérios de inclusão

Gestantes e puérperas internadas na instituição, com idade a partir de 18 anos, independente do diagnóstico, condição social, estado civil. Com o estado de saúde estável. Os dados secundários foram coletados a partir dos registros de admissões da casa da gestante, inseridos na pesquisa aqueles arquivados nos anos de 2017 a 2021, independente do diagnóstico, condição clínica e acompanhamento na instituição.

4.5 Critérios de exclusão

Em relação aos prontuários foram suprimidos aqueles que não estivessem no arquivo da instituição em estudo. Para as pacientes definiu-se como critério de exclusão, aquelas que se sentirem desconfortáveis ou constrangidas para a entrevista, as que estejam em pródromos de trabalho de parto ou em outra situação, dependendo do diagnóstico e que exigem repouso e aquelas com instabilidade clínica e psicológica.

4.6 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2022. Os participantes foram informados quanto ao estudo e convidados a participarem. Durante a abordagem receberam os esclarecimentos acerca dos objetivos da pesquisa, a importância da participação e firmada a inserção no estudo, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E), (Apêndice F).

As entrevistas foram gravadas, realizadas em local reservado visando a preservação dos participantes, com duração média de 40 a 60 minutos, conforme a necessidade de cada respondente, e executada por pesquisador treinado, com conhecimento na área de estudo. As entrevistas foram transcritas na íntegra e lidas repetidas vezes, para proceder à análise das informações, ordenação das ideias e dos conteúdos capazes de identificar os sentidos atribuídos pelos participantes.

A entrevista é definida como uma forma de interação social resultante da relação entre duas pessoas que se veem, o pesquisador e o entrevistado, visando obter dados que interessam à investigação. Nesta técnica, o instrumento primordial é a palavra, através da qual se revelam valores, símbolos, sentimentos e condições estruturais (MINAYO, 2010; SANTANA; NASCIMENTO, 2010). Como guia norteador, utilizou-se o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

4.7 Instrumentos de coleta de dados

Formulário de coleta nos prontuários (Apêndice A), esse instrumento foi composto de acordo com itens contidos no prontuário usado na instituição, ou seja: perfil sociodemográfico e clínico das pacientes e os desfechos maternos. Considerou-se como desfecho: nº de altas, nº de transferências, nº de curas. Por sua vez, as variáveis preditoras: idade (gestante e puérpera), município de origem, número de gestações anteriores,

classificação da idade gestacional, tipo de parto, comorbidades, motivo da internação, intercorrência durante o parto e nascimento, unidade de internação do recém-nascido internado nas unidades neonatal. Os dados qualitativos foram coletados mediante formulários semiestruturados, aplicados com as usuárias do serviço, e os profissionais, respectivamente (APÊNDICE B), (APÊNDICE C).

4.8 Organização e análise dos dados

As análises estatísticas quantitativas foram realizadas no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 20.0 para *Windows* (IBM, EUA). Para a análise de dados será realizada descrição das variáveis nominais por meio de frequência simples e relativa, e para variáveis numéricas serão apresentadas a mediana e o intervalo interquartil de 75%. A seguir, as variáveis preditoras serão comparadas com os desfechos maternos por meio do teste qui-quadrado (para variáveis nominais) e *Wilcoxon* (para variáveis numéricas), considerando significativo o valor de $p < 0,05$. Serão calculados odds ratios brutos e ajustados (ORs), bem como intervalos de confiança de 95% (ICs).

Para a análise de regressão será utilizado o modelo logístico. Primeiramente haverá análise das variáveis com $p < 0,20$ na análise bivariada e por um modelo passo-a-passo (*stepwise*) e os com maior p-valor serão removidos e o modelo final será ajustado para as variáveis com $p < 0,05$.

Os dados qualitativos foram organizados por meio do software IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) O IRAMUTEQ foi desenvolvido na linguagem Python e utiliza funcionalidades providas pelo software estatístico R. Criado por Pierre Ratinaud e mantido até 2009 na língua francesa, mas que atualmente conta com dicionários completos em várias línguas (SOUZA *et al.*, 2018).

A classificação hierárquica descendente (CHD), uma das análises realizadas pelo software IRAMUTEQ, foi obtida para aferir os dados do dendrograma em função das classes geradas, considerando as palavras com $X^2 > 3,84$ ($p < 0,05$). Posteriormente, será realizada a Análise Fatorial por Correspondência (AFC). Por fim, será gerado a Nuvem de Palavras, que unifica as palavras e dispõem graficamente em função da sua frequência (SOUZA *et al.*, 2018).

Realizaram-se análises lexicográficas clássicas no Iramuteq para compreender os dados estatísticos e quantificar as evocações e formas, na qual os segmentos de texto foram classificados em função dos seus respectivos vocabulários, a variação destas ocorre, conforme

a transcrição do pesquisador e o tamanho do seu corpus, caracterizado pelo conjunto de texto que se pretende analisar. O conjunto desses segmentos será repartido em função da frequência das formas reduzidas.

O IRAMUTEQ permite diferentes formas de análises estatísticas de textos, produzidas a partir de entrevistas, documentos, entre outras (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Após a organização dos dados compilados, foi realizada a análise de conteúdo, na modalidade temática e pré-análise, exploração dos dados e interpretação das falas, buscando assinalar as colocações semelhantes e aquelas diferenciadas, mas que representavam significados importantes para os participantes. Os dados foram organizados com o sentido de expressar ideias, sentimentos, valores e crenças, dentre outros. Com a exploração do material coletado, buscaram-se leituras minuciosas, para encontrar as unidades de significados, tendo em vista o contexto do estudo e a análise de conteúdo de Bardin (2018).

A interpretação dos resultados foi fundamentada nas abordagens da técnica de análise da hermenêutica dialética, técnica de análise que pretende descrever, e fazer a síntese dos processos compreensivos e críticos (HABERMAS, 1987). Neste sentido, a hermenêutica é a busca de compreensão de sentido que se dá na comunicação entre seres humanos, tendo na linguagem seu núcleo central. Gadamer (1999) trabalha com a comunicação da vida cotidiana e do senso comum, considerando que o ser humano se complementa por meio da comunicação, sendo preciso compreender seu contexto e sua cultura da fenomenologia compreensiva de Martin Heidegger. Portanto, fundamentou-se também pelo referencial teórico, filosófico e metodológico de Heidegger, pois possibilita a compreensão das singularidades vivenciadas no cotidiano por meio da descrição, que permite voltar o olhar às coisas nelas mesmas ao buscar o sentido do ser, sendo esta a premissa do pensar heideggeriano (HEIDEGGER, 2011). A contribuição produtiva do intérprete é parte inalienável do próprio sentido do compreender, somente sendo possível quando aquele que compreende coloca em jogo seus próprios preconceitos (CÔRTEZ, 2006). Do ponto de vista metodológico, a abordagem hermenêutica desenvolve-se nos seguintes parâmetros: busca diferenças e semelhanças entre o contexto dos autores e o contexto do investigador; explora as definições de situação do ator, supõe o compartilhamento entre o mundo observado e os sujeitos, com o mundo da vida do investigador; busca entender os fatos, os relatos e as observações e apoia essa reflexão sobre o contexto histórico; julga e toma decisão sobre o que ouve, observa e compartilha; e produz um relato dos fatos em que os diferentes atores se sintam contemplados.

4.9 Riscos e benefícios

O estudo prevê riscos mínimos que podem causar algum constrangimento no momento da aplicação das avaliações e entrevistas que poderão ser minimizados por serem realizadas em ambientes reservados e de forma individualizada. Os participantes da pesquisa poderão desistir ou interromper, sem que haja nenhum prejuízo ou penalidade e ainda serem encaminhadas para atendimento necessário, acompanhado pelo pesquisador.

Os benefícios oriundos dos resultados desta pesquisa poderão ser representados pela identificação dos fatores biopsicossociais das gestantes e puérperas que serão socializadas para a gestão dos serviços públicos de saúde e profissionais que atuam na área. Teremos acréscimo de produção científica nas revistas qualificadas e apresentação de resultados nos congressos nacionais e internacionais.

4.10 Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, antes da coleta de dados, assegurado o cumprimento das recomendações da Resolução n.º 466/12, referente às pesquisas desenvolvidas com seres humanos (BRASIL, 2012). Tendo sido aprovado conforme parecer N.º Parecer: 5.341.776 pela instituição do estudo.

Além disso, seguindo a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, foram incorporados ao estudo os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça com o intuito de assegurar os direitos e deveres correspondentes à comunidade científica e aos sujeitos da pesquisa, levando em consideração o respeito pela dignidade e proteção dos direitos humanos de forma consistente (UNITED NATIONS FOR EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATIONS, 2005). Aos sujeitos do estudo foram garantidos os sigilos das informações e o anonimato, segundo as normas éticas da investigação científica. As informações obtidas na pesquisa foram utilizadas somente para fins previstos na pesquisa, garantindo confiabilidade.

5 RESULTADOS

5.1 Artigo 1 – Desfechos da assistência multiprofissional às usuárias da Casa da Gestante Bebê e Puérpera em Fortaleza

DESFECHOS DA ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL ÀS USUÁRIAS DA CASA DA GESTANTE BEBÊ E PUÉRPERA EM FORTALEZA

Resumo

Caracterizar o perfil e os desfechos do cuidado multiprofissional às usuárias na Casa da Gestante, vinculada a uma maternidade pública de Fortaleza-Ceará, Brasil, entre 2017 e 2021. Estudo epidemiológico, transversal, descritivo. Nesse período foi admitido um total de 2.508 admissões, distribuídas entre gestantes, puérperas e recém-nascidos. As análises estatísticas foram realizadas no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 22.0. foi realizada descrição das variáveis nominais por meio de frequência simples e relativa, e para variáveis numéricas, foram apresentados a mediana e o desvio padrão. A seguir, as variáveis preditoras foram comparadas com os desfechos maternos e puerperais por meio do teste qui-quadrado (para variáveis nominais) e Wilcoxon (para variáveis numéricas), considerando significativo o valor de $p < 0,05$. Os critérios de inclusão envolveram os registros das mulheres atendidas no período de 2017 a 2021 na instituição. Os diagnósticos obstétricos mais frequentes à internação foram relacionados às alterações morfológicas fetais, trabalho de parto prematuro e diabetes gestacional. As gestantes foram transferidas para a maternidade vinculada, para resolução da gravidez, totalizando 1.758 gestantes, e 740 puérperas saíram de alta com seu recém-nascido. As variáveis que tiveram associação estatisticamente significativa foram a idade, e a prematuridade entre as puérperas, portanto as puérperas de alto risco e jovens têm menor idade gestacional e conseqüentemente mais partos prematuros. Neste estudo, verificou-se que a assistência prestada às gestantes e às puérperas de alto risco, nesse tipo de serviço, favorece aquelas residentes em regiões metropolitanas ou no interior do estado, que necessitam de observação e acompanhamento, que têm dificuldade de acesso a estabelecimentos de saúde de referência próximos a seu domicílio. Evidencia-se, assim, a importância do acesso e da equidade, como também da articulação e da governança dos pontos da rede de atenção para a melhoria dos indicadores de saúde maternos e perinatais. A implantação e implementação da CGBP fazia parte da meta desejada pelos gestores e profissionais da MEAC, para colaborar com a melhoria do cuidado obstétrico e neonatal, proposto e oportunizado pelo projeto da Rede Cegonha.

Descritores: Assistência à saúde; Cuidado multiprofissional; Gravidez de alto risco; Puérpera.

Introdução

A morbidade materna grave está aumentando mundialmente. Desse modo, percebe-se tamanha responsabilidade dos provedores de saúde, no entanto, observa-se um fosso existente na promoção da saúde, na evitabilidade dos agravos. Portanto, urge

acionarmos a lente do cuidado consciencioso, antes de focar somente no objeto que levou a morbidade, ao quase óbito, “near miss” ou ao óbito materno.

Nessa direção, Geller *et al.* (2018), aponta que a carga global de morbidade materna grave não é conhecida, mas o Banco Mundial estima que está aumentando com o tempo. Consistente com as taxas de mortalidade materna, as taxas de morbidade materna grave são mais altas em países de baixa e média renda (LMICs) do que em países de alta renda (HICs). Dos países que realizaram revisões SMM, os fatores evitáveis mais comuns foram relacionados ao provedor, especificamente falha em identificar o *status* de "alto risco", atrasos no diagnóstico e atrasos no tratamento.

A ineficiência no atendimento especializado, sem uma regulação da oferta em relação à demanda por leitos de UTI, é uma das principais causas responsáveis pelos atrasos, considerando o “modelo dos três atrasos” no atendimento às mulheres com Morbidade Materna Grave (MMG) (DIAS *et al.*, 2014).

Nessa direção, a morbidade materna grave, também conhecida como *near miss*, é um evento de quase morte causado por complicações graves ocorridas com a mulher durante a gravidez, partos ou puerpério (SAY *et al.*, 2009). Utilizado como indicador de desenvolvimento em diversos países, o monitoramento de *near miss* pode ser considerado uma ferramenta para a prevenção da morbimortalidade materna (TRONCON *et al.*, 2013), uma vez que identificar esses casos pode ser uma importante estratégia alternativa e complementar para reduzir a ocorrência de mortes maternas (SOUZA *et al.*, 2013).

O uso do conceito de *Near Miss* nas pesquisas na área de planejamento e políticas públicas fornece subsídios para a implementação de um sistema de vigilância prospectivo, pois há um comportamento de evento sentinela (DIAS *et al.*, 2014). Assim, é de suma importância estudos para conhecer quais os fatores determinantes para a mortalidade materna grave, bem como os critérios disponíveis para avaliação do *Near Miss* materno. De acordo com Oliveira e Costa (2015), estima-se que para cada óbito materno na América Latina ocorrem 15 casos de *Near Miss*, o que torna essa condição um grave problema de saúde pública e um desafio às esferas governamentais na organização de uma rede de atenção qualificada e resolutiva.

Por apresentar uma maior proporção de casos com relação à ocorrência de óbitos, segundo DIAS *et al.* (2014), e por permitir que as próprias mulheres relatem o seu processo de adoecimento, a avaliação do *Near Miss* possibilita compreender os determinantes de morte em mulheres gravemente enfermas, possibilitando o desenvolvimento de estratégias efetivas para a redução da morbimortalidade materna, considerando que o desfecho é a única condição

que as diferencia (NADERI *et al.*, 2015).

Ao se observar as causas que levam à Mortalidade Materna (MM), percebe-se que, em sua maioria, poderiam ter sido evitadas se os atendimentos tivessem sido efetuados no tempo correto. Dessa maneira, um dos determinantes para redução nesse índice é a melhoria no acesso à saúde em todos os níveis, bem como diminuição das discrepâncias socioeconômicas, culturais e implementação de políticas em saúde que busquem uniformizar e tornar mais universal a atenção ao público (MORAES *et al.*, 2019).

Segundo a OMS, cerca de 830 mulheres morrem todos os dias no mundo por conta de complicações na gravidez e no parto. Em uma iniciativa global das Nações Unidas, conhecida como Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), o Brasil foi convocado para um esforço de eliminação da mortalidade materna evitável entre os anos de 2016 e 2030. Uma das metas é reduzir a mortalidade materna global para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos. Dessa forma, todos os estados têm investido em ações de enfrentamento da mortalidade materna e de fortalecimento da atenção à saúde materno-infantil.

Em 2021, o país registrou uma taxa de 107,53 mortes a cada 100 mil nascidos vivos, conforme dados preliminares do Ministério da Saúde mapeados pelo Observatório Obstétrico Brasileiro. Em 2019, ano anterior à pandemia, essa taxa era de 55,31. Segundo a coordenadoria do observatório, a pouca quantidade de unidades de terapia intensiva preparadas para os cuidados com as gestantes, além da falta de profissionais capacitados, levou ao aumento significativo nas mortes ocorridas durante a pandemia. Entre os compromissos firmados pelo Brasil por meio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) está a meta de reduzir, até 2030, a mortalidade materna para no máximo 30 falecimentos a cada 100 mil nascidos vivos.

Porém, Souza (2015), sinaliza que, essa velocidade, será difícil alcançar a redução recomendada pela OMS e pelos ODS, que previa queda de 2/3, o que no Brasil significaria cair para 20 mortes a cada 100 mil nascidos vivos em 2030 (SOUZA, 2015). Posteriormente, a redução foi acordada para o valor de 30 para cada 100 mil nascidos vivos. Uma avaliação de todas as metas dos ODS no Brasil e seus estados, usando um escore baseado em carga de doença, confirma que a mortalidade materna é um dos indicadores com menor possibilidade de atingir a meta, destaca seus resultados do estudo (MACHADO *et al.*, 2020).

Nessa direção, o Ministério da Saúde tem implementado políticas para fortalecer e qualificar as ações no atendimento às gestantes, na melhoria da atenção ao pré-natal, ao parto, ao nascimento e ao puerpério. Entre as estratégias adotadas destacam-se: a Rede Cegonha, a

implantação e implementação do PREMMICE (Plano de Redução da Mortalidade Materna e na Infância por Causas Evitáveis) e a Estratégia Zero Morte Materna por Hemorragia, desenvolvida em parceria com a OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). Todas essas ações visam instituir medidas de orientação e qualificação dos profissionais de saúde que atuam na rede de atenção às gestantes e puérperas (BRASIL, 2020).

Nesse sentido, dados divulgados sobre a saúde perinatal pelo MS em 2020, destacam que atualmente, o país conta com 270 serviços hospitalares habilitados na RC-Rede Cegonha espalhados por todo o país, constituindo um modelo humanizado de atenção ao parto e ao nascimento no Sistema Único de Saúde. É o que propõe o projeto Rede Cegonha, essa ação completou dez anos em 2021, e vem ganhando cada vez mais incentivos do Governo Federal. Dentre os serviços implementados pela RC destacam-se 198 Centros de Referência à Gestação de Alto Risco; e 32 Casas de Gestante, Bebê e Puérpera - CGBP, a qual representa uma estratégia para dá suporte na assistência às famílias, envolvendo cuidado às gestantes, puérperas e recém-nascidos. A CGBP foi criada através da Portaria n.º 1.020, de 29 de maio de 2013, realiza assistência adequada às situações que demandam vigilância e proximidade do serviço hospitalar de referência (BRASIL, 2013).

O programa possibilita principalmente às mães acompanharem diuturnamente seus filhos e filhas nas unidades neonatais, estando as mesmas acolhidas em condições dignas e humanizadas em alojamentos coletivos, com alimentação, assistência à saúde e social, condições que fortalece a estima e a autonomia, sendo, portanto, de grande importância socioassistencial. Referenciada pelos princípios norteadores da Política Nacional de Humanização do SUS. Nesse sentido, a CGBP constitui um modelo alternativo de qualidade para reversão da atenção centrada em hospitais e propicia a construção de uma nova lógica de atenção, com enfoque na promoção da saúde, na prevenção de agravos, e na humanização do cuidado. Além disso, esse serviço tem por objetivo a diminuição dos custos e riscos hospitalares, bem como a ampliação dos espaços de atuação dos profissionais de saúde, de modo especial, da enfermagem. (SILVA *et al.*, 2005).

Desse modo, devido à abrangência de atendimento obstétrico da maternidade e da necessidade de rotatividade de pacientes para manejo das vagas, a CGBP-da MEAC vem tornando-se cada vez mais viável e necessária, uma vez que funciona como um serviço de suporte para permanência de gestantes puérperas e recém-nascidos. A casa da gestante baseia-se na análise dos indicadores de monitoramento para melhorar o cuidado individualizado às mulheres admitidas, através da avaliação do serviço e da qualidade do atendimento prestado e da funcionalidade adequada do serviço de saúde.

Entretanto, ainda que a existência de serviços como a “Casa das Gestantes” indique sua aceitação e sua sustentabilidade, há poucas evidências científicas sobre sua resolatividade e sua eficácia na redução da morbidade e mortalidade materna e perinatal, visto que, em alguns países, tais serviços são desenvolvidos em decorrência da precariedade da rede hospitalar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Os resultados da pesquisa podem agregar conhecimentos sobre a temática pesquisada, enfatizando a relevância da divulgação e produção científica sobre a eficácia e os benefícios no atendimento na CGBP, fato que pode favorecer a implantação desse tipo de serviço em outros estados brasileiros ou em outros países. Ademais, a consolidação da “Casa das Gestantes” como um ambiente terapêutico resolutivo e de qualidade beneficia diretamente a enfermagem, pois se trata de um local de grande inserção profissional, especialmente, das enfermeiras obstetras. A partir da sistematização das informações podem-se comparar os resultados com outros lugares e setores, inclusive com a própria maternidade, estudada. Por fim, vale salientar a carência de publicações desse tipo de serviço e cuidado prestado às mulheres. Portanto, este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil e os desfechos do cuidado multiprofissional às usuárias na CGBP.

Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, descritivo, desenvolvido com gestantes, puérperas e recém-nascidos, de uma maternidade pública de referência em Fortaleza-CE, Brasil, especificamente o local do estudo foi a CGBP-MEAC, situada a aproximadamente 250 m da MEAC, iniciou seu funcionamento em abril de 2017, A casa possui 402m² de área, conta com uma recepção, área de convivência, consultório, quatro quartos para as usuárias, e um quarto para repouso das funcionárias. Possui quatro banheiros, uma cozinha, sala de jantar, jardim de inverno e lavanderia. Disponibiliza 15 camas para o acompanhamento de gestantes e puérperas e sete berços para os recém-nascidos. Sobre a admissão das usuárias, o fluxo de encaminhamento para a CGBP dá-se através da detecção do perfil de admissão por qualquer membro da equipe multiprofissional que aciona o Núcleo Interno de Regulação (NIR). Uma vez confirmado o perfil pelo NIR, é feito o encaminhamento ao Serviço Social para as devidas orientações e admissão na CGBP. O NIR também realiza o acompanhamento nas 24h do dia, busca ativa nos setores com gestantes e puérperas/RN com perfil de admissão.

Desse modo, a gestante admitida é previamente avaliada na maternidade de referência, e após diagnóstico obstétrico e confirmação da estabilidade clínica obstétrica fetal,

a mesma é encaminhada para a Casa da gestante. Geralmente os RN recebem alta após conclusão de tratamento, ou alta após avaliação neonatal por algum motivo, o mais comum entre as admissões dos RN são seguimento de tratamento para sífilis congênita.

O regimento interno da CGBP reúne as normas e rotinas do serviço, incluindo as atribuições da equipe multiprofissional, os fluxos, critérios de admissão e encaminhamentos. Funciona com a presença do auxiliar e técnico de enfermagem nas 24h do dia e enfermeiro obstetra de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h. Conta com apoio de equipe médica (obstétrica e neonatal) e multiprofissional da MEAC, com visitas conforme a demanda apresentada (MEAC, 2019).

As usuárias são recebidas e atendidas por uma equipe de referência multidisciplinar (médico obstetra, enfermeiro-obstetra, técnico de enfermagem e outros), com admissão e assistência balizados nos protocolos institucionais.

O local de estudo foi escolhido por conveniência pela facilidade de acesso aos dados, visto que uma das pesquisadoras trabalha na maternidade pertencente à CGBP. A população deste estudo foi composta por todos os prontuários arquivados do serviço, no período desde a sua implantação em maio de 2017 a dezembro de 2021, desse modo, 1.330 gestantes, 795 puérperas e 236 recém-nascidos. Foi realizado um estudo analítico transversal, utilizando-se o banco de dados do Sistema de Informações da instituição, a partir das informações compiladas das gestantes, puérperas e recém-nascidos. Foram compilados (dados sociodemográficos, dados obstétricos e desfechos materno-puerperal ocorridos).

As análises estatísticas foram realizadas no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 22.0. Foram realizadas descrição das variáveis nominais por meio de frequência simples e relativa, e para variáveis numéricas, foram apresentados a mediana e o desvio padrão. A seguir, as variáveis preditoras foram comparadas com os desfechos maternos e puerperais por meio do teste qui-quadrado (para variáveis nominais) e Wilcoxon (para variáveis numéricas), considerando significativo o valor de $p < 0,05$. Os critérios de inclusão foram os registros das mulheres atendidas no período de 2017 a 2021 na instituição, e residentes no Estado do Ceará. Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2022. As variáveis utilizadas foram: idade materna, procedência, data de internação hospitalar, paridade, idade gestacional à internação, diagnóstico de internação, data da alta, motivo de saída da casa: alta/transferência, tipo de parto, condições de saúde do RN (destino ao nascer).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da instituição (Parecer: 5.341.776) segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. As informações registradas

foram extraídas do banco de dados do local da pesquisa, inseridas no banco de dados construído com o auxílio do programa estatístico Epi-Info (versão 3.5.1). A análise estatística baseou-se na descrição das características da população em estudo por meio de distribuição de frequências absolutas e relativas das variáveis. Estimou-se também a associação entre a idade materna com a idade gestacional à internação, o diagnóstico à internação, o motivo da transferência da “Casa das Gestantes”, o tipo de parto e as condições de saúde do RN. Por fim, para avaliar o resultado da assistência prestada na “Casa das Gestantes”, foram comparados os diagnósticos à internação mais frequentes com o motivo de alta/transferência e condições de saúde materno-perinatal. Diferenças estatísticas foram avaliadas com o teste qui-quadrado de Pearson.

Resultados

Durante o período de março de 2017 a dezembro de 2021 a CGBP recebeu um total de 2.508 admissões distribuídas conforme Tabela 1. Pode-se observar o incremento gradual das admissões das gestantes, pôde-se inferir a segurança que a assistência prestada pela CGBP foi adquirindo no decorrer dos anos, e sendo percebida pelos profissionais da MEAC. Conseqüentemente, a possibilidade de contar com os serviços da CGBP. Anteriormente à implantação da casa da gestante, as grávidas que precisavam internar na MEAC, ficavam aguardando na recepção da emergência a vaga no andar-clínica obstétrica, ou era encaminhada para outro hospital. Desse modo, pode-se perceber como a CGBP tem contribuído para receber e acomodar essa demanda peculiar. Desse modo, abriu-se na MEAC, uma alternativa para não deixar essa mulher em peregrinação aguardando vaga, como vemos nos discursos das gestantes em todo Brasil.

O perfil de admissão na CGBP é classificado como: gestantes de alto risco, internadas por algum fator que precise ser acompanhada, e geralmente moram distante da maternidade. Também fazem parte do perfil, as puérperas sem RN e puérperas com RN. Os recém-nascidos admitidos são aqueles que estejam em situação que ainda necessite de uma atenção especializada, como apoio à amamentação, aguardar realização de exames, conclusão de esquema terapêutico, principalmente Sífilis Congênita. As puérperas sem recém-nascidos aguardam o término do internamento do seu bebê nas unidades neonatais da MEAC, seja a Unidade de Cuidados Intermediários (UCINCo) ou Unidade de Terapia Intensiva (UTIN). Todas as mulheres admitidas possuem dificuldade de deslocamento para sua residência e por isso têm indicação para permanecer na CGBP.

Na Tabela 1 são apresentados dados referentes às características das mulheres internadas. Quanto à faixa etária, (Figura 2) evidenciou que a maioria das mulheres se encontrava entre a faixa etária de 20-29 anos, representando aproximadamente 50% em cada ano estudado, período de intensa vida reprodutiva. Apesar do intervalo de 30-39 também ser bem expressivo entre as gestantes.

Sobre a procedência das mulheres internadas nesse período, (Figura 3) a grande maioria era de Fortaleza e interior do Estado, no entanto, no primeiro ano de implantação da casa, as mulheres do interior chegaram a mais de 50% de representatividade. Quanto à história obstétrica, a maioria das mulheres era multigestas (Tabela 1). Observa-se que a maioria da idade gestacional, (Figura 5) ocupa a categoria termo, em mais de 50% das gestantes internadas, apenas no ano de 2020, a idade gestacional pré-termo superou, alcançando 54% de prematuridade fetal. Porém, deve considerar os valores correspondentes aos pré-termo, sendo em quase todos os anos 40% ou mais das admissões no período estudado.

Acerca da via de parto, conforme mostra à Tabela 1, a operação cesariana prevaleceu com mais de 50% na maioria dos anos, e alcançou um patamar maior no ano de 2018, representando 73% das resoluções obstétricas (Figura 4), pode estar relacionada às urgências obstétricas de praxe na instituição, e por ser, um hospital de referência em alto risco. Pode-se esperar esse tipo de resolução. No entanto, esses dados são alarmantes quando comparados ao índice de 15% recomendado pela comunidade médica internacional e pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Observa-se na Tabela 2, que a maioria da idade gestacional, ocupa a categoria termo, em mais de 50% das gestantes internadas, apenas no ano de 2020, a idade gestacional pré-termo superou, alcançando 54% de prematuridade fetal. Porém, devem-se considerar os valores correspondentes aos pré-termo, sendo em quase todos os anos, 40% ou mais das admissões.

Verifica-se na Tabela 3, que as admissões de RN na CGBP ocorreram para aguardar pequena cirurgia ou consulta com especialista, realizar exames, mas também para continuidade ao tratamento de sífilis congênita, e apoio à amamentação. No primeiro ano da CGBP, os motivos maiores de admissões dos NRs foram: aguardar pequena cirurgia ou consulta com especialista, e/ou realizar exames, no entanto, nos anos seguintes o motivo de internamento dos RNs na CGBP, é o tratamento de sífilis.

Quanto aos RN que se encontravam no hospital, a maioria era da unidade de baixo risco, UCINCo, ou seja, internados com vitalidade mais estável, visto que nessa unidade os

cuidados são de baixo risco neonatal. Verifica-se que o ano de 2018, foi o período que teve mais admissões, por puérperas com RN na unidade neonatal da MEAC.

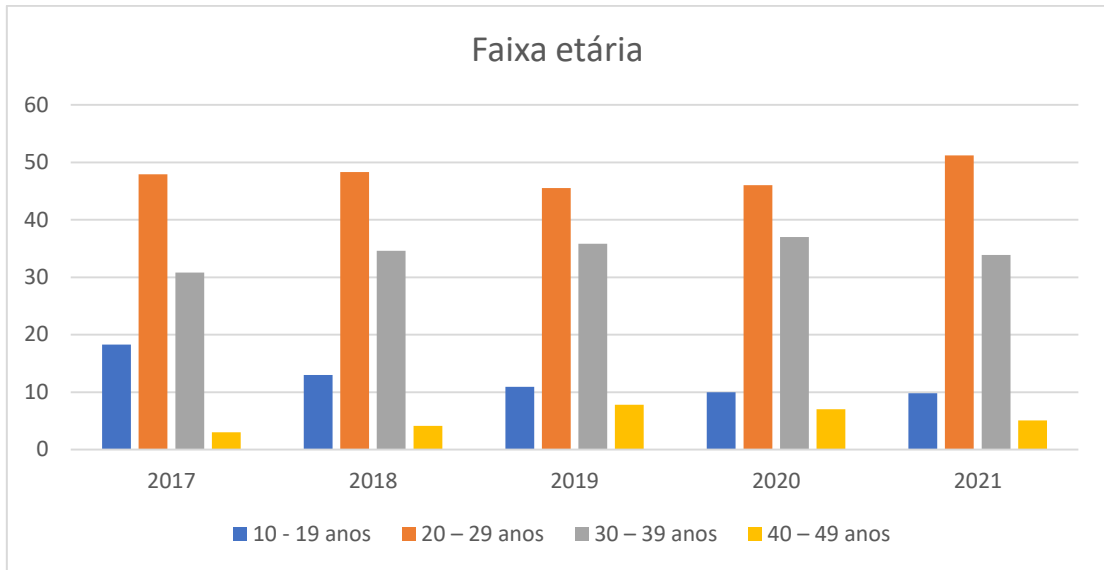
A Tabela 4 mostra o destino de saída das usuárias do serviço. Sobre o destino após a estabilidade clínica ou obstétrica, no caso das gestantes, geralmente permanece até a resolução da gravidez, quando o feto atinge a maturidade. Desse modo, o médico obstetra avalia, e já programa a resolução da gravidez, algumas gestantes, quando têm indicação de parto normal, permanecem na casa aguardando o início do trabalho de parto. Podem também ser encaminhadas para a maternidade caso apresente alguma intercorrência materno-fetal.

Segundo as Tabelas 5 e Tabela 6 as variáveis que tiveram associação estatisticamente significativa, foi à idade e a prematuridade entre as puérperas, portanto as puérperas de alto risco e jovens têm menor idade gestacional e conseqüentemente mais partos prematuros.

Tabela 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos e obstétricos das gestantes e puérperas admitidas na CGBP-MEAC, Fortaleza-CE, 2017-2021.

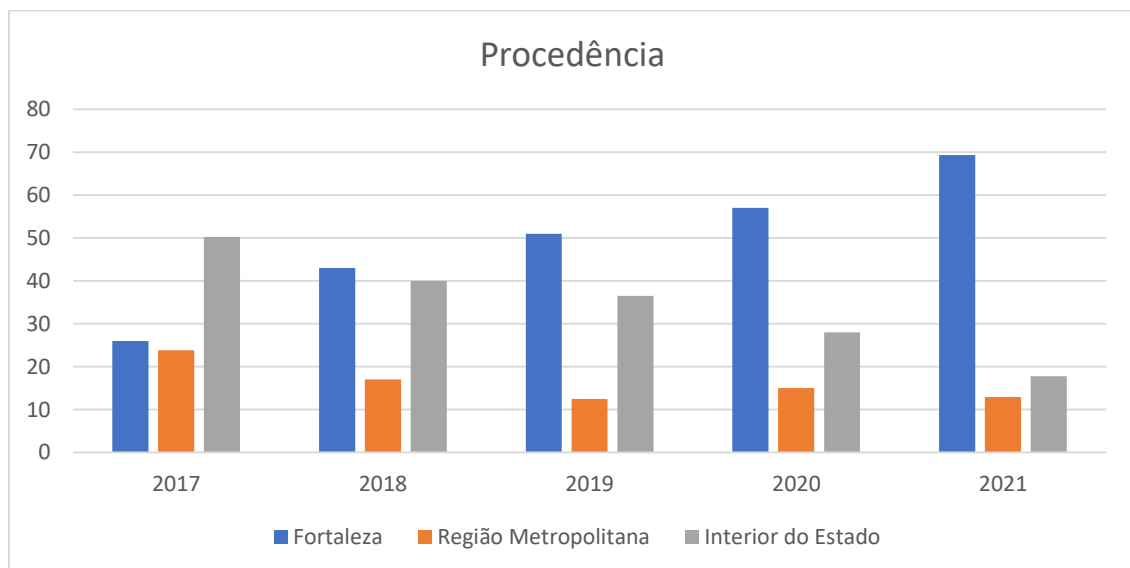
Variáveis	2017		2018		2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Perfil de admissão										
Gestantes	126	46,8	339	66,3	451	76,8	452	79,0	400	69,9
Puérpera SEM RN	116	43,2	106	20,7	78	13,3	25	4,0	27	4,7
Puérpera COM RN	27	10,0	66	13,0	58	9,9	92	17,0	145	25,3
Idade										
10 - 19 anos	49	18,3	66	13,0	64	10,9	58	10,0	56	9,8
20 – 29 anos	129	47,9	247	48,3	267	45,5	259	46,0	293	51,2
30 – 39 anos	83	30,8	177	34,6	210	35,8	210	37,0	194	33,9
40 – 49 anos	8	3,0	21	4,1	46	7,8	42	7,0	29	5,1
Município										
Fortaleza	70	26,0	221	43,0	13	51,0	325	57,0	56	12,9
Região Metropolitana	64	23,8	87	17,0	75	12,5	87	15,0	293	69,3
Interior do Estado	135	50,2	203	40,0	215	36,5	157	28,0	194	17,8
Tipo de parto										
Vaginal	63	44,0	46	26,0	65	47,8	45	38,5	75	43,6
Cesariana	80	56,0	131	73,0	71	52,2	72	61,5	97	56,4
Número de gestações										
Primigesta	98	36,4	178	35,0	192	32,7	159	28,0	172	30,1
Secundigesta	83	30,8	139	27,0	156	26,5	159	28,0	171	29,9
Multigesta	88	32,8	194	38,0	239	40,7	251	44,0	229	40,0

Fonte: Casa da Gestante Bebe Puérpera-MEAC-2022.



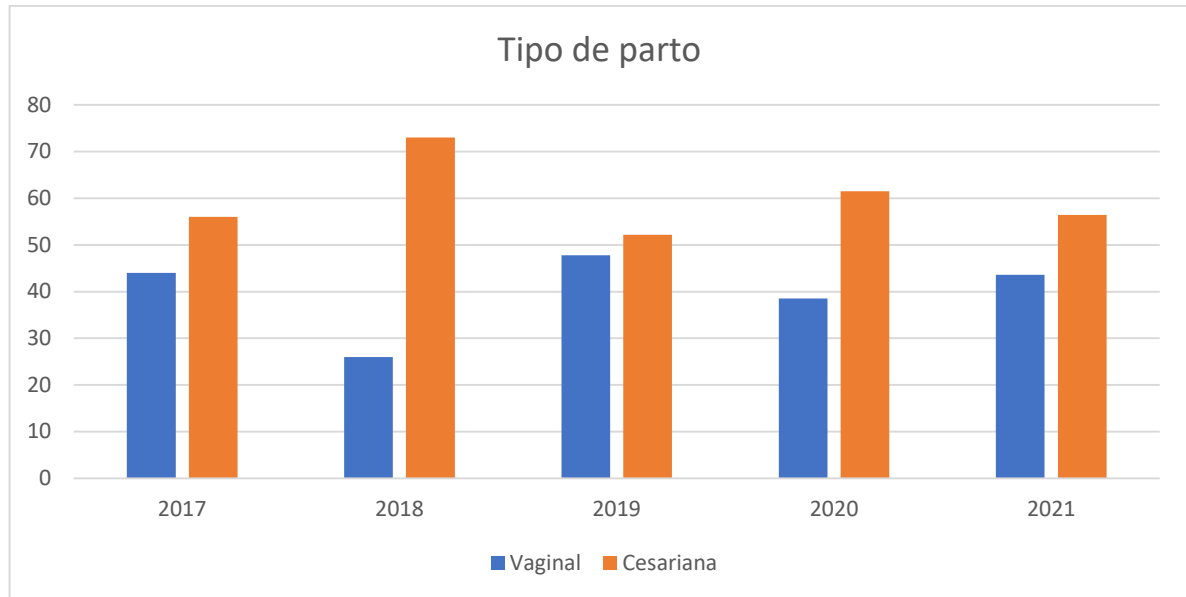
Fonte: Casa da Gestante Bebe Puérpera- MEAC-2022.

Figura 2 – Distribuição da faixa etária das gestantes e puérperas admitidas na CGBP-MEAC, Fortaleza-CE, 2017-2021.



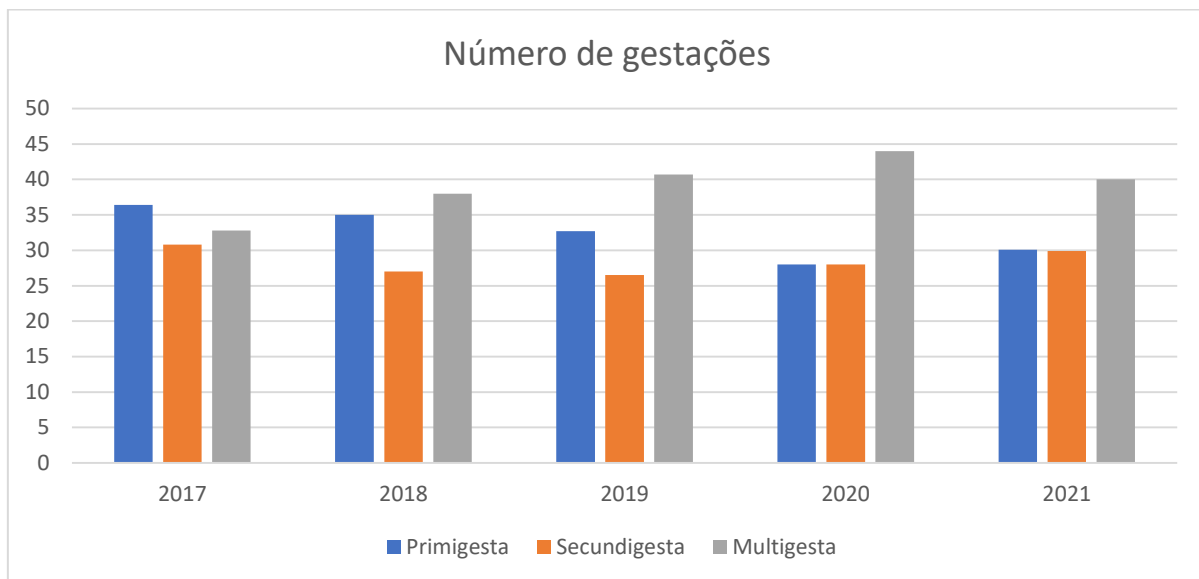
Fonte: Casa da Gestante Bebe Puérpera- MEAC-2022.

Figura 3 – Distribuição da procedência das gestantes e puérperas admitidas na CGBP-MEAC, Fortaleza-CE, 2017-2021.



Fonte: Casa da Gestante Bebe Puérpera- MEAC-2022.

Figura 4 – Distribuição dos tipos de parto das puérperas admitidas na CGBP-MEAC, Fortaleza-CE, 2017-2021.



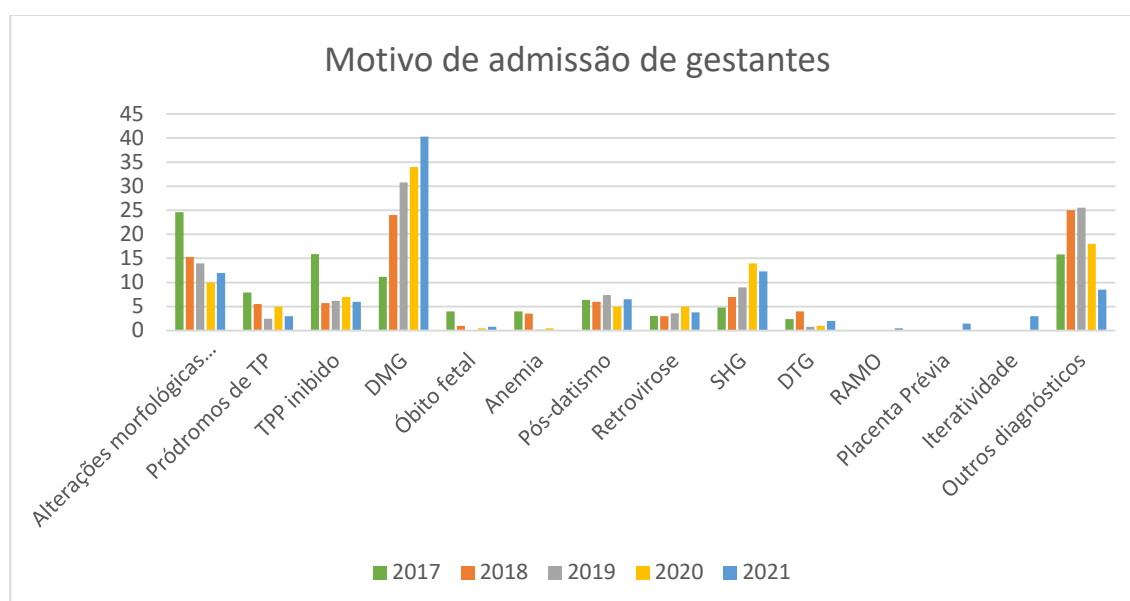
Fonte: Casa da Gestante Bebe Puérpera- MEAC-2022.

Figura 5 – Distribuição do número de gestações das puérperas e gestantes admitidas na CGBP-MEAC, Fortaleza-CE, 2017-2021.

Tabela 2 – Distribuição dos motivos de admissão e da maturidade fetal nas gestantes na CGBP-MEAC- Período 2017-2021 - Fortaleza, CE.

	2017		2018		2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Maturidade fetal										
Pré-termo	49	38,9	154	45,5	204	45,2	243	54,0	191	45,3
Termo	77	61,1	184	54,5	247	54,8	207	46,0	213	50,5
Motivo de admissão de gestantes										
Alterações morfológicas fetais	31	24,6	51	15,3	63	14,0	24	10,0	48	12,0
Pródromos de TP	10	7,94	18	5,5	11	2,5	13	5,0	12	3,0
TPP inibido	20	15,9	19	5,7	28	6,2	17	7,0	24	6,0
DMG	14	11,2	79	24,0	139	30,8	87	34,0	161	40,3
Óbito fetal	5	4,0	3	1,0	0	0	1	0,5	3	0,8
Anemia	5	4,0	11	3,5	1	0,2	1	0,5	0	0
Pós-datismo	8	6,4	21	6,0	33	7,4	12	5,0	26	6,5
Retrovirose	4	3,1	10	3,0	16	3,6	13	5,0	15	3,8
SHG	6	4,8	23	7,0	41	9,0	34	14,0	49	12,3
DTG	3	2,4	12	4,0	4	0,8	3	1,0	8	2,0
RAMO	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,5
Placenta Prévia	-	-	-	-	-	-	-	-	6	1,5
Iteratividade	-	-	-	-	-	-	-	-	12	3,0
Outros diagnósticos	20	15,8	83	25,0	115	25,5	45	18,0	34	8,5

Fonte: Casa da Gestante Bebe Puérpera-MEAC-2022.



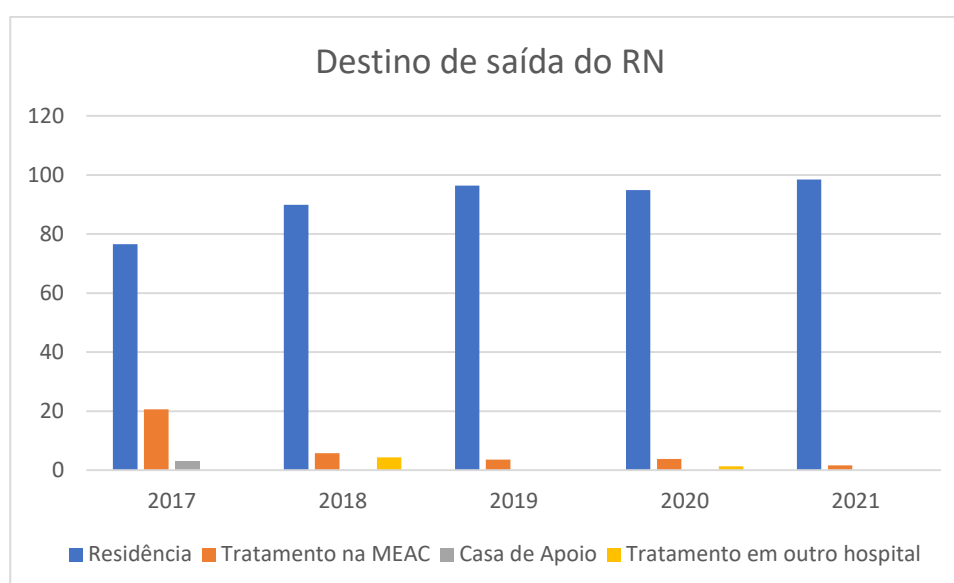
Fonte: Casa da Gestante Bebe Puérpera- MEAC-2022.

Figura 6 – Distribuição do motivo de admissão de gestantes admitidas na CGBP-MEAC, Fortaleza-CE, 2017-2021.

Tabela 3 – Motivo de admissão dos Recém-nascidos na CGBP Período 2017-2021 - Fortaleza, CE.

	2017		2018		2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Motivo de admissão de RN										
Aguarda realização/resultado de exames	7	19,5	15	21,0	18	31,0	19	21,0	40	27,2
Aguarda pequena cirurgia/consulta com especialista	17	47,2	15	21,0	6	10,4	2	2,0	9	6,1
Avaliação de ganho de peso/amamentação	2	5,5	3	4,0	1	1,8	-	0,0	2	1,4
Aguardando transporte do município	7	19,5	3	4,0	5	8,6	-	-	-	-
Tratamento de sífilis	3	8,8	32	46,0	28	48,2	70	77,0	96	65,3
Local de internação do RN na MEAC										
UTIN	27	23,3	38	34,0	23	29,5	3	12,0	7	25,9
UCINCO I	48	41,4	34	30,0	36	46,2	9	36,0	12	44,4
UCINCO II	41	35,3	40	36,0	19	24,4	13	52,0	8	29,6

Fonte: Casa da Gestante Bebe Puérpera-CGBP-MEAC-2022.



Fonte: Casa da Gestante Bebe Puérpera- MEAC-2022.

Figura 7 – Distribuição do destino dos recém nascidos admitidos na CGBP-MEAC, Fortaleza-CE, 2017-2021.

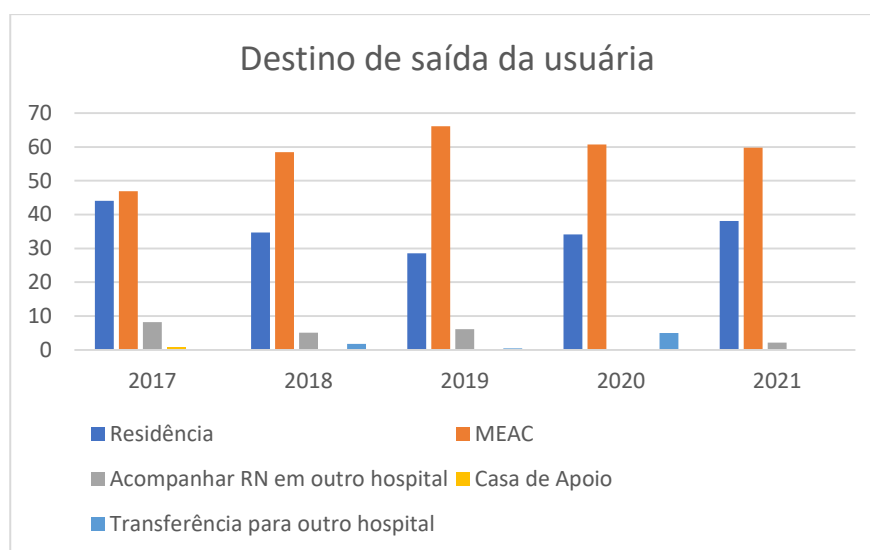
As gestantes geralmente permanecem em avaliação obstétrica até a alta, após a melhora do quadro clínico ou retorna à maternidade por dois motivos: 1) evolução normal da gestação para a resolução da gravidez e 2) intercorrências ou agravamento de sua condição de internação. E grande parte das puérperas retorna para suas residências após alta de seu RN.

Tabela

Tabela 4 – Transferências/encaminhamentos de gestantes e puérperas e RN, na CGBP-MEAC, Fortaleza-CE, 2017-2021.

Indicadores	2017		2018		2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Destino de saída da usuária										
Residência	108	44,1	158	34,7	152	28,5	172	34,1	185	38,1
MEAC Parto/Clín.			266	58,5	353	66,1	306	60,7	290	59,8
Obs	115	46,9								
Destino de saída do RN										
Acompanhar RN em outro hospital	20	8,2	23	5,1	27	6,1	1	0,2	10	2,1
Casa de Apoio	2	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	0,0
Transferência para outro hospital	-	-	8	1,8	2	0,4	25	5,0	-	0,0
Residência	26	76,5	62	89,9	53	96,4	74	94,9	121	98,4
Tratamento na MEAC	7	20,6	4	5,8	2	3,6	3	3,8	2	1,6
Casa de Apoio	1	2,9	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Tratamento em outro hospital	-	0,0	3	4,3	-	0,0	1	1,3	-	0,0

Fonte: Casa da Gestante Bebe Puérpera-CGBP-MEAC-2022.



Fonte: Casa da Gestante Bebe Puérpera- MEAC-2022.

Figura 8 – Distribuição sobre destino de saída, transferências/encaminhamentos de gestantes, puérperas e recém-nascidos-RN.

Tabela 5 – Associação das características individuais das gestantes e puérperas admitidas na CGBP-MEAC, Fortaleza-CE,2017-2021. (Continua)

Usuárias do serviço					
Variáveis	N	Total, N = 2,128 ¹	Gestante, N = 1,599 ¹	Puérpera, N = 529 ¹	Valor p²
Período	2,128				<0.001
2017		105 (4.9%)	105 (6.6%)	0 (0%)	
2018		429 (20%)	307 (19%)	122 (23%)	
2019		534 (25%)	393 (25%)	141 (27%)	
2020		522 (25%)	410 (26%)	112 (21%)	
2021		538 (25%)	384 (24%)	154 (29%)	
Procedência.MEAC	2,121				
1º Andar		457 (22%)	192 (12%)	265 (51%)	
2º Andar		143 (6.7%)	6 (0.4%)	137 (26%)	
ACI		2 (<0.1%)	0 (0%)	2 (0.4%)	
Alojamento Conjunto		5 (0.2%)	0 (0%)	5 (1.0%)	
Ambulatório		5 (0.2%)	5 (0.3%)	0 (0%)	
Canguru		4 (0.2%)	1 (<0.1%)	3 (0.6%)	
Cl. Cirúrgica		8 (0.4%)	0 (0%)	8 (1.5%)	
Cl. Obstétrica		38 (1.8%)	15 (0.9%)	23 (4.4%)	
Emergência		1,239 (58%)	1,175 (74%)	64 (12%)	
Materno Fetal		64 (3.0%)	63 (3.9%)	1 (0.2%)	
NIR		14 (0.7%)	11 (0.7%)	3 (0.6%)	
Residência		3 (0.1%)	- (0%)	3 (0.6%)	
Sala de Parto		2 (<0.1%)	2 (0.1%)	0 (0%)	
Serviço Social		4 (0.2%)	- (0%)	4 (0.8%)	

Fonte: Casa da Gestante Bebe Puérpera-CGBP-MEAC-2022.

¹ n (%); Média ± Desvio Padrão (Mediana)

² Teste qui-quadrado de independência; Teste de soma de postos de Wilcoxon.

Tabela 6 – Associação das características individuais das gestantes e puérperas admitidas na CGBP-MEAC, Fortaleza-CE,2017-2021. (Continua)

Usuárias do serviço					
Variáveis	N	Total, N = 2,128 ¹	Gestante, N = 1,599 ¹	Puérpera, N = 529 ¹	Valor p ²
SMMF		132 (6.2%)	127 (8.0%)	5 (1.0%)	
Unid I		1 (<0.1%)	- (0 %)	1 (0.2%)	
Idade	2,1 10	28 ± 7 (27)	29 ± 7 (28)	26 ± 7 (25)	<0.001
IG	1,7 59	35 ± 13 (37)	35 ± 13 (37)	31 ± 13 (35)	<0.001
Destino	2,0 97				
1º Andar		10 (0.5%)	10 (0.6%)	0 (0%)	
Alta		194 (9.3%)	61 (3.9%)	133 (25%)	
C.O.		1 (<0.1%)	1 (<0.1%)	0 (0%)	
Canguru		39 (1.9%)	2 (0.1%)	37 (7.1%)	
Casa de Apoio de Icó		1 (<0.1%)	1 (<0.1%)	0 (0%)	
Cl. Obstétrica		87 (4.1%)	87 (5.5%)	0 (0%)	
CO		1 (<0.1%)	1 (<0.1%)	0 (0%)	
Emergência		395 (19%)	387 (25%)	8 (1.5%)	
Evadiu-se		1 (<0.1%)	1 (<0.1%)	0 (0%)	
Internação		4 (0.2%)	4 (0.3%)	0 (0%)	
NIR		237 (11%)	234 (15%)	3 (0.6%)	
Residência		454 (22%)	133 (8.4%)	321 (61%)	
Resolução da gravidez		572 (27%)	567 (36%)	5 (1.0%)	
Transf. Hospital da Mulher		25 (1.2%)	22 (1.4%)	3 (0.6%)	
Transf. Outro Hospital		73 (3.5%)	61 (3.9%)	12 (2.3%)	
Transferência		2 (<0.1%)	2 (0.1%)	0 (0%)	

Fonte: Casa da Gestante Bebe Puérpera-CGBP-MEAC-2022.

¹ n (%); Média ± Desvio Padrão (Mediana)

² Teste qui-quadrado de independência; Teste de soma de postos de Wilcoxon.

Discussão

Identificou-se nesse estudo um aumento significativo de mulheres admitidas no decorrer dos anos da pesquisa. A CGBP é destinada para atendimento aos pacientes que, pela natureza do agravo e pela distância do local de residência, não podem retornar ao domicílio no momento da pré-alta. Deve sempre estar vinculada a um estabelecimento hospitalar habilitado com referência no atendimento à gestação de alto risco (GAR). Conforme as diretrizes para a organização da CGBP e os critérios para sua implantação e habilitação foram estabelecidos pelo Ministério da Saúde em 2013, conforme Anexo II, Título III da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Na Tabela 2, verificam-se os principais diagnósticos apresentados pelas gestantes de alto risco, no período do estudo, bem como a idade gestacional no momento da admissão.

Esse resultado corroborou com um estudo realizado em Guarapuava-Paraná com 314 gestantes de alto risco, correspondendo a (66,9%) das gestantes do estudo possuíam idade dentro dessa faixa etária (SOARES *et al.*, 2021). Também teve resultado semelhante em uma casa da gestante em belo horizonte, no estudo com 820 grávidas de alto risco, um total de 72,2 representa a faixa etária de 19-34 anos (PIMENTA *et al.*, 2012).

Segundo Paxton *et al.* (2005), as taxas de mortalidade materna são extremamente sensíveis a instituições de cuidados obstétricos adequados quando surgem complicações. Não basta investir no pré-natal primário; ações sistêmicas também são necessárias para qualificar o atendimento emergencial e garantir o acesso a esses serviços. Isso requer equipes bem treinadas e serviços prontos para realizar as ações clínicas necessárias sempre que doenças ou complicações se manifestarem.

Nessa direção, a pesquisa destaca que, o intervalo entre o aparecimento de complicações obstétricas graves e o óbito é estimado em 2 a 6 horas para hemorragias pós-parto e em até 6 dias para infecções (PACAGNELLA *et al.*, 2018). As mortes de gestantes ocorrem devido à demora na obtenção de atendimento adequado.

Conforme a OMS, as cesarianas podem ser essenciais em situações como trabalho de parto prolongado ou obstruído, sofrimento fetal ou porque o bebê está se apresentando em uma posição anormal. No entanto, como em todas as cirurgias, as cesarianas podem apresentar riscos. Isso inclui o potencial de sangramento intenso ou infecção, tempo de recuperação mais lento após o parto, atrasos no estabelecimento da amamentação e do contato pele a pele e maior probabilidade de complicações em gestações futuras (OPAS, 2021).

Existem discrepâncias significativas no acesso de uma mulher às cesarianas, dependendo de onde ela mora no mundo. Nos países menos desenvolvidos, cerca de 8% das

mulheres deram à luz por cesariana, com apenas 5% na África Subsaariana, indicando uma falta preocupante de acesso a essa cirurgia que salva vidas. Por outro lado, na América Latina e no Caribe, as taxas chegam a quatro em cada 10 (43%) nascimentos. Em cinco países (República Dominicana, Brasil, Chipre, Egito e Turquia), as cesarianas agora superam os partos normais.

As taxas mundiais de cesarianas aumentaram de cerca de 7% em 1990 para 21% hoje e estima-se que continuem a aumentar nesta década. Se essa tendência continuar, em 2030 as taxas mais altas provavelmente serão na Ásia Oriental (63%), América Latina e Caribe (54%), Ásia Ocidental (50%), Norte da África (48%) Sul da Europa (47%), Austrália e Nova Zelândia (45%), sugere a pesquisa (OPAS, 2021).

A prematuridade ocorre em mais de um em cada dez nascimentos, sendo a principal causa de morbidade e mortalidade entre RN, com cerca de 1,1 milhão de óbitos por ano no mundo. Dessas mortes, a maioria poderia ser prevenida com cuidados básicos e intervenções de baixo custo (BICK, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

As principais intercorrências maternas que levam ao nascimento prematuro tardio são trabalho de parto prematuro (TPP) e rotura prematura de membranas amnióticas (ROPREMA). Outras condições obstétricas contribuem para a prematuridade, como infecção do trato urinário, doença hipertensiva, diabetes gestacional e gemelaridade. Entre os principais fatores fetais, estão a restrição do crescimento intrauterino e a situação fetal não tranquilizadora (ARAÚJO *et al.*, 2012). O risco de complicações neonatais é inversamente proporcional à IG. A cada semana a mais que o feto permanece dentro do útero, ocorre um aprimoramento do seu desenvolvimento e redução da frequência e da gravidade de intercorrências neonatais (VANIN *et al.*, 2020).

Sobre os diagnósticos apresentados pelas gestantes admitidas no período estudado, revelou que as alterações morfológicas fetal, seguido por Trabalho de Parto Prematuro inibido e DMG foram os mais prevalentes em 2017, sendo que nos anos seguintes a prevalência maior ficou por conta do diagnóstico de DMG, alcançando em 2021 (40,3%) de um total de 572 gestantes admitidas neste ano.

Pode-se observar, como destaca o relatório (*Confidential Inquiries into Maternal Deaths and Morbidity*) MBRACE, que a prevalência de complicações na gravidez está aumentando devido a uma complexa interação entre fatores demográficos e de estilo de vida e desenvolvimentos na medicina moderna. As mulheres estão adiando a gravidez na vida. As mulheres mais velhas têm maior probabilidade de adquirir distúrbios clínicos, como hipertensão e obesidade; elas também correm maior risco de diabetes gestacional e

tromboembolismo venoso. Os avanços médicos e cirúrgicos permitiram que as mulheres engravidassem, apesar de terem condições crônicas que anteriormente impediram a gravidez. No entanto, isso não é isento de riscos, conforme o (*Confidential Inquiries into Maternal Deaths and Morbidity*) apontou que dois terços das mortes maternas em 2011–2013 ocorreram em mulheres com comorbidades clínicas conhecidas e 30% das mães que morreram eram obesas. Além disso, para cada morte materna, há muitas outras que sofrem morbidade grave durante ou logo após a gravidez. Dados do Centro Nacional de Pesquisa e Auditoria de Cuidados Intensivos (ICNARC) mostram que a taxa de internação em terapia intensiva durante o período de 2009–2012 foi de 290 por 100.000 maternidades, em comparação com uma taxa de mortalidade materna inferior a 11 por 100.000 no mesmo período (NARAYAN *et al.*, 2017).

As doenças crônicas aumentam o risco de complicações durante a gravidez, como prematuros, nascimento e cesariana, enquanto crianças nascidas de mães com doenças crônicas têm um risco aumentado de baixo peso ao nascer, prematuridade e efeitos do nascimento. Além disso, mulheres grávidas com doenças crônicas têm maior risco de depressão pós-parto e relatam maiores taxas de ansiedade durante a gravidez e relataram insatisfação com a comunicação com os cuidadores sobre questões como amamentação, falta de coerência durante a gravidez e após entrega (DE WOLFF *et al.*, 2021).

As puérperas sem recém-nascidos aguardam o término do internamento do seu bebê nas unidades neonatais da MEAC, seja a Unidade de Cuidados Intermediários (UCINCo) ou Unidade de Terapia Intensiva (UTIN). Todas as mulheres admitidas possuem dificuldade de deslocamento para sua residência e por isso têm indicação para permanecer na CGBP. Justifica-se um percentual elevado de puérperas sem RN. Portanto, o programa possibilita principalmente as mães acompanharem diuturnamente seus filhos e filhas nas unidades neonatais, estando às mesmas acolhidas em condições dignas e humanizadas em alojamentos coletivos, com alimentação, assistência à saúde e social, condições que fortalece a estima e a autonomia, sendo, portanto, de grande importância socioassistencial (BRASIL, 2017).

Estudo transversal realizado em dez maternidades públicas de Fortaleza, Ceará, Brasil, incluídos 478 casos notificados de sífilis congênita, apresentou o seguinte desfecho: 15,3% de prematuridade em gestantes com sífilis. A titulação do teste VDRL > 1:8 no parto (OR 2,46; IC95%: 1,33–4,53; $p = 0,004$), o não tratamento da gestante ou tratamento realizado com drogas diferentes da penicilina durante o pré-natal (OR 3,52; IC95%: 1,74–7,13; $p < 0,001$) estiveram associados a maiores chances de prematuridade. Portanto, segundo

o estudo: A prematuridade decorrente da sífilis congênita é um agravo evitável, desde que as gestantes com sífilis sejam tratadas adequadamente. As fragilidades na assistência pré-natal estão associadas a este desfecho, o que ressalta a importância de implementar políticas públicas voltadas a melhorar a qualidade do pré-natal (ARAÚJO, 2021).

A persistência da sífilis congênita, evitável durante o pré-natal, é mais uma evidência da má qualidade da atenção (SAMPAIO; ROCHA; LEAL, 2018). Dados de quase 24.000 puérperas da pesquisa Nascer no Brasil, em 2011-12, mostraram que a sífilis congênita persiste como problema de saúde pública, estando associada à maior vulnerabilidade social e a falhas na atenção pré-natal (DOMINGUES *et al.*, 2016).

Na CGBP a gestante geralmente permanece em avaliação obstétrica até a alta, após a melhora do quadro clínico, ou regressa à maternidade por dois motivos: 1) evolução normal da gestação para a resolução da gravidez e 2) intercorrências ou agravamento de sua condição de internação. E as puérperas retornam para suas residências após alta de seu RN.

Sobre a prematuridade, diversos estudos encontraram uma associação significativa entre a presença de comorbidades maternas e o risco de prematuridade, sendo as principais delas diabetes e doença hipertensiva materna. Em uma pesquisa realizada no Maranhão com 1.978 puérperas, verificou-se maior chance de prematuridade na faixa etária < 20 anos (OR = 1,4; IC95%: 1,1-1,8), naquelas com pouca ou nenhuma (0 a 3) consulta de pré-natal (OR = 3,1; IC95%: 2,3-4,2) e com baixa escolaridade (0 a 7 anos) (OR = 1,6; IC95%: 1,2-2,1) (MARTINS *et al.*, 2011).

De acordo com, McIntire e Leveno (2008) e Araújo *et al.* (2012) as principais intercorrências maternas que levam ao nascimento prematuro tardio são trabalho de parto prematuro (TPP) e rotura prematura de membranas amnióticas (RUPREMA). Outras condições obstétricas contribuem para a prematuridade, como infecção do trato urinário, doença hipertensiva, diabetes gestacional e gemelaridade. Entre os principais fatores fetais, estão a restrição do crescimento intrauterino e a situação fetal não tranquilizadora. O risco de complicações neonatais é inversamente proporcional à IG.

Conclusão

A Casa da Gestante, Bebê e Puérpera, tem acolhido as gestantes oriundas do interior do estado, que necessitam de uma longa permanência pelo seu risco gestacional. Portanto, as mulheres que necessitam de observação e acompanhamento, com dificuldade de acesso a estabelecimentos de saúde de referência próximos a seu domicílio, foram contempladas com a oferta do serviço da Casa da Gestante. Evidenciou-se, desse modo, a

importância do acesso e da equidade, como também da articulação e da governança dos pontos da rede de atenção para a melhoria dos indicadores de saúde maternos e perinatais. Igualmente importantes são as proporções de partos normais, mesmo se tratando de um grupo de gestantes de alto risco. Outro fator relevante, que merece destaque, era a permanência destas gestantes internadas na maternidade, e, como consequência, restrição do atendimento e comprometimento na qualidade da assistência e acarretava ainda mais lotação dos leitos da maternidade.

Nesse contexto, implementou-se também a desospitalização de um grupo de mulheres, na maioria das vezes, sensíveis e temerosas, por sua gestação de alto risco, e também aquelas puérperas que muitas vezes ficam distantes de seus filhos internados nas unidades neonatais. Portanto, a implementação da “Casa das Gestantes” representa um avanço na assistência materno-infantil.

A casa da gestante baseia-se na análise dos indicadores de monitoramento para melhorar o cuidado individualizado às mulheres admitidas, através da avaliação do serviço e da qualidade do atendimento prestado e funcionalidade adequada do equipamento de saúde.

Ademais, os dados do monitoramento referente a taxa de ocupação da Casa da Gestante, revelou que, o comparativo da taxa de ocupação do mês de abertura (abril) com o último ano do estudo, alcançou um percentual maior em novembro de 2021, o que evidencia um incremento constante nesse indicador.

Desta forma, incentivos e investimentos nesse programa podem beneficiar tanto a mãe quanto seu filho, com a possível diminuição de riscos como infecções hospitalares, intervenções desnecessárias, ansiedade, temor, entre outros, devido à maior permanência de gestantes de alto risco em enfermarias hospitalares.

A implantação e implementação da CGBP fazia parte da meta desejada pelos gestores e profissionais da MEAC, para colaborar com a melhoria do cuidado obstétrico e neonatal, proposto e oportunizado pelo projeto da Rede Cegonha.

Nessa direção, os gestores de saúde devem ser alertados quanto aos potenciais resultados desse novo modelo assistencial. Recomenda-se, ainda, a realização de estudos sobre o tema, particularmente, com delineamento longitudinal, abordando, principalmente, a comparação dos desfechos materno-perinatais com os alcançados em outros serviços, especialmente da própria maternidade de referência do estudo e outros hospitalares.

Os achados do estudo, considerando suas fragilidades e limitações, trata-se do primeiro estudo amplo do local da pesquisa, no entanto, podem contribuir para definir ações

mais efetivas no que diz respeito à melhoria e qualidade da atenção à saúde das gestantes de forma integral e, consequentemente, para reduzir as mortes maternas no Estado do Ceará.

Referências

ARAÚJO, B. F. *et al.* Analysis of neonatal morbidity and mortality in late-preterm newborn infants. **J Pediatr**, v. 88, n. 3, p. 259–266, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/S3LjQXCxqQYBxmTphjf3Yrq/?format=pdf&lang=em>. Acesso em: 16 jun.2022.

ARAÚJO, M.A.L. Factors associated with prematurity in reported cases of congenital syphilis. **Rev Saúde Pública**, v.55, n.28,2021.

BICK, D. Born too soon: the global issue of preterm birth. **Midwifery**, v. 28, n. 4, p. 341–342, 2012. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613812001106?via%3Dihub>. Acesso em: 01 jan.2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.020**, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à saúde na gestação de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html. Acesso em: 11 nov.2022.

BRASIL. **Manual de Uso do Sistema Saips**: Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde Acesso e Atividades do Gestor Estadual, Gestor Municipal e Cadastrador de Propostas Casa da Gestante, Bebê e Puérpera. Brasília: CGBP, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/01/manual-saipsCGBP.pdf>. Acesso em: 03 Jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Ministério da Saúde, 2020. **Brasil reduziu 8,4% a razão de mortalidade materna e investe em ações com foco na saúde da mulher**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8736>. Acesso em: 17 abr.2022.

DIAS, M. A. B. *et al.* Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. **Cad saúde pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S169–S181, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/w9xDWCgRSvgRn5NZmP4LckK/abstract/?lang=pt>. Acesso em 08 mai. 2016.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Factors associated with maternal near miss in childbirth and the postpartum period: findings from the birth in Brazil National Survey, 2011-2012. **Reproductive health**, v. 13, n. Suppl 3, p. 115, 2016.

GELLER, S. E. *et al.* A global view of severe maternal morbidity: moving beyond maternal mortality. **Reprod health**, v. 15, n. S1, 2018. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-018-0527-2>. Acesso em: 15 nov.2022.

HERCULANO, M.M.S. *et al.* Casa da Gestante, Bebê e Puérpera da MEAC contribui para o cuidado individualizado às mulheres e seus recém-nascidos. **Revista da MEAC**, p. 23-25, 2018.

MACHADO, D. B. *et al.* Monitoring the progress of health-related sustainable development goals (SDGs) in Brazilian states using the Global Burden of Disease indicators. **Popul health metr**, v. 18, n. Suppl 1, p. 7, 2020.

MCINTIRE, D. D.; LEVENO, K. J. Neonatal mortality and morbidity rates in late preterm births compared with births at term. **Obstet Gynecol**, v. 111, n. 1, p. 35–41, 2008.

MORAES, M. M. D. S. *et al.* Gestational risk classification based on maternal death profile 2008-2013: an experience report from the municipality of Porto Seguro, Bahia, Brazil. **Epidemiol serv saúde**, v. 28, n. 3, p. e2018491, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/bCDxvWGCVBMxW7jDnyC3rLB/?lang=pt>. Acesso em: 17 abr.2022.

NADERI, T. *et al.* Incidence and correlates of maternal near miss in southeast iran. **Int J Reprod Med**, v. 2015, p. 914713, 2015.

NARAYAN, B. *et al.* Medical problems in pregnancy. **Clin med (Lond)**, v. 18, n. 1, p. 108–111, 2017.

OLIVEIRA, L. C.; COSTA, A. A. R. Near miss materno em unidade de terapia intensiva: aspectos clínicos e epidemiológicos. **Rev Bras. Ter. intensiva**, p. 220–227, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/DFmKZpgPHVkhkH3PNcVdHwD/abstract/?lang=pt>. Acesso em 08 mai. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Taxas de cesarianas continuam aumentando em meio a crescentes desigualdades no acesso, afirma OMS**. OPAS, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-continuem-aumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso>. Acesso em: 23 nov.2022.

PACAGNELLA, R.C. *et al.* Maternal Mortality in Brazil: Proposals and Strategies for its Reduction. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.40,n.9,p.501-506, 2018. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/67820/pdf_en. Acesso em: 20 dez.2022.

PAXTON, A. *et al.* The evidence for emergency obstetric care. **Int J Gynaecol obstet**, v. 88, n. 2, p. 181–193, 2005. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1016/j.ijgo.2004.11.026>. Acesso em: 01 jan.2023.

PIMENTA, A. M. *et al.* “The house of the pregnant women” program: users’ profile and maternal and perinatal health care results. **Texto Contexto Enferm**, v.21, n.4, p.912-20,2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/714/71425249023.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2019.

SAMPAIO, A. F. S.; ROCHA, M. J. F. DA; LEAL, E. A. S. High-risk pregnancy: clinical-epidemiological profile of pregnant women attended at the prenatal service of the Public

Maternity Hospital of Rio Branco, Acre. **Rev Bras Saúde Mater Infant**, v. 18, n. 3, p. 559–566, 2018. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/CWX5JKXRYdMTWQnKtwzX3Rb/abstract/?lang=pt>.
Acesso em: 30 nov.2022.

SAY, L. *et al.* Maternal near miss—towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. **Best pract res Clin obstet gynaecol**, v. 23, n. 3, p. 287–296, 2009.

SILVA, K. L. *et al.* Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Rev saúde pública**, v. 39, n. 3, p. 391–397, 2005. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/vbyTzXy4t4SfJmnMpNfBH7s/>. Acesso em: 22 dez.2022.

SOARES, L. G. *et al.* Epidemiological profile of high risk pregnant women. **Rev Med Minas Gerais**, v. 31, p. 31106–31106, 2021.

SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). **Rev bras ginecol obstet**, v. 37, n. 12, p. 549–551, 2015.

SOUZA, J. P. *et al.* Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. **Lancet**, v. 381, n. 9879, p. 1747–1755, 2013.

TRONCON, J. K. *et al.* Mortalidade materna em um centro de referência do Sudeste Brasileiro. **Rev bras ginecol obstet**, v. 35, n. 9, p. 388–393, 2013.

VANIN, L. K. *et al.* Fatores de risco materno-fetais associados à prematuridade tardia. **Em paul pediatr**, v. 38, p. e2018136, 2019. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rpp/a/cDpY6xg3RsHkgj65S7jBxXd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 nov.2022.

DE WOLFF, M. G. *et al.* Eficácia de uma intervenção de assistência à maternidade coordenada, individualizada e especializada (ChroPreg), além do atendimento padrão em mulheres grávidas com doença crônica: protocolo para um estudo controlado randomizado paralelo. **Provações**, v. 20, n. 1, p. 1-12, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_MPS_09.04_eng.pdf. Acesso em: 20 dez.2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preterm birth**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/em/>. Acesso em: 25 ago.2016.

5.2 Artigo 2 – Cuidado multiprofissional às gestantes e puérperas de alto risco internadas na casa da gestante

CUIDADO MULTIPROFISSIONAL ÀS GESTANTES E PUERPÉRIO DE ALTO RISCO INTERNADAS NA CASA DA GESTANTE

Resumo

Objetivo: Compreender como ocorre o cuidado, às gestantes e puérperas, realizado pela equipe multiprofissional. **Método:** Estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. A análise fundamentou-se na Hermenêutica de Gadamer e Heidegger. Pesquisa desenvolvida na casa da gestante, bebê e puérpera, vinculada a uma maternidade pública terciária, com atendimento de referência no Estado do Ceará em obstetrícia de alto risco, vinculada ao Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará, entre junho a agosto de 2022, por meio de entrevista semiestruturada. Os dados foram organizados pelo software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ). Posteriormente, foi realizada a análise fatorial por correspondência (AFC) é gerada uma nuvem de palavras para a qual foram consideradas as evocações que apareceram com maior frequência. **Resultados:** Participaram do estudo 11 profissionais, sendo um médico, quatro enfermeiras obstetras, um terapeuta ocupacional e cinco técnicas de enfermagem. O conteúdo analisado foi categorizado em três classes: 1- Percepção dos profissionais acerca do cuidado e assistência multiprofissional para gestantes e puérperas, 2 – Recursos humanos e materiais para a oferta de um cuidado seguro as gestantes e puérperas, 3 - Orientações para as gestantes e puérperas no seguimento do cuidado. **Considerações finais:** Evidenciou-se, que o modelo do cuidado assistencial do estudo, pode ser considerado serviço de prevenção de casos Near Miss, pois oferece uma assistência pautada em protocolos institucionais em concordância com a maternidade vinculada, e monitora diariamente as condições de saúde materno-fetal a fim de evitar agravos. Considera-se que este estudo pode ser impulsionador da qualidade de cuidados à gestante de alto risco em um cenário de cuidados especializados e inovadores. Bem como, constitui um desafio para novos estudos nesse contexto do cuidado multiprofissional das gestantes e puérperas de alto risco.

Palavras-chave: Assistência; Cuidado; Equipe multiprofissional; Gravidez de Alto Risco; Complicações na gravidez; Puerpério.

Introdução

Os dados epidemiológicos da gestação de alto risco correspondem de 15% do total de gestações, expressando 470 mil gestações ao ano no Brasil, seguido pelas principais patologias responsáveis pela Gravidez de Alto Risco, a prevalência da Diabetes Mellitus Gestacional passou a ser de 17,8% do total de gestantes e Hipertensão Arterial Gestacional cerca de 7% das grávidas brasileiras (BRASIL, 2017; SÁNCHEZ-GÓMEZ *et al.*, 2016).

Nessa direção, os fatores de risco que podem tornar o prognóstico materno e fetal desfavorável são as características individuais, condições sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva, condições clínicas e obstétricas isoladas ou associadas a outras

complicações que repercutem na evolução da gestação, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, entre outras (SAMPAIO; ROCHA; LEAL, 2018). Os quadros dos distúrbios hipertensivos da gravidez, hemorragia, infecções, complicações no parto e abortamento inseguro são as principais causas de morte materna e representam aproximadamente 75% do total de óbitos maternos no mundo (BRASIL, 2022). Hipertensão arterial, infecções e diabetes gestacional, essas gestações respondem pela morbidade, mortalidade materna e pela maioria dos desfechos perinatais desfavoráveis.

Portanto, para se oferecer um cuidado adequado às necessidades do binômio, é importante caminhar na direção de um modelo integrado de atenção no qual atua uma equipe interdisciplinar. A OMS em 2013 instituiu as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, na qual definiu critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à atenção à saúde na gestação de alto risco, incluído a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), conforme a Rede Cegonha - RC. As Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) são classificadas como residências provisórias voltadas para o cuidado às gestantes e puérpera que necessitam de cuidados especializados, possui as seguintes diretrizes: deve ser vinculada a um estabelecimento hospitalar de referência em atenção à gestação de alto risco, objetivando apoiar o cuidado às gestantes, recém-nascidos e puérperas em situações que demandem vigilância e proximidade dos serviços hospitalares de referência, embora não haja necessidade de internação hospitalar, garantindo as usuárias acolhimento, orientação, acompanhamento, hospedagem de qualidade, alimentação, insumos e suprimentos (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização (PNH) representa um importante marco para a construção de práticas de saúde que respeitem o cidadão. Dentre as diretrizes apontadas pela PNH que sinalizam para construções coletivas, destaca-se o fomento de redes de valorização do trabalho e do trabalhador e a ambiência.

Desse modo, devido à abrangência de atendimento obstétrico do hospital e da necessidade de rotatividade de pacientes para manejo das vagas, a CGBP da MEAC vem tornando-se cada vez mais indispensável. As puérperas acompanham diuturnamente seus filhos nas unidades neonatais, possibilitando condições que fortalecem a estima e a autonomia, sendo, portanto, de grande importância socioassistencial. Outras demandas do serviço são mulheres em pródromos de trabalho de parto ou algumas ameaças de parto ou intercorrências iminentes, que moram distante, pela falta de transporte ou até mesmo por ausência de recursos financeiros. A CGBP, possibilita às mulheres vivenciar a maternidade de forma mais segura e autônoma ao retornarem para suas residências, sendo esse um dos pilares

da missão da casa da gestante. Portanto, conforme a descrição da Portaria MS/GM n.º 1.020/2013, de 29 de maio de 2013 (BRASIL, 2013).

Destaca-se que, a condição de gestante de alto risco requer orientação de profissionais com abordagens diversificadas para mudança de comportamento em relação ao estilo de vida. As abordagens requerem estratégias como a educação em saúde para melhor compreensão de suas limitações da doença ou intercorrências, favorecendo o nível de confiança e motivação para o autocuidado (BRASIL, 2022).

A Casa da Gestante pode ser considerada uma nova lógica assistencial, pois além de sua prática ser pautada em evidências científicas, prevê a possibilidade de uma assistência clínica em ambiente característico ao domicílio, com cuidados típicos de um ambiente hospitalar, mas levando em conta a humanização e a ambiência. Além disso, o cuidado prestado eleva as questões sociais, culturais e holísticas das mulheres e de seus familiares. A esses benefícios soma-se a diminuição dos custos de internação hospitalar e a articulação da equipe multiprofissional de saúde (PIMENTA *et al.*, 2012).

É fundamental a compreensão, por parte dos profissionais envolvidos no processo assistencial, da importância de sua atuação e da necessidade de aliar o conhecimento técnico específico ao compromisso com um resultado satisfatório da atenção para o binômio materno-fetal (BRASIL, 2022).

Desse modo, este estudo pretende compreender como ocorre o cuidado às gestantes e puérperas de alto risco, realizado pela equipe multiprofissional. O efeito de um cuidado/assistência qualificada pela equipe multiprofissional, permitirá bem-estar e satisfação pelo cuidado recebido. Portanto, os resultados provenientes do presente estudo serão fundamentais para a discussão quanto à adoção desse tipo de assistência no cenário atual das políticas públicas de saúde e suas possíveis repercussões nos indicadores de cuidado à saúde materno e perinatal.

Método

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa busca compreender percepções, pontos de vista e vivências humanas, a forma em que vivem, suas crenças, histórias e percepções (MINAYO, 2014). Portanto, foram classificadas conforme a análise temática citada por Bardin (2018), que recomenda uma pré-análise, exploração do material e interpretação dos dados com base na análise fundamentou-se na Hermenêutica de Gadamer e Heidegger [...] quando compreendemos um texto, não nos colocamos no lugar do outro, nem é o caso de pensar que se trata de penetrar a atividade

espiritual do autor; trata-se, isto, sim, de apreender simplesmente o sentido, o significado, a perspectiva daquilo que nos é transmitido. Trata-se, em outros termos, de apreender o valor intrínseco dos argumentos apresentados, e isto de maneira mais completa possível. [...] compreender é o participar de uma perspectiva comum (GADAMER, 2015). Como guia norteador, utilizou-se o Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (SOUZA *et al.*, 2021).

O local da pesquisa foi a casa da gestante, bebê e puérpera – CGBP vinculada a MEAC vinculada ao Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (UFC), instituição pública de nível terciário, com atendimento de referência no Estado do Ceará em obstetrícia de alto risco, sob gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). De acordo com dados de 2019, foram realizados, em média, 430 partos mensais (MEAC, 2019). Localiza-se aproximadamente 250 metros de distância da maternidade de referência, a mesma conta com uma equipe de 13 funcionários: médico obstetra, enfermeiras obstetras, técnicas em enfermagem, e terapeuta ocupacional, duas zeladoras e quatro vigilantes. E outros profissionais que trabalham dando suporte quando necessário. Entre os diversos serviços oferecidos, destaca-se o serviço de obstetrícia materno fetal, de alto risco.

Nessa direção, a proposta do cuidado e assistência na Casa da Gestante é dar seguimento na integralidade do atendimento às usuárias provenientes da maternidade para serviço especializado da Casa da Gestante. A CGBP teve sua implantação em 2017, segundo registros da MEAC (RÊGO, 2022), até maio de 2022, a instituição já havia atendido 1.839 gestantes, 790 puérperas e 431 recém-nascidos. A casa possui 15 camas e 07 berços.

As entrevistas foram gravadas, transcritas, e focaram o significado dado à situação vivenciada, sem a influência das concepções do pesquisador. Utilizou-se ainda um diário de campos, para organização dos dados observados. Participaram da pesquisa 11 profissionais atuantes na instituição proponente do estudo, e aceitaram participar da pesquisa, dois encontrava-se de licença médica, as entrevistas semiestruturadas foram conduzidas, individualmente, em sala reservada da CGBP, livre de ruídos, com duração média de 40 minutos. Previamente foram informados sobre os objetivos da pesquisa e acordado o dia da entrevista com a pesquisadora conforme a disponibilidade dos profissionais.

A coleta ocorreu no período de junho a agosto de 2022, por uma pesquisadora com formação em psicologia, mestranda em saúde coletiva, com experiência em pesquisa, sem vínculo com o local do estudo, A entrevista foi submetida a dois pré-testes até chegar à sua versão final. Inicialmente, preencheu-se a ficha de coleta de dados sociodemográficos e profissionais. As questões norteadoras abordavam as concepções dos profissionais sobre

atenção do cuidado às usuárias do serviço; e as percepções sobre a operacionalização da assistência/cuidado no seu cotidiano de trabalho. As perguntas ficaram definidas: Fale-me acerca do cuidado às gestantes e puérperas nessa instituição envolvendo os recursos humanos e materiais, alta e como você vê isso na prática para a contribuição do cuidado pela equipe multiprofissional.

O anonimato dos entrevistados foi preservado, por meio da identificação das declarações, pela letra P e identificadas conforme a ordem numérica. Os participantes aceitaram voluntariamente ser partes do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes das entrevistas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da instituição, conforme parecer N°5.341. 776, segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012. Este trabalho é um recorte vinculado a uma pesquisa primária intitulada: Cuidado multiprofissional às gestantes e puérperas de alto risco na casa das gestantes em Fortaleza. Todos os depoimentos coletados foram gravados em meio digital e transcritos de forma exaustiva na tentativa de gerar indicadores qualitativos e quantitativos, para desenvolver classes/categorias após a análise.

Os dados coletados nessa etapa foram armazenados e organizados por meio de planilha em Microsoft Excel® e transformados em documento TXT no Microsoft Bloco de Notas®, versão 1903, e com codificação *Unicode Transformation Format 8-bit (UTF-8)*.

Análise dos dados qualitativos

Os dados foram organizados por meio do software IRAMUTEQ, trata-se da descrição da utilização de um software como ferramenta de apoio ao processamento de dados na pesquisa qualitativa.

Foram realizadas análises lexicográficas clássicas no Iramuteq para compreender os dados estatísticos e quantificar as evocações e formas. Obteve-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) para aferir os dados do dendograma em função das classes geradas, considerando as palavras com $\chi^2 > 3,84$ ($p < 0,05$). Posteriormente, executada a Análise de Similitude, com base na teoria dos grafos, foi capaz de identificar as ocorrências entre as palavras e sua conexão. Por fim, foi gerada a Nuvem de Palavras, que unifica as palavras e dispõem graficamente em função da sua frequência. Os dados foram transcritos detalhadamente, foi realizado releitura do material, organização dos relatos, diário de campo, e organização dos dados. Devidamente contrastados com as versões de áudio para detectar erros. Todos os dados relevantes foram agrupados em temas. Os diferentes temas foram comparados entre si e contrastados com o texto original.

Todos os dados coletados foram tratados com análise de conteúdo, cujo objetivo é a sistematização dos dados obtidos até que seja possível deduzir sobre outra realidade que não a da mensagem, e então interpretá-las (processo denominado inferência) (BARDIN, 2016).

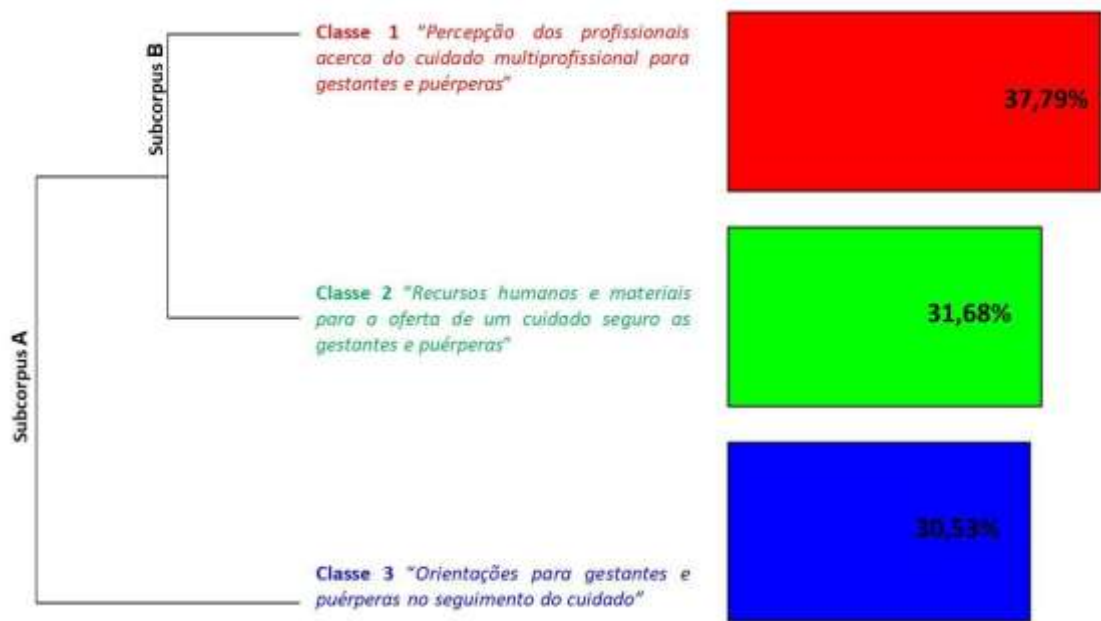
A análise foi inicialmente realizada a partir da caracterização dos entrevistados e os depoimentos por eles relatados foram transcritos e constituiu o *corpus* textual. Cada texto possui uma linha de comando ordenada respectivamente, P1 até o entrevistado P11, considerando que todas as perguntas foram suprimidas, utilizando-as apenas os relatos. Posteriormente, o arquivo foi salvo no formato UTF-8 (*Unicode Transformation Format 8 bit codeunits*), sendo possível realizar a análise pelo Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multimensionnelles de Textes et de Questionnaires*).

Resultados e Discussão

Compuseram a amostra 11 participantes, de um total de 13 profissionais. O perfil dos participantes pode ser assim delineado: dez eram do sexo feminino, e um do sexo masculino, a média da faixa etária foi 38,2 anos, dentre os profissionais, quatro eram enfermeiras obstetras, um médico obstetra, uma terapeuta ocupacional, e cinco técnicas de enfermagem. Quanto ao tempo de atuação nas áreas afins, constatou-se uma média de 15,2 anos. Todos os profissionais têm vínculo com a instituição do estudo.

Classificação Hierárquica Descendente (CHD)

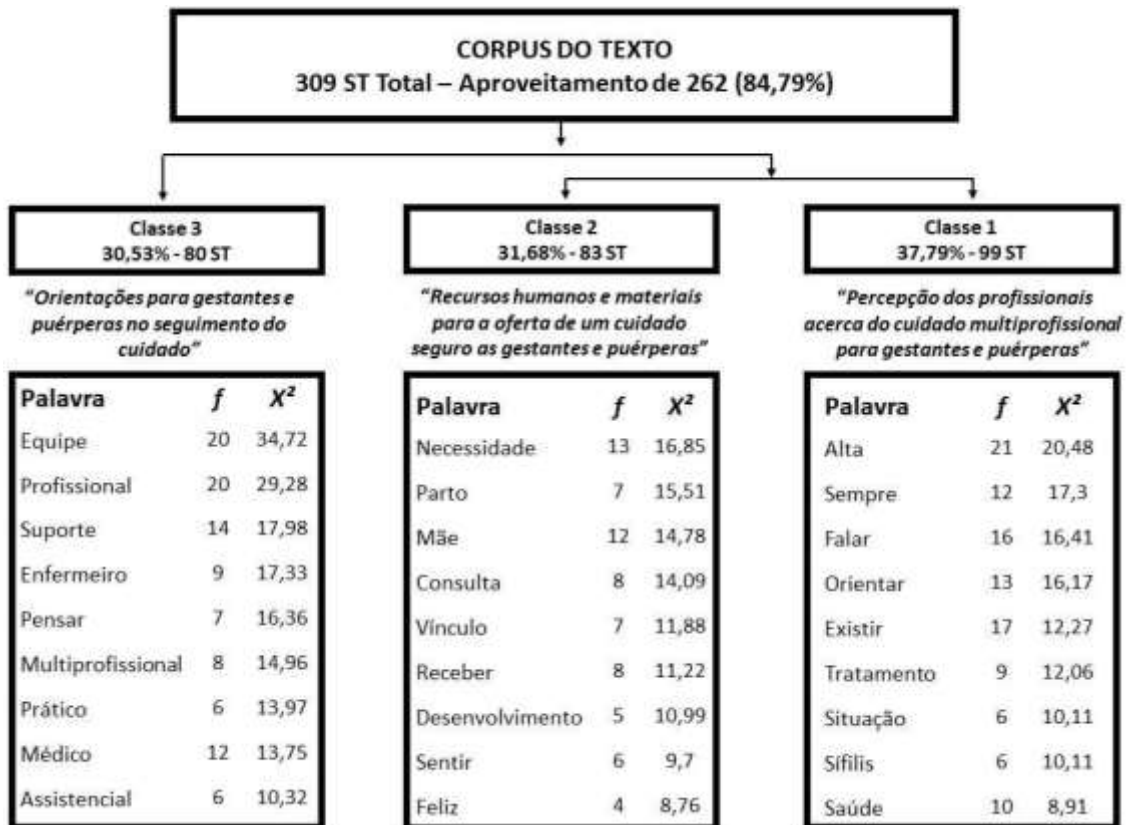
O corpus geral foi constituído por 11 textos, separados em 309 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 262 STs (84,79%). Emergiram 10.659 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 1.704 palavras distintas e 906 com uma única ocorrência. O conteúdo analisado foi categorizado em três classes: Classe 1 – **“Percepção dos profissionais acerca do cuidado e assistência multiprofissional recebida pelas gestantes e puérperas”**, com 99 ST (37,79%); Classe 2 – **“Recursos humanos e materiais para a oferta de um cuidado seguro as gestantes e puérperas, com 83 ST (31,68%)** e a Classe 3 – **“Orientações para as gestantes e puérperas no seguimento do cuidado”**, com 80 ST (30,53%) (Figura 9).



Fonte: Software IRAMUTEQ.

Figura 9 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente

Com o intuito de melhor ilustrar as palavras no corpus textual em suas respectivas classes, organizou-se um diagrama de classes com exemplos de palavras de cada classe avaliadas por meio do teste qui-quadrado (X^2). Nele emergem as evocações que apresentam vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente das outras classes. Em seguida serão apresentadas, operacionalizadas e exemplificadas cada uma dessas classes encontradas por meio da análise de Classificação Hierárquica Descendente (ver Figura 10).



Fonte: Adaptado pelo IRAMUTEQ.

Figura 10 – Diagrama de Classes

Compreende 37,79% ($f = 99$ ST) do corpus total analisado. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 3,86$ (Problema) e $x^2 = 20,48$ (Alta). Essa classe é composta por palavras como “Alta” ($x^2 = 20,48$); “Sempre” ($x^2 = 17,3$); “Falar” ($x^2 = 16,41$); “Orientar” ($x^2 = 16,17$); “Existir” ($x^2 = 12,27$); “Tratamento” ($x^2 = 12,06$); “Situação” ($x^2 = 10,11$); “Sífilis” ($x^2 = 10,11$) e “Saúde” ($x^2 = 8,91$). As classes de 1 a 3 agrupam as percepções dos profissionais da CGBP, que descrevem e revelam, como se dá a assistência implementada pelos profissionais às gestantes e puérperas, envolvendo os vários fatores que envolvem a integralidade do cuidado.

Classe 1 – Percepção dos profissionais acerca do cuidado e assistência multiprofissional recebida pelas gestantes e puérperas.

A CGBP conta com uma equipe multiprofissional. Portanto, no cotidiano as gestantes, puérperas e seus neonatos, são avaliadas pela enfermeira obstetra do plantão e também, pelo médico obstetra, que geralmente passa a visitar, avalia e prescreve as pacientes. Sendo assim, quando é detectada alguma alteração clínica e/ou obstétrica durante a avaliação materno fetal,

elas são encaminhadas prontamente para a maternidade (MATERNIDADE-ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND, 2019).

A compreensão do cuidado desenvolvido pela equipe multiprofissional, pode ser identificada através das elocuições abaixo:

*[...] é o **acolhimento** para além dos **cuidados de saúde**, né, ..., traz um conforto emocional, espiritual e físico para a mulher... Percebo uma interação entre os profissionais tem **sensibilidade** de identificar os pontos fracos delas e sanar, antes que esses pontos fracos virem um risco.... uma garantia do cuidado. (P04)*

*[...] elas chegam muito fragilizadas, e no decorrer dos dias elas vão se acostumando com o ambiente e com os **profissionais**, e é muito bom pra gente ver a mudança... uma mulher que chega aqui com a autoestima baixa e sai daqui de uma outra forma. (P06)*

*“O cuidado mesmo, a **empatia**, tudo que tá relacionado a questão de nós mesmos seres humanos. **Orientação**, né? Principalmente, educação em saúde, tentar orientar de alguma forma. E empatia também.” (P09)*

*[...] porque é um **acolhimento**, cuidado, é um acompanhamento e de uma forma assim mais individualizada, mais **humanizada** onde a gente tem a oportunidade de realmente observar, de acompanhar ... vários aspectos procurar atender as necessidades dela.” (P8)*

*A intenção da maternidade e da casa **gestante** é a gente poder proporcionar um **parto seguro**. E o **Parto Seguro** começa com o atendimento, o dia a dia, do pré-natal.” (P11)*

A avaliação profissional de gestantes de alto risco deve considerar a presença de fatores psicossociais que possam estar interferindo na vida da mulher, haja vista que o período gestacional é um momento de instabilidade emocional, ocasionado por inseguranças e medos. Destarte, cabe aos profissionais atuantes nos serviços de saúde sensibilização para considerar a singularidade da gestante e prestar cuidados sob uma perspectiva ampliada, considerando os mais variados aspectos de maneira compreensiva (PINAR; UCAR, 2017). Os profissionais enfatizam e valorizam o cuidado emocional, claramente demonstrado nas diferentes falas, portanto, relatados como: sensibilidade, acolhimento, coesão, empatia e outros foram relatados.

Esses sentimentos são mais bem detectados ou mesmo percebidos numa escuta qualificada e atenta, em que a mulher pode ser ouvida e percebida pelo profissional. Nesse sentido, durante o acolhimento e o diálogo com o profissional, a mulher vai percebendo a necessidade e a relevância do acompanhamento da sua saúde e do seu bebê. Ou seja, ela se responsabiliza também pelo autocuidado.

No estudo de ensaio clínico realizado com gestantes com risco de prematuridade, Rezaeean *et al.* (2020), evidenciaram que os cuidados em saúde têm relação direta com a assistência profissional, em que práticas humanizadas, pautadas numa relação empática de apoio e acolhimento, mostram-se eficazes para o desenvolvimento do autocuidado e cuidado do outro. Corroborado pelos discursos dos participantes do nosso estudo:

*A CGBP tem um **cuidado** mais íntimo com elas, do que o cuidado da instituição-MEAC, porque a maternidade é um contexto mais hospitalar e elas não têm essa intimidade da gente sentar, conversar, **orientar**, que elas precisam ser **orientadas** e muitas vezes numa instituição hospitalar passa batido muitas informações que elas precisam e aqui elas têm esse espaço. (P07)*

*A gente também tem um **suporte** para puérpera e bebê, então as enfermeiras também tem essa expertise também tem condições de dar suporte pro bebê que estão aqui fazendo **medicação** acompanhando a mãe depois do **parto né**”? (P11)*

*[...] e a gente traz a educação permanente ou educação continuada, **orientando e ensinando** a elas o dia a dia da gestante, **o cuidado** da gestante, **o cuidado** do bebê... Elas são carentes principalmente de estudos, elas precisam muito desse tipo de **orientação** (P09).*

*[...] No cuidado que a **gestante** precisa, de 24h da enfermagem, nós temos esse cuidado, acompanhando e ensinando, **orientando**, ... e tem o **cuidado médico** na semana, e quando elas precisam, tem a cobertura da emergência 24h, que é muito importante. (P07)*

Outro fato que merece destaque é a vantagem desse tempo, que os profissionais de enfermagem passam com as mulheres na CGBP, favorecendo desse modo a percepção da necessidade manifestada por cada mulher. Visto que, em toda admissão, ela passa por uma avaliação sistematizada com o enfermeiro obstetra, onde o mesmo vai conversando e se apropriando de cada caso, considerando as necessidades biopsicossociais da gestante ou puérpera atendida.

Os profissionais de enfermagem, juntamente com a equipe multiprofissional, são responsáveis por reconhecer antecipadamente prováveis situações de risco e tornar como prioridade a assistência sistematizada e individualizada das mulheres durante o período gravídico-puerperal (ERRICO *et al.*, 2018). Evidencia-se o papel do enfermeiro na identificação e tomada de decisão diante o quadro de alteração clínico ou obstétrico que a gestante possa vir apresentar. Destacando-se desse modo um trabalho sistemático, garantido pela Sistematização da Assistência de Enfermagem, nos quais devem ser executados de maneira ordenada e organizada (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

O resultado das Intervenções de Enfermagem é dirigido pelo diagnóstico, que em sua essência descreve formatos para estabelecer correlações estatísticas e padronizadas, bem como, para implementar o desenvolvimento do pensamento crítico e do raciocínio clínico no processo de cuidar da gestante de alto risco (GARCIA *et al.*, 2017; PULIDO ACUÑA *et al.*, 2019).

Na CGBP, outro fator que contribui para esses encaminhamentos e tomada de decisão pela a equipe de enfermagem é o seguimento do protocolo assistencial da MEAC, que sistematicamente são atualizados e repassados para CGBP. Desse modo, cada diagnóstico de risco gestacional, como SHG, -síndrome hipertensiva gestacional, DMG-diabetes gestacional, ameaça de parto prematuro, alterações do líquido amniótico e outros, todos esses protocolos possuem as condutas previamente definidas caso a gestante apresente alguma alteração clínica ou obstétrica.

O modelo assistencial do estudo pode ser considerados serviços de prevenção de casos Near Miss, pois além de oferecer assistência pautada em protocolos institucionais, monitora diariamente as condições de saúde materno-fetais a fim de evitar agravos, e se for detectada a necessidade de intervenção, essa é feita em tempo hábil.

Outro instrumento também utilizado na Casa da Gestante são os fluxogramas assistenciais, que servem de orientação para os encaminhamentos de todas as usuárias do serviço, incluído os RN-recém-nascido (CORDEIRO; PAIVA; FEITOSA, 2020).

*“Eu acho que só em tirar essa paciente, mãe, de um hospital e colocar ela em uma casa, um ambiente que foge dessa estrutura do hospital...da rotina hospitalar e se aproxima mais da **casa** dela, onde tem quartos, a cozinha, ... **liberdade** de estar transitando... A alimentação, o lazer com a televisão, as leituras e as conversas ne?!(P11)*

*“Ah eu vejo **muita coesão e compromisso**, mesmo os profissionais que não estão locados aqui na casa da gestante, eles interagem muito aqui com a gente, procura fazer um **trabalho complementar**”.* (P04)

*[...]Cada um traz o seu olhar, é muito importante esse foco, essa abordagem **multiprofissional**, cada um trabalha dentro daquilo que mais entende, daquilo que é perito, daquilo que... e as pacientes sempre ganham com isso, porque a abordagem do ser **humano** é complexa, e para isso existem também várias frentes de abordagem: abordagem técnica, abordagem psicológica [...](P09)*

*[...] a vantagem é ... **desospitalizar** a gestante sem precisar fazer com que ela fique sem um suporte do hospital...ela fica no ambiente parecido com o **domicílio** tendo todo um suporte hospitalar, de exame, medicação todo o **suporte** de técnico que aqui você tem um médico e tem a **enfermeira** pra*

poder dar suporte e fica próximo ao Hospital caso ela precise de alguma urgência. (P11)

Conforme o monitoramento dos registros na CGBP, os principais diagnósticos que as mulheres apresentam na admissão são: Diabetes gestacional, alterações morfológicas fetal, alterações do líquido amniótico, ameaça de parto prematuro, síndrome hipertensiva gestacional dentre outros, como pode-se perceber são condições que requerem mudança de comportamento, monitoramento materno-fetal contínuo e repouso.

Nesse contexto, destaca-se, a morbidade materna grave, pois esta associa-se a um aumento do risco de hospitalização e mortalidade no período pós-parto. Dados atuais sugerem que até 88% das mortes maternas são precedidas por morbidade materna grave. No Brasil, são observados constantes investimentos na busca pela qualificação da atenção à saúde materno-infantil, como a instituição, a implantação da Rede Cegonha e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que além de orientarem as práticas a este grupo populacional, organizam os serviços de saúde em nível nacional (SANINE; CASTANHEIRA, 2018).

Dentre as condições mais graves, algumas foram classificadas como condições potencialmente ameaçadoras da vida (CPAV) (SANTANA *et al.*, 2018). Segunda a OMS, essas condições associam-se a maior risco de progressão para gravidade e risco de vida, e foram estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde, desordens hemorrágicas; desordens hipertensivas; outras desordens sistêmicas (SAY *et al.*, 2009).

Por outro lado, Santana *et al.* (2018) enfatiza que, uma pequena fração destas mulheres evoluiu com complicações associadas à CPAV que lhe acometeu, complicações estas definidas pela deterioração clínica, a piora de parâmetros laboratoriais ou necessidade de medidas intensivas de cuidado, denotando algum grau de disfunção ou falência orgânica, com condições de fato ameaçadoras à vida e que se denomina atualmente *near miss materno*. Portanto, o *near miss* constitui um importante marcador de saúde e cuidados obstétricos. O *near miss materno* (NMM) é atualmente definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a mulher que quase morreu, mas sobreviveu a complicações graves durante a gestação, parto ou até 42 dias após o término da gestação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

Classe 2 – Recursos humanos e materiais para a oferta de um cuidado seguro as gestantes e puérperas

Compreende 31,68% ($f = 83$ ST) do corpus total analisado. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 3,85$ (Interior) e $x^2 = 16,85$ (Necessidade). Essa classe é composta por palavras como “Necessidade” ($x^2 = 16,85$); “Parto” ($x^2 = 15,51$); “Mãe” ($x^2 = 14,78$); “Consulta” ($x^2 = 14,09$); “Vínculo” ($x^2 = 11,88$); “Receber” ($x^2 = 11,22$); “Desenvolvimento” ($x^2 = 10,99$); “Sentir” ($x^2 = 9,7$) e “Feliz” ($x^2 = 8,76$).

Essa classe aborda aspectos relacionados aos recursos humanos e materiais para a oferta de um cuidado seguro e as principais dificuldades dos participantes para exercer de forma segura o cuidado necessário as usuárias dos serviços.

*[...] A MEAC é referência em relação a assistência a pacientes de alto risco, é um hospital que ele nos ampara bem, no que se refere a questões administrativas, recursos humanos e recursos materiais. No que se refere a recursos humanos a gente tem um perfil **profissional**, uma seleção de profissionais muito especializados, muito voltados para o público. Eu creio que com todo esse conjunto a gente consegue desempenhar uma **boa prática** assistencial junto à comunidade. (P09)*

*[...] a gente tem um médico na casa, mas ele não fica 24h, ele vem na **necessidade** da prescrição e vem avaliar diariamente essas mulheres e a gente tem sim essa **parceria** de perceber... comunicar o **médico**, e até ele mesmo pedir nossa opinião em relação a algo, então tem essa troca. (P01)*

*A CGBP é como se fosse um braço da **maternidade**, a gente tem todo o suporte do serviço social, da psicologia, quando a gente precisa, às vezes tem uma usuária muito queixosa a gente pede **suporte** da psicologia de lá pra cá, pede o serviço social pra pacientes que vem do interior, questão de ambulâncias, transferências. (P03)*

*Eu acredito que uma equipe **multiprofissional**, com os diferentes olhares. E aqui nós temos essa diversidade de profissionais na equipe, e quando há a **necessidade** de outros as meninas solicitam, né?! E eu acho isso importante. (P10)*

Realça-se, nesse contexto dos relatos, a interdependência entre a equipe multiprofissional como algo imperativo e que pode fazer a diferença tanto nas relações interpessoais no trabalho quanto no resultado do cuidado prestado as pacientes.

Garcia *et al.* (2012), aponta para o trabalho em equipe, assim, emerge como resultado de um processo complexo, em que há necessidade de integrar os trabalhadores de diferentes áreas e níveis de formação, de modo a promover "teias de ações" realizadas por uma variedade de profissionais que necessitam de articulação. Nesse caso, segundo as falas citadas percebe-se essa interação entre os profissionais. Destaca-se ainda através das falas o reconhecimento da relevância do papel imbricado em cada profissional dentro da equipe.

O trabalho colaborativo, entendido enquanto complementaridade de diferentes atores atuando de forma integrada, permite o compartilhamento de objetivos em comum para alcançar os melhores resultados de saúde. O efetivo trabalho em equipe, dessa forma, precisa ser compreendido para além de diferentes sujeitos ocupando um mesmo espaço. É um processo permanente de colaboração sustentado pela parceria, interdependência, sintonia de ações e finalidades, e equilíbrio das relações de poder, possibilitando potencializar a atuação do usuário/paciente/sujeito (BRASIL, 2018).

*“Eu acho que a gente tem realmente todos os **suportes** que a gente precisaria, né, tanto na perspectiva para promover um **cuidado** seguro do ponto de vista biológico, uma cardiocografia, sonnar, com aparelho para medir a pressão, glicosímetro porque nosso maior perfil de gestante são de diabéticas então a gente tem. muito. (P06)*

*“[...] a casa da **gestante** nesse quesito de recursos humanos, ela é bem assistida E na parte dos **cuidados** materiais, apesar da instituição não ser tão abundante de materiais, eu acredito que nós temos aqui os materiais **necessários**, o nosso consultório que é montado com maca, aparelho especializado para ausculta, **verificar** pressão, glicemia, nesse quesito eu acho até que estão sendo bem assistidas. (P07)*

*“Na casa da gestante se a gente for pensar, a gente tem as melhores **enfermeiras** que tinha na maternidade, as técnicas direcionadas e adequadas e sabendo ter um bom **cuidado** com a **gestante** e o suporte tanto de exames como o **suporte** de transporte se for necessário ali pra maternidade ...temos esse cuidado.... (P11)*

*“A maternidade escola, ela tem e os gestores têm essa visão de que a maternidade escola é escola, e ela é escola não só em escola médica, ela é uma escola multi que envolve todos os profissionais, de múltiplas especialidades que aí dá **suporte** tanto na **educação** e formação desse **profissional**, como dar suporte e assistência aos pacientes **necessitam** que isso é fundamental, um diferencial incrível (P11).*

Verifica-se uma semelhança de opiniões em relação aos componentes da equipe profissional e recursos materiais pelos relatos apresentados nesta classe. Comprova-se através das elocuições o nível de satisfação dos participantes, em oferecer um cuidado qualificado, e seguro as usuárias do serviço. Ressalta-se também a satisfação do suporte material, inclusive citados por algumas. Apenas uma participante, (P6) relatou a importância da presença da “equipe multiprofissional”, em regime de plantão na própria casa, como psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional, mas a própria participante justifica seu relato fundamentado nas diretrizes da CGBP. Enfatiza-se, também, que toda a equipe da MEAC, está disponível quando atender as demandas que aparecem, portanto, em concordância com os fluxos assistenciais.

As ações e relações humanas cada vez mais estão emersas pela racionalidade, onde a natureza em si, distância da harmonia com o outro. O cuidado humano no mundo moderno passa ao encontro do outro, de forma muitas vezes acelerada, complexa e passageira. Para Heidegger (2008), o cuidado traz um sentido ôntico, expresso de possibilidades, abrindo espaço para além do ato, daquilo que se pode apreender, encontrando assim um sentido ontológico. Para esse autor o cuidado abrange uma forma positiva de cuidar do outro ser, não sendo sinônimos de benevolência e sim percebendo a necessidade real do ente que se relaciona.

As respostas trouxeram conteúdos que permitiram avaliar o percurso e a qualidade da assistência vivenciada pelos profissionais. Nessa nova estrutura organizacional todos trabalham com o mesmo objetivo e com o mesmo comando, Matos, Pires e Campos (2009) aponta que a articulação e a interação dependem do modo de produção do trabalho em saúde, de como as equipes de trabalho gerenciam e aplicam os conhecimentos e técnicas próprias de cada profissão na produção das atividades necessárias à atenção em saúde, de como se estabelece o encontro entre estes os usuários, dos consensos e conexões produzidas neste encontro.

Com isso, ao levar em consideração a lupa hermenêutica, as pessoas passam a ser vistas para além da sua enfermidade. Ou seja, vistas como seres com suas próprias subjetividades, e não apenas como biológicos. Ressaltando que cada pessoa vivencia os processos de adoecimento, cura e cuidado apresentando necessidades próprias que demanda de uma atenção dos profissionais envolvidos nesse cuidado (GADAMER, 2011).

Posto que, a CGBP está diretamente vinculada a MEAC, delibera-se sobre todos os assuntos do interesse da unidade quando necessário. Portanto, o coordenador e os colaboradores discutem em conjunto aquelas demandas sobre as quais a própria unidade sozinha não tem autonomia para decidir. Dentro do possível, todas as outras decisões são tomadas pela equipe da própria unidade, ou em comunicação lateral com as outras unidades, criando uma rede de relacionamentos e favorecendo a horizontalização das tomadas de decisão (BRASIL, 2009).

Conforme os relatos, percebe-se o valor e a necessidade de cada profissional, para com o paciente, inclusive citam-se os gestores pelo E11, que também compartilha com a ideia do cuidado, a interdisciplinaridade fundamentando o cuidado dedicado as usuárias do serviço, portanto corrobora com a Política Nacional de Humanização PNH, Olhares múltiplos diante de fenômenos complexos como o adoecimento e os agravos de saúde ampliam a eficácia da prática em saúde. É nesse contexto que o trabalho em equipe, que desfragmenta o trabalho

centralizado ao articular os diferentes saberes tecnológicos, favorece a efetividade das práticas em saúde. A Política Nacional de Humanização (PNH). O PNH aposta na cogestão, ou gestão compartilhada, em que os profissionais são cor-responsabilizados pelo cuidado e o trabalho é organizado em equipes integradas, com relações clínicas mais coletivas, o que permite uma experiência de trabalho mais gratificante, refletindo em uma produção de saúde mais potencializada (PASCHE, 2011).

Paralela a essa discussão, Medici (2001), complementa que nas últimas duas décadas, ampliou-se nos países desenvolvidos a autonomia dos hospitais universitários, os quais passam a ter como objetivo a ampliação da ótica formadora, passando a agregar funções definidas nos sistemas de saúde e atribuindo aos hospitais e maternidades de ensino a responsabilidade do exercício das melhores práticas assistenciais, e por intermédio dos profissionais capacitados por estas instituições, de serem agentes transformadores da sociedade, e da qualidade de vida das pessoas.

Perante a esses achados, Gadamer (2011), relata que os processos de saúde e doenças se remetem a compreensão de equilíbrio, frisando não apenas no homeostático, mas imersos num caráter holístico num sentido hipotético. Assim relacionando-se o experienciar para além do biológico e ganhando uma dimensão para o reacional e social. Com isso a história trazida em sua constituição de vida é levada em consideração, partindo desse olhar, sendo facilitador é fundamental na construção do cuidado do outro.

O trabalho colaborativo se constitui em um instrumento poderoso para garantir a segurança do paciente, ao possibilitar uma comunicação produtiva entre os profissionais, pela diminuição da hierarquia, aumento da possibilidade de escuta e atenção compartilhada para as necessidades das pessoas no processo de saúde-doença (BRASIL, 2018).

Ao levar-se em consideração as pessoas em sua totalidade e sua história de vida, abre espaço para a construção do cuidado de forma assertiva. Ao pensar nos elementos que fazem parte de uma parceria colaborativa, com um olhar na hermenêutica, leva-se para um lugar de cuidado efetivo, atencioso e humanizado, ou seja, pensasse sobre como o outro gostaria de ser cuidado (GADAMER, 2002). O processo de adoecimento e cura passa a ganhar um novo cenário, passando a transmitir um olhar de forma existencial, pois sua história e um espaço de fala permitem compreender a sua constituição enquanto ser (AYRES, 2007).

Compreende 30,53% ($f = 80$ ST) do corpus total analisado. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 4,58$ (Trabalhar) e $x^2 = 34,72$ (Equipe). Essa classe é composta por palavras como “Equipe” ($x^2 = 34,72$); “Profissional” ($x^2 = 29,28$); “Suporte” ($x^2 = 17,98$); “Enfermeiro” ($x^2 = 17,33$); “Pensar” ($x^2 = 16,36$); “Multiprofissional” ($x^2 = 14,96$); “Prático” ($x^2 = 13,97$); “Médico” ($x^2 = 13,75$) e “Assistencial” ($x^2 = 10,32$).

Essa classe descortina a visão do profissional acerca do desfecho do cuidado, ou seja, o destino dessa mulher ao sair da Casa. Segundo os dados registrados da CGBP as mulheres-gestantes e/ou puérperas, podem ter três destino ao sair da casa, dependendo do caso, a saber: transferência para MEAC, para seguimento do cuidado, na maioria para resolução da gestação-parto, ou por intercorrências clínico/obstetra, e pela alta das usuárias do serviço, que geralmente se aplica às puérperas que já receberam alta de seu bebê sejam por concluir tratamentos clínicos, ou por alta do lactente que estava internado na unidade neonatal.

*“ela sai daqui muito bem **orientada** em relação aos **cuidados** dela, os cuidados com o bebê, em relação a amamentação, em relação a alimentação dela pra não interferir no aleitamento materno, tudo isso a gente já faz”. (P02)*

*Como eu te falei; aí assim; quando elas saem de alta daqui são as puérperas né, os bebês estão em tratamento para **sífilis**, porque a gestante elas voltam para a maternidade [...]. (P05)*

*A gente tem um fluxo, tipo protocolo de **alta**, de saída dessa da **casa**, aí depende muito da patologia ou por exemplo se é uma mulher que o bebe está fazendo **tratamento** de sífilis que é o nosso maior perfil dos RNs aqui [...]. (P06)*

*a gente tá trabalhando a questão da **autonomia** da paciente,..tenha uma postura mais **confiante**, tanto para as pacientes gestantes quanto para as pacientes puérperas que estão executando **cuidados** junto aos seus bebês. Então o que a gente espera é que ela tenha êxito nos dias vindouros dela e que ela possa executar esse **autocuidado** de uma forma autônoma e **segura** (P09).*

*“Quando trata-se de uma transferência de uma gestante, por exemplo tipo uma intercorrência ou um sinal de gravidade, a **enfermeira** faz o contato com a equipe da emergência passando o caso, e a gente vai ... organizando as coisas da paciente e encaminha a gestante. Se for um trabalho de **parto** a gente vai junto na ambulância deixar a parturiente. Mas sempre comunica antes na MEAC-emergencia” (P01)*

*[...] E quando fala **profissional**, é profissional que vai do porteiro até o cirurgião. Isso é importante. Então toda a **maternidade** já sabe do conhecimento da existência da Casa das **gestantes** e dos pacientes que estão aqui. Essa Paciente que vai pra resolução da gravidez, aí ela não mais*

volta pra casa da gestante. Ai da maternidade eles dão encaminhamento ou pra ela retornar pra unidade básica de saúde dela ou pra tornar fazer o retorno pré-natal de alto risco dela". (P11)

A comunicação adequada entre as equipes assistenciais no compartilhamento do cuidado é fundamental para o sucesso do seguimento da gestante de risco. As equipes envolvidas na assistência precisam desse compartilhamento dos fluxos de cuidado. Desse modo, percebe-se a sintonia na implementação e encaminhamentos do cuidado multidisciplinar, conferido pelas elocuições compiladas.

Frente a isso Gadamer (2007), sinaliza que a interpretação é olhar, pensar, tocar e fazer reflexões, desse modo são perspectivas relacionadas ao entendimento do ser humano sobre o mundo, a filosofia e a ciência em que se encontra imerso. A vida existencial e relacional do ser vão de encontro a essa interpretação que vão de encontro a assistência ao seu entorno. Nessa visão a linguagem assume um lugar de dar sentidos e significados para a interioridade dos pensamentos e no firmamento na implementação do cuidado para com seus entes.

Araújo *et al.* (2018), aponta que elementos que aduzem importância ao trabalhador de saúde nas organizações relacionam-se à essencialidade da comunicação, da informação e do conhecimento em saúde. Os profissionais de saúde podem ser agentes transformadores dessa realidade, assumindo outros papéis no fazer saúde, além da assistência.

Por essa razão, a qualidade da assistência prestada à mulher está diretamente relacionada à competência, ao compromisso e à responsabilidade dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros. Isso pode ser expresso na forma de atenção qualificada alcançada pela implementação da Sistematização da Assistência no cuidado à mulher (ARAÚJO *et al.*, 2018).

Heidegger (2011), retrata que ao fundamentar o cuidado imerso no movimento humano para como o mundo, de um lado questiona-se sobre a prática e teoria. Postulando que o cuidado não se restringe ao teórico ou prático, e sim transcendental e, possibilitando o caminhar por esses dois universos, sendo facilitador na compreensão das necessidades do seu entorno. Faz parte da área assistencial da Instituição, prestando cuidados diretos à mulher nos vários espaços de cuidados do Hospital-MEAC. São esses profissionais que participam dos processos da gestão colegiada, aspecto valorizado, uma vez que estes agregam em suas respostas qualidade e conteúdos valiosos para a análise do estudo.

Para Fertoni *et al.* (2015), na elaboração dos modelos assistenciais de atenção à saúde, o debate que fortalece o trabalho em equipe é considerado essencial para o alcance dos

com maior frequência no texto, no qual o tamanho da fonte de cada uma das palavras é proporcional ao número de vezes que ela foi repetida.

As palavras revelam características próprias de cada entrevista, permitindo conectar os estudos e classificá-los (MARIANO *et al.*, 2011). Como resultado, destacaram-se as palavras: GESTANTE, BEBÊ, CUIDADO, PACIENTE, PROFISSIONAL. Tais palavras enfatizam o observado nas análises anteriores, ou seja, para as classes 01, 02 e 03, desse modo corroborando com os resultados dos relatos apropriados na pesquisa.

Considerações finais

Percebe-se a relevância do papel da equipe multiprofissional, porém destaca-se o trabalho realizado pelas enfermeiras obstetras, frente a tomada de decisão e conduta conforme as situações apresentadas na CGBP. Isso pôde ser expresso na forma de atenção qualificada, concordância com os relatos dos participantes da pesquisa. Destaca-se o compartilhamento centrado no cuidado às usuárias do serviço e no trabalho em equipe, favorecendo o alinhamento frente às tomadas de decisão necessárias, imbricada com a co-responsabilização e partilha de problemas e condutas, além de estabelecer prioridades e alcançar maior assertividade nos processos deliberativos.

O modelo do cuidado assistencial do estudo pode ser considerado serviço de prevenção de casos Near Miss, pois oferece assistência pautada em protocolos institucionais em concordância com a maternidade vinculada, monitora diariamente as condições de saúde materno-fetal a fim de evitar agravos. Destaca-se ainda a educação em saúde, sendo o compartilhamento de saberes e orientações essenciais na condução do cuidado às gestantes e puérperas de alto risco, na perspectiva de auxiliar a mulher a vivenciar a gravidez de forma mais saudável, tranquila, conduzindo-a ao protagonismo frente ao processo gestacional. Por essa razão, a qualidade da assistência prestada à mulher está diretamente relacionada à competência e ao compromisso dos profissionais de saúde.

Consideramos que este estudo pode ser impulsionador na direção da qualidade dos cuidados oferecidos. E, bem como, constitui um desafio para novos estudos nesse contexto do cuidado multiprofissional das gestantes e puérperas de alto risco.

Referências

ARAÚJO, T. *et al.* Valorização das orientações a favor do empoderamento da parturiente: relato de experiência de um residente em enfermagem obstétrica. In: 13^o CONGRESSO INTERNACIONAL REDE UNIDA, 2018, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: 2018. Disponível em:

<http://conferencia2018.redeunida.org.br/ocs2/index.php/13CRU/13CRU/paper/view/542>. Acesso em: 18 jun. 2022.

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 43–62, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70 Brasil, 1977.

BRASIL. **Manual de Uso do Sistema Saips**: Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde Acesso e Atividades do Gestor Estadual, Gestor Municipal e Cadastrador de Propostas Casa da Gestante, Bebê e Puérpera. Brasília: CGBP, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/01/manual-saipsCGBP.pdf>. Acesso em: 03 Jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco** Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-aten-a-saude-materna-e-infantil-rede-cegonha/manuais-e-publicacoes/19715-manual-gestacao-alto-risco/file>. Acesso em: 23 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.020**, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à saúde na gestação de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html. Acesso em: 11 nov. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução N° 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Brasília: Diário Oficial da União, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 02 maio 2019.

CORDEIRO, D.E.F. (org.); PAIVA, J.P. (org.); FEITOSA, F.E.L. **Protocolos assistenciais em obstetrícia**. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2020.

ERRICO, L. S. P. *et al.* The work of nurses in high-risk prenatal care from the perspective of basic human needs. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, supl. 3, p. 1257-1264, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901257&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 abr. de 2020.

FERTONANI, H. P. *et al.* The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869–1878, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>. Acesso em: 20 set. 20.

GADAMER, H. **Verdade e método I**. Trad. Flávio Paulo Meurer. 10.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2015.

GADAMER, H. Mistério da saúde. *In*: GADAMER, H. **O mistério da saúde**: o cuidado da saúde e a arte da medicina. Lisboa:Almedina,2002.

GADAMER, H. **O Caráter oculto da saúde**. Vozes,2011.

GADAMER, H. **Hermenêutica em retrospectiva**: Heidegger em retrospectiva. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 2007. v. 1.

GADAMER, H. **Verdade e método** - Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Tradução Flávio Paulo Meurer. 3. ed. Petrópolis:Vozes,1997.

GARCIA, A. B. *et al.* Prazer no trabalho de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário público. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 33, n. 2, p. 153–159, 2012.Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/Lw4ZKfgKrn4X4f6wWMVMLBw/?lang=pt>. Acesso em: 27 dez. 2021.

GARCIA, A. P. R. F. *et al.* Nursing process in mental health: an integrative literature review. **Rev bras enferm**, v. 70, n. 1, p. 220–230, 2017.Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/KbbhWzVqQ5SykXNvBz7gZyR/?lang=en>. Acesso em: 02 abr 2019.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 10.ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo, Parte I e II**. 3. ed. Petrópolis: Vozes,2008.

MARIANO, A. M.; GARCÍA CRUZ, R.; ARENAS GAITÁN, J. Meta Análises Como Instrumento de Pesquisa: Uma Revisão Sistemática da Bibliografia Aplicada ao Estudo das Alianças Estratégicas Internacionais.*In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO - GESTÃO ESTRATÉGICA: INOVAÇÃO COLABORATIVA E COMPETITIVIDADE,2011, Ponta Grossa. **Anais Eletrônicos** [...] Ponta Grossa:2011.Disponível em: <https://idus.us.es/handle/11441/95086>. Acesso em: 26 abr.2020.

MATERNIDADE-ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND. **Relatório Assistencial da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC)**: 2018.Fortaleza:MEAC,2019.Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/governanca/gestao-estrategica/maternidade-escola-assis-chateaubriand/RelatrioInstitucionalAssistencial06.05.19.pdf>. Acesso em: 19 abr.2021.

MATOS, E.; PIRES, D.E.P.; CAMPOS, G.W.S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.62, n.6, p.863-869, 2009.Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/fMBfpV3vnVssyLpsY8cV5mF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 23 nov.2022.

MARTINS, M.G. *et al.* Associação da gravidez na adolescência e prematuridade. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.33, p.354-60,2011.

MEDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Rev Assoc Med Bras**, v. 47, n. 2, p. 149–156, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/QF4tk7yTqbYdKymQnk6SLPJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 out.2022.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação**: a abordagem do near miss da OMS para a saúde materna. Genebra:OMS, 2011. Disponível em: <https://www.paho.org/clap/dmdocuments/CLAP-Trad05pt.pdf>. Acesso em: 20 nov.2022.

PASCHE, D.F. Pistas metodológicas para se avançar na humanização dos hospitais no Brasil. *In*: Ministério da Saúde. **Política Nacional de Normalização**. Atenção hospitalar. Brasília:Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizaus_atencao_hospitalar.pdf. Acesso em: 25 jun.2022.

PIMENTA, A. M. *et al.* Programa “Casa das Gestantes”: Perfil das Usuárias e resultados da Assistência à Saúde Materna e Perinatal. **Texto Contexto Enferm**, v.21, n.4, p.912-20,2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/714/71425249023.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2019.

PINAR, S.E.; UCAR, N. Mental health status of the women with risky pregnancies in the hospital and affecting factors. **International Journal of Caring Sciences**. v.10, n.3, p.1426, set-dez/2017.

PULIDO ACUÑA, G. P. *et al.* El lenguaje estandarizado enfermero: conocimiento, história y perspectiva para el cuidado materno-perinatal. **Investig Enferm**, v. 21, n. 1, 2018. Disponível em: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/19238>. Acesso em: 02 jan.2020.

RÊGO, M.G.S. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2022. **Casa da Gestante da MEAC comemora 5 anos**. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/comunicacao/noticias/casa-da-gestante-da-meac-comemora-5-anos>. Acesso em: 14 jun.2022.

SAMPAIO, A. F. S.; ROCHA, M. J. F. DA; LEAL, E. A. S. High-risk pregnancy: clinical-epidemiological profile of pregnant women attended at the prenatal service of the Public Maternity Hospital of Rio Branco, Acre. **Rev Bras Saúde Mater Infant**, v. 18, n. 3, p. 559–566, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/CWX5JKXRYdMTWQnKtwzX3Rb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 nov.2022.

SANINE, P. R.; CASTANHEIRA, E. R. L. Exploring connections between the social construction of the child and health practices. **História, ciências, saúde -Manguinhos**, v. 25, n. 1, p. 199–215, 2018.

SANTANA, D. S. *et al.* Maternal near miss – understanding and applying the concept. **Revista de Medicina**, v. 97, n. 2, p. 187, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/143212>. Acesso em: 29 nov.2022.

SÁNCHEZ-GÓMEZ, A. *et al.* Factores sociales asociados con la utilización de los servicios de atención prenatal en Ecuador. **Rev Panam Salud Pública**, v. 40, n. 5, p. 341-346, 2016.

SAY, L. *et al.* Maternal near miss--towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. **Best pract res Clin obstet gynaecol**, v. 23, n. 3, p. 287–296, 2009.

REZAEAN, S.M. *et al.* The effect of prenatal self-care based on Orem's theory on preterm birth occurrence in women at risk for preterm birth. **Iran J Nurs Midwifery Res**, v. 25, n. 3, p. 242–248, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7299423/>. Acesso em: 29 nov.2022.

5.3 Artigo 3 – Relatos de gestantes sobre cuidados assistenciais vivenciados na Casa da Gestante Bebê e Puérpera em Fortaleza

RELATOS DE GESTANTES SOBRE CUIDADOS ASSISTENCIAIS VIVENCIADOS NA CASA DA GESTANTE BEBÊ E PUÉRPERA EM FORTALEZA

Resumo

Objetivo: Compreender a vivência do cuidado relatado pelas mulheres prestado na “Casa das Gestantes” de uma maternidade em Fortaleza, Estado do Ceará, Brasil. **Método:** Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa, fundamentado à luz da fenomenologia compreensiva de Heidegger. A coleta dos dados ocorreu em junho de 2022, na casa da gestante, bebê e puérpera de uma Maternidade terciária, referência no Estado do Ceará, participaram da pesquisa 19 gestantes de alto risco. O trabalho foi aprovado conforme parecer N°5.341.776. Organizou-se os dados por meio do software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), seguida de análises lexicográficas clássicas que originou as temáticas: **Resultados:** “Classe 1 “preocupações acerca da gravidez e *do bebê*”, Classe 2 “Percepção das gestantes sobre o cuidado pelos profissionais”, Classe 3 “Percepção sobre as interações humano-ambientais, recursos materiais e o fenômeno da ambiência.”, Classe 4 “Expectativa sobre sua recuperação”, e a Classe 5 “Relatos das gestantes sobre sua alta”. **Considerações finais:** A assistência na Casa da Gestante estudada pode ser considerada eficaz no cuidado oferecido às gestantes, pois segundo os relatos das participantes evidenciaram: satisfação, acolhimento e cuidado atencioso, demonstrado pelos profissionais. Diferente do cotidiano que é geralmente relatado por pacientes no ambiente hospitalar, inclusive descritos pelas participantes do estudo. A dinâmica do serviço e a recepção foram destacadas várias vezes pelas gestantes. Desse modo, desconstruindo o modelo assistencial tradicional da enfermagem hospitalar.

Palavras-chave: Cuidados Assistenciais; Gestante de alto risco; Casa da Gestante.

Introdução

A maioria das gestações irá progredir de uma forma saudável e fisiológica, finalizando-se com um parto sem intercorrências, gerando um conceito de peso e desenvolvimento adequado, com a plena recuperação da mulher ao fim do puerpério. Entretanto, uma parcela das mulheres será acometida por complicações diversas, das menos graves às mais graves. Dentre as condições mais graves, algumas foram classificadas como condições potencialmente ameaçadoras da vida (CPAV) (SANTANA *et al.*, 2018). Estas condições associam-se a maior risco de progressão para gravidade e risco de vida, e foram estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde, como: desordens hemorrágicas, desordens hipertensivas e outras desordens sistêmicas (SAY *et al.*, 2009).

Na última década, os estudos avançaram para além da mortalidade, com foco em morbidade materna grave, uma vez que essa abordagem permite amplo conhecimento a respeito da saúde materna, com estudo de eventos mais frequentes do que a morte e igualmente importantes pela repercussão em curto e longo prazo, em saúde materna e perinatal.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é importante caracterizar, de maneira sistemática, os casos de morbidade materna grave, condições potencialmente ameaçadoras de vida (CPAV) e *near miss materno* (NMM), definido como a mulher que quase morreu por causas obstétricas diretas ou indiretas, mas sobreviveu às complicações gestacionais, do parto e do puerpério até 42 dias depois do parto (PACAGNELLA *et al.*, 2014).

Nesse contexto, Thaddeus e Maine, em 1994, propuseram o “modelo dos três atrasos” relacionado à mortalidade materna. O modelo considera os fatores que interferem na busca pelo cuidado adequado e que podem contribuir para as chances de sobrevivência. Esses fatores são divididos em três fases: (I) demora na decisão da mulher e/ou da família em procurar cuidados; (II) demora de chegar a uma unidade de cuidados adequados de saúde; (III) demora em receber os cuidados adequados na instituição de referência (THADDEUS, MAINE, 1994).

No Brasil, a morte materna está associada principalmente às fases II e III, ou seja, atraso no transporte para unidades de maior complexidade e atraso no fornecimento de tratamento adequado nas instituições de saúde (PACAGNELLA *et al.*, 2014). Associado ao não reconhecimento dos sinais de complicações graves e ao retardo no acesso a cuidados adequados, parte considerável das mortes maternas que ocorrem mesmo no nível terciário poderiam ser evitadas por meio de pronto atendimento em unidades de terapia intensiva (UTIs) obstétricas ou mesmo em cuidados intermediários unidades (POLLOCK; ROSE; DENNIS, 2010; OUD, 2017).

Em 2021, o país registrou uma taxa de 107,53 mortes a cada 100 mil nascidos vivos, conforme dados preliminares do Ministério da Saúde mapeados pelo Observatório Obstétrico Brasileiro. Em 2019, ano anterior à pandemia, essa taxa era de 55,31. Segundo a coordenadoria do observatório, a pouca quantidade de unidades de terapia intensiva preparadas para os cuidados com as gestantes, além da falta de profissionais capacitados, levou ao aumento significativo nas mortes ocorridas durante a pandemia. Entre os compromissos firmados pelo Brasil por meio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

(ODS) está a meta de reduzir, até 2030, a mortalidade materna para no máximo 30 falecimentos a cada 100 mil nascidos vivos.

Ao se observar as causas que levam ao Mortalidade Materna, percebe-se que, em sua maioria, poderiam ter sido evitadas se os atendimentos tivessem sido efetuados no tempo correto. Dessa maneira, um dos determinantes para redução nesse índice é a melhoria no acesso à saúde em todos os níveis, bem como diminuição das discrepâncias socioeconômicas, culturais e implementação de políticas em saúde que busquem uniformizar e tornar mais universal a atenção ao público (MORAES *et al.*, 2019).

A “Casa das Gestantes” representa uma estratégia para reversão da atenção centrada em hospitais e propicia a construção de uma nova lógica de atenção, com enfoque na prevenção de agravos, promoção da saúde e na humanização do cuidado. Além disso, esse serviço tem por objetivo a diminuição dos custos e riscos hospitalares, bem como a ampliação dos espaços de atuação dos profissionais de saúde, de modo especial, da enfermagem (HOLNESS, 2018; GARCIA *et al.*, 2019).

Esses indicadores estão descritos na Portaria MS/GM nº 1.020/2013 e pactuados pela necessidade evidenciada pela Coordenação Técnico-administrativa do serviço. Os principais indicadores de monitoramento são: perfil geral, município de origem, motivo da admissão de gestantes e recém-nascidos, média de ganho de peso do recém-nascido (em gramas), taxa de ocupação e tempo médio de permanência (em dias). Outros indicadores de análise: faixa etária das usuárias, classificação da idade gestacional, tipo de parto, número de gestações e abortamentos, encaminhamentos de saída da casa, incluindo transferências, e local de internação na MEAC (HERCULANO *et al.*, 2018).

As admissões são, em sua maioria, as gestantes provenientes da emergência obstétrica e do serviço de atenção ambulatorial materno-fetal. Os motivos mais comuns são de gestantes com alterações morfológicas fetais, início de trabalho de parto, trabalho de parto prematuro inibido, anemia materna ou fetal, diabetes gestacional, retrovírose e outros, incluindo pós-datismo, Doença Trofoblástica Gestacional (DTG), Síndrome Hipertensiva Gestacional e gestantes aguardando transporte para seu domicílio (HERCULANO *et al.*, 2018). Desse modo, devido à abrangência de atendimento obstétrico do hospital e da necessidade de rotatividade de pacientes para manejo das vagas, a CGBP da MEAC vem tornando-se cada vez mais indispensável, uma vez que funciona como um serviço de suporte para permanência de gestantes e recém-nascidos.

Portanto, este estudo teve como objetivo compreender a vivência do cuidado multiprofissional recebido pelas gestantes. Os resultados do presente estudo podem

acrescentar conhecimentos sobre a temática abordada, enfatizando a produção científica sobre a eficácia e contribuições desse tipo de serviço, fato que pode estimular sua implantação em outros estados brasileiros e em outros países. Ademais, a consolidação da “Casa das Gestantes” como um ambiente terapêutico resolutivo e de qualidade beneficia diretamente a enfermagem, pois se trata de um local de grande inserção profissional, especialmente, das enfermeiras obstetras.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa, com a necessidade de extrair informações e certificar os conhecimentos necessários, bem como compreender percepções, pontos de vista e vivências.

Abordagem qualitativa, a fim de aprofundar a compreensão de processos, sujeitos, relações sociais e estruturas que, por sua vez, são depositárias de significados, aspirações, crenças e valores (MINAYO, 2014). Como guia norteador, utilizou-se o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

A natureza qualitativa do estudo justifica-se pelo fato dos resultados traduzidos em números não serem suficientes para expressar as experiências dos participantes da pesquisa, o que requer um olhar e uma leitura aprofundada dos sentidos, ações e interpretações. Focaliza o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e atitudes. Sendo esses fenômenos entendidos como parte da realidade social, pois o ser humano não se diferencia somente pelo agir, mas no pensar sobre o fazer e o interpretar de suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com os seus semelhantes (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2016).

Este estudo foi fundamentado à luz da fenomenologia compreensiva de Martin Heidegger. Este referencial teórico, filosófico e metodológico possibilita a compreensão das singularidades vivenciadas no cotidiano por meio da descrição, que permite voltar o olhar às coisas nelas mesmas ao buscar o sentido do ser, sendo esta a premissa do pensar heideggeriano (HEIDEGGER, 2011). As pesquisas de enfermagem em saúde da mulher têm como escopo o cuidado que considera o ser humano e isso é visto como um dos pressupostos da fenomenologia (SCHMIDT, 2013).

A pesquisa foi realizada na casa da gestante, bebê e puérpera (CGBP), uma instituição pública de nível terciário, com atendimento de referência no Estado do Ceará em obstetrícia de alto risco. Trata-se de um ambiente institucional que recebe as gestantes e puérperas para dar continuidade ao tratamento e ficam internadas com assistência

multiprofissional. Dispõe de 15 leitos distribuídos entre gestantes, puérpera e sete para recém-nascidos. Nessa direção, a Casa da Gestante, do presente estudo, é vinculada à maternidade escola da Universidade Federal do Ceará (MEAC). Ademais, tem em suas principais atribuições a ampliação do acesso à assistência obstétrica e a melhoria da utilização racional dos leitos hospitalares obstétricos do hospital de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco, com vistas à redução da morbimortalidade materna.

A coleta de dados ocorreu nos meses de março a junho de 2022, sob a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do local da pesquisa, sob parecer N° 5.341.776. O levantamento dos dados aconteceu por meio de um questionário sociodemográfico e obstétrico e entrevistas semiestruturadas. Com perguntas norteadoras a seguir: “Quais as suas preocupações quanto ao seu tratamento e do seu bebê?” “Como está sendo os cuidados pelos profissionais que lhe atende, quais as contribuições do cuidado médico, equipe de enfermagem?”, “Qual a sua opinião em relação a esta casa da gestante, em relação ao tratamento, medicamentos, exames, consultas recebidas/ condições estruturais (ambiente), quartos, as acomodações, alimentação a rotina da casa?” “Quais as perspectivas em relação a sua recuperação e alta? Como acontece as orientações para a alta das pacientes?”.

As entrevistas foram audiogravadas, direcionadas a partir de um roteiro semiestruturado, sendo realizada em ambiente reservado com o propósito de preservar as participantes. Tiveram duração em média de 20 a 60 minutos, levando em consideração a necessidade de cada participante, encaminhadas por um pesquisador capacitado e com expertise na temática estudada.

Analisou-se os dados por meio do software IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Foram realizadas análises lexicográficas clássicas no Iramuteq para compreender os dados estatísticos e quantificar as evocações e formas. Obteve-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) para aferir os dados do dendrograma em função das classes geradas, considerando as palavras com $x^2 > 3,84$ ($p < 0,05$). Posteriormente, executada a Análise de Similitude, com base na teoria dos grafos, foi capaz de identificar as ocorrências entre as palavras e sua conexão. Por fim, foi gerado a Nuvem de Palavras, que as unificam e dispõem graficamente em função da sua frequência.

A análise foi inicialmente realizada a partir da caracterização dos entrevistados e os depoimentos por eles relatados foram transcritos e constituiu o corpus textual. Cada texto possui uma linha de comando representada pela letra G1 (participante) até G19, considerando que todas as perguntas foram suprimidas, utilizando-as apenas os relatos. Posteriormente, o

arquivo foi salvo no formato UTF-8 (*Unicode Transformation Format 8 bit codeunits*), sendo possível realizar a análise pelo Iramuteq.

A partir dos dados obtidos, procedeu-se à construção das temáticas mediante um raciocínio indutivo e comparações constantes dos relatos, conforme a técnica de análise de conteúdo (MINAYO, 2014).

Os resultados originaram cinco temáticas: Classe 1 – preocupações acerca da gravidez e *do bebê*; Classe 2 – Percepção das gestantes sobre o cuidado pelos profissionais; Classe 3 – Percepção sobre as interações humano-ambientais, recursos materiais e o fenômeno da ambiência; Classe 4 – Expectativa sobre sua recuperação; e Classe 5 – Relatos das gestantes sobre sua alta.

Para a análise textual da pesquisa, foi utilizada a CHD (Classificação Hierárquica Descendente), na qual os segmentos de texto são classificados em função dos seus respectivos vocabulários, e apresentam, majoritariamente, de três linhas. A variação destas ocorre conforme a transcrição do pesquisador e o tamanho do seu corpus, caracterizado pelo conjunto de texto que se pretende analisar. O conjunto desses segmentos é classificado em função da frequência das formas reduzidas (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Local da pesquisa

O local proposto para a pesquisa foi a casa da gestante, bebê e puérpera – CGBP da Maternidade Escola Assis Chateaubriand - MEAC/UFC, uma instituição pública de nível terciário, com atendimento de referência no Estado do Ceará em obstetrícia de alto risco. A CGBP é uma residência de cuidado às gestantes de alto risco, puérperas e seus recém-nascidos que demandam atenção diária, mas que não exigem vigilância constante em ambiente hospitalar. Seu objetivo é oferecer acolhimento humanizado, cuidado, orientações de saúde e autocuidado com acompanhamento especializado. Funciona como um anexo da maternidade, com equipe de médico, enfermeiros obstetras, técnicos em enfermagem, terapeutas ocupacionais, psicólogos e outros profissionais em escala de plantão ou sobreaviso.

Os indivíduos deste estudo foram convidados a participar da investigação segundo os seguintes critérios de inclusão: Gestantes internadas na CGBP no período da coleta, com estabilidade clínica, independente do seu diagnóstico e faixa etária, que aceitassem participar da pesquisa, foram excluídas as puérperas que estavam internadas. O fechamento amostral deu-se por saturação, ou seja, quando não havia informação nova nos depoimentos. Desse modo, participaram 19 participantes.

Os depoimentos gerados foram ouvidos e transcritos de forma exaustiva na tentativa de gerar indicadores qualitativos e quantitativos, para desenvolver classes/categorias após a análise de todos os participantes.

A análise inicialmente foi realizada a partir da caracterização dos entrevistados e os depoimentos por eles relatados foram transcritos e constituiu o *corpus* textual. Cada texto possui uma linha de comando que foi ordenado respectivamente, G1 Gestante 01, até Gestante 19, considerando que todas as perguntas foram suprimidas, utilizando-as apenas os relatos. Posteriormente, o arquivo foi salvo no formato UTF-8 (*Unicode Transformation Format 8 bit codeunits*), sendo possível realizar a análise pelo Iramuteq.

Análise dos dados qualitativos

Os dados foram analisados por meio do software IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Foram realizadas análises lexicográficas clássicas no Iramuteq para compreender os dados estatísticos e quantificar as evocações e formas. Obteve-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) para aferir os dados do dendograma em função das classes geradas, considerando as palavras com $\chi^2 > 3,84$ ($p < 0,05$). Posteriormente, foi gerado a Nuvem de Palavras, que unifica as palavras e dispõem graficamente em função da sua frequência e executada a Análise de Similitude, com base na teoria dos grafos, foi capaz de identificar as ocorrências entre as palavras e sua conexão. Por fim, foi realizada a Análise Fatorial por Correspondência (AFC).

Todos os dados coletados foram tratados com análise de conteúdo, cujo objetivo é a sistematização dos dados obtidos até que seja possível deduzir sobre outra realidade que não a da mensagem, e então interpretá-las (processo denominado inferência (BARDIN, 2016).

O trabalho teve aprovação da pesquisa conforme parecer n.º 5.266.585, pelo Comitê de Ética da instituição pesquisada, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012. Este trabalho é um recorte vinculado a uma pesquisa primária intitulada: Análise do cuidado de gestantes e puérperas de alto risco, e foi somente realizado após a assinatura de cada participante do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O perfil de admissão na casa da gestante é destacado pela presença de gestantes e puérperas acompanhadas ou não de seus RN.

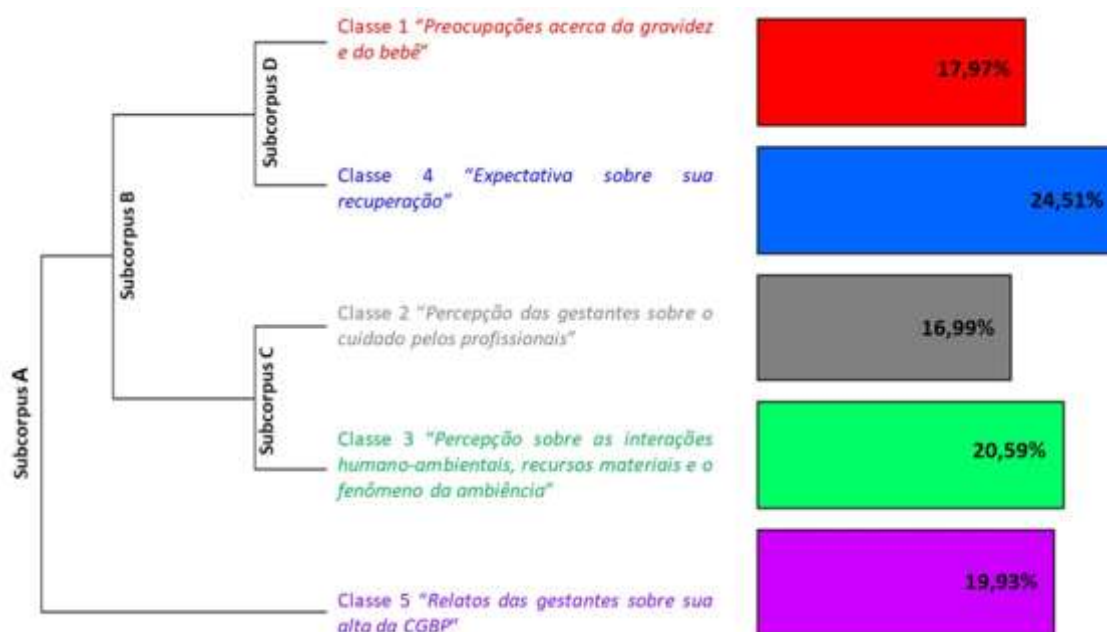
Resultados e discussão

Participaram da pesquisa 19 de gestantes, onde 40% residem no município de Fortaleza e 60% na região metropolitana. Estas situam-se na faixa etária de 18 a 36 anos. No que concerne à situação conjugal, (73,6%) apresentaram-se como unidas, (10,52%) como divorciadas e (47,6%) afirmaram ser casadas. Quanto às escolaridades, (21,0%) postulam ter o ensino fundamental incompleto, (42,10%) o ensino médio completo e (15,7%) o ensino superior completo. No que diz respeito à renda, (47,3%) vivem com um salário mínimo, (36,8%) de um a dois salários e (15,7%) de dois a três.

Quanto aos dados clínico/obstétricos das gestantes, evidenciou-se que (72,2%) eram multíparas e (27,7%) primíparas. No que diz respeito à história diagnóstica, estiveram presentes a diabetes mellitus gestacional, restrição do crescimento intrauterino, hipertensão gestacional, trombose venosa profunda (TVP), e outras comorbidades. Sendo que as mais manifestas foram o diabetes gestacional, representando 38% das gestantes, e Sífilis gestacional, VDRL reagente, com (22%).

Classificação Hierárquica Descendente (CHD)

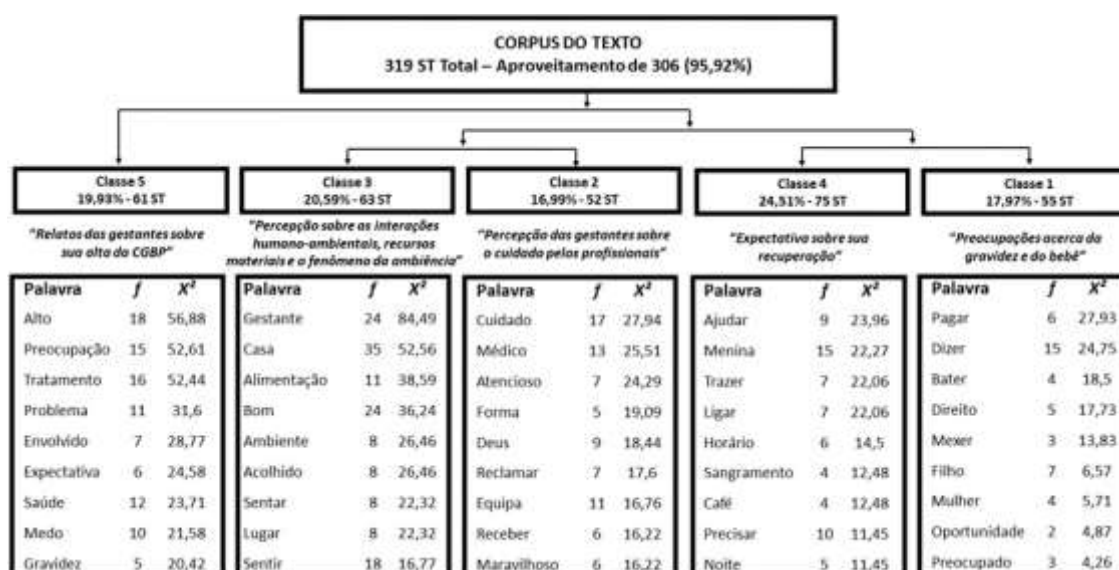
O corpus geral foi constituído por **19** textos, separados em **319** segmentos de texto (ST), com aproveitamento de **306** STs (95,92%). Emergiram **9.721** ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo **1.495** palavras distintas e **772** com uma única ocorrência. O conteúdo analisado foi categorizado em cinco classes: Classe 1 – “preocupações acerca da gravidez e *do bebê*”, com 55 ST (17,97%); Classe 2 – “Percepção das gestantes sobre o cuidado pelos profissionais”, com 52 ST (16,99%); Classe 3 – “Percepção sobre as interações humano-ambientais, recursos materiais e o fenômeno da ambiência.”, com 63 ST (20,59%); Classe 4 – “Expectativa sobre sua recuperação.”, com 75 ST (24,51%) e a Classe 5 – “Relatos das gestantes sobre sua alta.”, com 61 ST (19,93%) (ver Figura 12).



Fonte: Software IRAMUTEQ.

Figura 12 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente

Com o intuito de melhor ilustrar as palavras no corpus textual em suas diferentes classes, organizou-se um diagrama de classes com exemplos de palavras de cada classe avaliadas por meio do teste qui-quadrado (χ^2). Nele emergem as evocações que apresentam vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente das outras classes. Em seguida serão apresentadas, operacionalizadas e exemplificadas cada uma dessas classes encontradas por meio da análise de Classificação Hierárquica Descendente (ver Figura 13).



Fonte: Adaptado pelo IRAMUTEQ.

Figura 13 – Diagrama de Classes

Classe 1 – “Preocupações acerca da gravidez e do seu *bebê*”

Compreende 17,97% ($f = 55$ ST) do corpus total analisado. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 4,26$ (Preocupado) e $x^2 = 27,93$ (Pagar). Essa classe é composta por palavras como “Pagar” ($x^2 = 27,93$); “Dizer” ($x^2 = 24,75$); “Bater” ($x^2 = 18,5$); “Direito” ($x^2 = 17,73$); “Mexer” ($x^2 = 13,83$); “Filho” ($x^2 = 6,57$); “Mulher” ($x^2 = 5,71$); “Oportunidade” ($x^2 = 4,87$) e “Preocupado” ($x^2 = 4,26$).

É possível inferir a partir das respostas dadas pelas gestantes em decorrência da diversidade de patologias que afetam individualmente as gestantes internadas a subjetividade e a percepção de cada gestante, conforme sua vivência

*Quando para pra refletir sobre as preocupações envolvidas quanto ao tratamento são várias, tenho **medo** de não conseguir ficar bem, que o bebê não fique bem, sei lá, são tantas coisas envolvidas [...]* (G4)

*A preocupação em relação ao **tratamento** do bebe e quando em relação a diabetes, né, que tenho. Assim, o mais comum é nascer acima do peso, mas eu tive muito medo em ele ter alguma complicação.* (G17)

*[...] isso porque em **casa** eu não ia **conseguir** não tinha condição de eu vir, a moça do pré-natal já estava pedindo pra mim medir minha diabete pra essa hora e eu nunca conseguia medir. Né? Também meu peso não tinha condições, sem saber como contava com né?* (G06)

*Muito bem cuidada pelos **profissionais**, graças a Deus, eu não tenho do que reclamar, a equipe médica por exemplo me trata muito bem também.* (G08)

*[...] os profissionais aqui da noite e os que estão hoje, são bastante **atenciosos**. já vieram quatro **enfermeiras** aqui falar comigo e todas bem atenciosas, cuidando bem mesmo.* (G09)

*Ai confesso, que nesse momento as **preocupações** são diversas que eu nem consigo dar nome para tudo isso, meu **filho** e minha vida e pensar em perdê-lo me amedronta, mas sei que estamos em boas mãos e isso me tranquiliza.*(G09)

*As preocupações do **tratamento** sempre vão existir né, pois penso que qualquer **gestação** de risco sempre gera isso, porque fica um mundo de incertezas envolvidas, leves.*(G14).

*Tenho **preocupações** quanto a essa recuperação e a nossa **alta**, acredito que sempre exista, tipo assim, a gente fica com **medo** né, por que não sabe se a pressão vai ficar do mesmo jeito, por que eu não tinha problema com pressão alta, e é isso.* (G08)

Essa classe refere-se à percepção sobre preocupações associadas à sua gravidez, fatores relacionados a condutas, exames e procedimentos que as gestantes geralmente realizam e sua percepção sobre a saúde do bebê, conforme as gestantes relataram acima.

Portanto, a percepção do risco é subjetiva, sendo alinhada pela visão de mundo e experiências de vida da mulher. Enfatiza ainda que o contexto social em que se insere também deve ser considerado, além do grau de percepção que detém sobre o controle do risco e a confiança que deposita nas informações que recebe. O modo como as gestantes percebem o risco gestacional determinam seus comportamentos e decisões de autocuidado no ciclo gravídico puerperal (BAHRAMPOUR *et al.*, 2013).

As participantes deste estudo utilizaram-se de expressões tecnicamente comuns às gestações que envolvem risco como o controle de exames laboratoriais, nome dos diagnósticos, nome de medicamento e o próprio nome risco.

No pensar da fenomenologia, ao repetirem falas dos profissionais, sem terem necessariamente compreendido do que falam, mostram-se no modo do falatório (HEIDEGGER, 2011). Contentando-se em repetir o que já foi dito, as participantes revelam que aceitaram os cuidados em saúde que foram e são ofertados pelo Sistema para todas as gestantes sem questionar ou refutar tais ações, repetindo e repassando-as como se fossem genuínas em seus entendimentos. Por outro lado, pode-se inferir, que esse comportamento também pode ser atribuído a confiança que a gestante adquiriu durante o acompanhamento e cuidado pelo profissional.

O existir perante o mundo é repleto de significados, sejam eles de confianças ou distanciamentos do outro, e diante a uma situação que coloca o ser em evidência, como na posição de cuidado por outro, portanto, percebido nas falas das participantes do estudo.

Postulando que existimos independente do outro, mas somos impactados pelo seu agir. Desta maneira, não somos preestabelecidos dentro do ser, mas a partir da nossa existência no estar e ser no mundo, adquirimos saber e somos construídos pelo meio em que somos imersos (HEIDEGGER; BOSS, 2009).

Classe 2 – “Percepção das gestantes do cuidado pelos profissionais”

Compreende 16,99% ($f = 52$ ST) do corpus total analisado. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 4,13$ (Muito) e $x^2 = 44,39$ (Tratar). Essa classe é composta por palavras como “Cuidado” ($x^2 = 27,94$); “Médico” ($x^2 = 25,51$); “Atencioso” ($x^2 = 24,29$); “Forma” ($x^2 = 19,09$); “Deus” ($x^2 = 18,44$); “Reclamar” ($x^2 = 17,6$); “Equipe” ($x^2 = 16,76$); “Receber” ($x^2 = 16,22$) e “Maravilhoso” ($x^2 = 16,22$).

Através das narrativas das mulheres, permitiu-se compreender os significados atribuídos por elas destacado no cuidado permeado pelo apoio, atenção, empatia, ou seja, as falas declararam a satisfação e segurança pelo cuidado recebido.

*Muito bem cuidada pelos **profissionais**, graças a Deus, eu não tenho do que reclamar, a equipe médica por exemplo me trata muito bem também. (G08)*

*[...] sinto que eu não tô nem internada, eu sinto que numa **casa** com um monte de amiga, eu acho muito bom aqui. Eu não sei se eu estivesse esse tempo todo no hospital como estaria meu **psicológico**, porque eu já tenho o **psicológico** meio assim, né. Eu falei pro doutor quando eu tava lá: “doutor eu quero ir pra casa da gestante. (G05)*

*Aos **cuidados** dos **profissionais** que estão me atendendo, como está sendo, está sendo ótimo, são bem atenciosos. Sempre perguntam se a gente está bem, se está sentindo alguma coisa, em relação a isso aqui não tenho o que reclamar, a equipe de **enfermagem** nesse cuidado tá sendo bom, elas são bem atenciosas. (G10)*

*Assim, os **enfermeiros**, os técnicos e todas as meninas, viu. Elas nos atendem muito bem. Tem seus horários nos atendimentos, a gente sabe os horários de manhã e o horário à noite que elas estão. Mas durante o dia elas tão ali, qualquer coisinha você pode ir lá, que elas param o que tão fazendo e vão resolver (G11)*

*Os profissionais de **enfermagem** eles têm muita empatia, se coloca no lugar da gente, é um apoio muito bom. O **médico** ele é muito atencioso, no cuidado, na atenção, será se é hora, será se não é, e de acalmar a gente (G04).*

*A equipe de profissionais desde **médicos** e **enfermeiras** tem todo um cuidado. Então tem umas coisas que é até melhor do que você estar no próprio hospital, mesmo lá tendo mais médicos [...] (G05)*

*[...] em relação a isso aqui não tenho o que reclamar, a equipe de **enfermagem** nesse **cuidado** tá sendo bom, elas são bem atenciosas. E o médico é que eu cheguei aqui tá recente, né?! (G10)*

*[...] recebi muitos cuidados, me sinto segura com meu **filho**, as enfermeiras têm muito **cuidado** com a nossa saúde e bem estar, tudo no horário. (G03)*

Nessa classe as gestantes descreveram o modo como são atendidas pelos profissionais no acompanhamento da gestação e durante as internações que se fizeram necessárias.

A gestação de risco representa para a mulher em muitos casos uma situação estressora desencadeando sentimentos negativos como culpa por não conseguir gestar de forma normal, incapacidade de controle sobre seu próprio corpo e medo da morte, seja do bebê ou dela mesmo. Neste momento, a atuação de uma equipe multidisciplinar, bem treinada e capacitada, precisa repassar informações claras e concisas para que a mulher possa

compreender quais são suas reais necessidades de saúde (SILVA *et al.*, 2013). Desse modo, percebe-se o efeito do favorecimento de um cuidado além do fazer técnico. Como elas passam muito tempo em acompanhamento na casa, esse fator contribui para a construção de um vínculo mais efetivo. Ademais, ressalta-se, conforme, que a comunicação adequada entre as equipes assistenciais no compartilhamento do cuidado é fundamental para o sucesso do seguimento da gestante de risco. As equipes envolvidas na assistência (BRASIL, 2022).

De acordo com Heidegger e Boss (2009), a entrega aos cuidados de outro ente significa o habitar, a libertação de entregar-se a alguém ou lugar, sentir como abrigo e isso facilita na construção de vínculos. Esse habitar diz respeito a resguardar-se em si próprio, que leva ao encontro do ser, mas permitindo-se a continuidade com o outro, ser visto como abrigo. Isso foi percebido nos discursos, ao confiarem nos profissionais envolvidos, pois nele sentiu-se segura.

Resultados de estudo investigado por Adeyinka (2017), revelaram que a satisfação com os serviços clínicos, a acessibilidade clínica e as interações médicas são importantes contribuintes para a satisfação no pré-natal. Para melhorar a satisfação dos pacientes, as clínicas de pré-natal devem se concentrar em facilitar o acesso das mulheres às clínicas, melhorar o tempo de espera e aumentar o tempo com os prestadores.

A partir desta análise, ressalta-se a possibilidade de agregar um novo aspecto à reflexão acerca dos cuidados em saúde para mulheres portadoras de doenças crônicas ou intercorrências obstétricas. Apesar das participantes mostrarem consciência e seguras acerca do seu cuidado, percebe-se a vulnerabilidade enfrentada conforme os relatos apresentados.

Nessa direção, a hermenêutica apontou fragilidade em seus saberes, dada a superficialidade deles. O enfoque do processo de aconselhamento conduziu à compreensão da mulher a linguagem da ciência centrada no risco gestacional. Assim, ela assimilou as orientações dos profissionais de saúde de modo a aproximá-las e incorporá-las ao seu cotidiano, sem que necessariamente o fizesse a partir de si mesma. Para o *ser-aí-mulher* seguir a recomendação médica, tomar as medicações e evitar a alteração de pressão representava o que a assegura de maiores riscos (NOGUEIRA, 2011).

A assistência na Casa da Gestante é realizada por uma equipe multiprofissional, alinhada por protocolo institucional baseado em evidências científicas. Destaca-se a participação do enfermeiro obstetra nesse cuidado realizado através das consultas de enfermagem diárias e atuação no reconhecimento de intercorrências, e pronta avaliação e encaminhamento ao hospital de referência.

Evidencia-se ainda, de acordo com Ferreira *et al.* (2017) e Holness (2018), o acompanhamento a gestante no pré-natal de alto risco deve ser realizado por enfermeiros, os quais compõem a equipe multiprofissional, a fim de desenvolver ações de prevenção e tratamento das morbidades que afetam a mãe e o feto, além de orientar sobre parto normal, amamentação e puerpério. Assim, destacam-se a consulta de enfermagem e a promoção de ambiente de segurança e confiança durante os cuidados de pré-concepção, pré-natal, intraparto e pós-natal, contribuindo para melhoria da saúde e do bem-estar da mãe e do feto.

Estudo irlandês (BUTLER *et al.*, 2015) sobre o cuidado prestado por parteiras assinalou a importância do tempo das consultas e sua relação com o acolhimento de necessidades das gestantes. No estudo australiano (WRIGHT; PINCOMBE; MCKELLAR, 2018) mostrou-se que ser chamada pelo nome, ter um atendimento disponível e aberto às perguntas sob suporte de material educativo, teve alcances positivos. Estes resultados reforçam a importância e a necessidade da escuta qualificada, diálogo e acolhimento (SANTOS, 2009; WARMLING *et al.*, 2018).

Classe 3 – Opiniões das gestantes sobre as interações humano-ambientais e o fenômeno da ambiência

Compreende 20,59% ($f = 63$ ST) do corpus total analisado. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 3,93$ (Baixo) e $x^2 = 84,49$ (Gestante). Essa classe é composta por palavras como “Gestante” ($x^2 = 84,49$); “Casa” ($x^2 = 52,56$); “Alimentação” ($x^2 = 38,59$); “Bom” ($x^2 = 36,24$); “Ambiente” ($x^2 = 26,46$); “Acolhido” ($x^2 = 26,46$); “Sentar” ($x^2 = 22,32$); “Lugar” ($x^2 = 22,32$) e “Sentir” ($x^2 = 16,77$).

Dentre as elocuições, percebe-se que as participantes se encontram satisfeitas e seguras acerca dos recursos materiais disponíveis na casa da gestante, sentimentos expressados em suas falas. Acolhimento, relação positiva com os profissionais, rotina dos serviços oferecidos, condutas relacionadas ao cuidado com o tratamento, medicação. Ou seja, percebe-se a satisfação descrita nas diversas falas.

*Aqui na casa das gestantes me trataram muito bem, a **alimentação**, a estrutura e estada são totalmente diferente de um **ambiente** hospitalar, mas com cuidados de primeira, me sinto cuidada, acolhida e segura. (G12)*

*Me senti muito **acolhida**, apoiada ... A **alimentação** é por causa da diabetes, né? Aí eu tenho que seguir as regras, eu sou um pouco exagerada ... eu tenho que me conscientizar. Pensando na estrutura é ótimo, não tenho nenhuma reclamação não. Em relação às consultas recebidas, os **medicamentos**, os exames, os horários, tudo certinho, tudo direitinho ...às*

vezes eu esqueço, né? Passo do horário e elas vão lá. Ai, maravilhoso. Eles se dedicam sempre. (G2)

Assim, somente a dormida que eu não gostei, né, pelo fato de eu tá muito dolorida, e a cama é desproporcional pela fase que eu to ela é baixa, eu não consigo ficar reta e nem de lado, então eu queria uma coisa que desse mais um apoio, que inclinasse mais. (G7)

*Aqui na casa da **gestante** a estrutura é muito boa, banheiro limpinho, limpeza boa, **alimentação** também achei muito boa. O que eu não achei muito bom foi a janta que é só uma sopa, mas fazer o que, né? (G18)*

*... sinto que eu não tô nem internada, eu me sinto numa **casa** com um monte de amiga, eu acho muito bom aqui. Eu não sei se eu estivesse esse tempo todo no **hospital** como estaria meu **psicológico**, porque eu já tenho o psicológico meio assim, né. Eu falei pro doutor quando eu tava lá: “doutor eu quero ir pra casa da gestante.” (G 5)*

*Trataram muito bem, a **alimentação**, a estrutura e estada são totalmente diferente de um ambiente hospitalar, mas com **cuidados** de primeira, me sinto cuidada, acolhida e segura. Sei que existem coisas para melhorar, mas em todo lugar existe, mas são apenas detalhes, aqui o ambiente é bem humano. (G12).*

*Quando penso na casa da **gestante** vejo o quanto esse lar é maravilhoso! Nunca pensei que fosse assim, de jeito maneira alguma.: Eu não consigo nem imaginar que seria assim, mas me sinto em casa, me sinto até melhor do que em casa, porque os **cuidados** são especiais demais. E a questão dos exames, dos quartos, da **alimentação**, da própria rotina da **casa** tudo está sendo muito bom, muito excelente, as meninas são muito **acolhedoras**, muito atenciosas, gostei demais mesmo (G13).*

*A equipe de **enfermagem** sei que eu eles estão fazendo o melhor por mim tudo que poderia ser feito. Achei melhor porque me sinto protegida pelos **profissionais**. [...] Aqui na casa da gestante eu achei muito bacana assim muito boa né? (G16)*

Essa classe aborda aspectos relacionados às rotinas e recursos da casa relacionados às interações, ao tratamento, medicações disponíveis, exames, alimentação, estrutura física da casa, acomodações em geral e rotina da casa.

De acordo com Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS entende humanização como valorização, autonomia e protagonismo de usuários, trabalhadores e gestores envolvidos no processo de produção e gestão de saúde, identificação das necessidades sociais de saúde, entre outros aspectos. A PNH também engloba em seu escopo o “compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e atendimento”.

Em pesquisa realizada por Villela e Ely (2022), com 38 usuários dos ambientes (pacientes, terapeutas e coordenadores de instituições) ,cujo objetivo era identificar o significado de bem-estar e os estímulos que o influenciam, em ambientes de “Práticas

Integrativas e Complementares PIC”, teve como resultado satisfatório nos ambientes de tratamento, além da ação do terapeuta, recursos como aromas, maca confortável, pouca luminosidade e silêncio (ou música suave) ,revelaram que, podem auxiliar o relaxamento e a concentração do paciente.

Outros achados, também significantes favorecidos pela ambiência, foram: a manutenção do estado de concentração dos terapeutas entre um atendimento e outro; a confiança na instituição e/ou no terapeuta; a criação de uma atmosfera acolhedora, que se relaciona também com confiança, ânimo para a terapia; entre outros.

Desse modo podemos inferir, em relatos expressados pelas das usuárias da CGBP que fatores como: acolhida, ambiente aconchegante, segurança, sentir-se protegida pelos profissionais, ambiente higienizado, bem cuidada, estrutura boa da casa e outros, foram fatores atribuídos pelas gestantes que apontaram para seu bem-estar na casa.

Ao rever a possibilidade de uma assistência clínica em ambiente semelhante ao do domicílio, com cuidados característicos de um hospital, leva-se em conta a humanização da assistência e da ambiência. Além disso, o cuidado prestado considera as questões sociais e a vivência das mulheres e dos familiares, e demonstra ser uma nova lógica de assistência, com perspectivas sociais, culturais e holísticas (PIMENTA *et al.*, 2012).

No campo da Psicologia Ambiental, as teorias acerca da recuperação do estresse, de Roger Ulrich, e da restauração da atenção, de Rachel Kaplan e Stephen Kaplan, culminaram na elaboração do conceito de ambientes restauradores. Ambientes restauradores são aqueles cujos elementos e/ou atributos favorecem a restauração da atenção e a recuperação do estresse psicofisiológico (GRESSLER; GÜNTHER, 2013; JOEY; VAN DEN BERG, 2012).

Alguns elementos e/ou atributos ambientais podem influenciar os comportamentos, as emoções e os aspectos psicofisiológicos dos indivíduos, tais como pressão arterial e frequência cardiorrespiratória. Por exemplo, ambientes com elementos naturais ou vistas para a natureza tendem a promover influência positiva (estados de relaxamento); já ambientes com circulação confusa e desorientadora tendem a promover influência negativa (estados de ansiedade).

Nessa direção é o que apontou a (G5), onde comparou a casa com o hospital, destacou que seria difícil ficar em um ambiente típico do hospital, que geralmente é barulhento e rígido em relação às rotinas e condutas estabelecidas, portanto vale ressaltar que o diferencial da casa é essa possibilidade de deixar a mulher com essa liberdade e oportunizar

seu autocuidado, perceber a necessidade de mudança de comportamento, como as escolhas alimentar, tabagismo no caso de gestantes com SHG, ou DMG, outros.

Segundo, Amorim *et al.* (2018), ressalta que a produção de cuidado, mesmo que por meio da Visita Domiciliar-VD, espaço privilegiado para a construção de relações, implica às enfermeiras ou a outros profissionais de saúde atitudes que superem a unilateralidade dos paradigmas biomédicos, com investimento nas relações dialógicas e ampliação do olhar e da escuta para a complexidade da vida da gestante.

Classe 4 – “O que você espera da sua recuperação?”

Compreende 24,51% ($f = 75$ ST) do corpus total analisado. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 4,12$ (Atendimento) e $x^2 = 23,96$ (Ajudar). Essa classe é composta por palavras como “Ajudar” ($x^2 = 23,96$); “Menina” ($x^2 = 22,27$); “Trazer” ($x^2 = 22,06$); “Ligar” ($x^2 = 22,06$); “Horário” ($x^2 = 14,5$); “Sangramento” ($x^2 = 12,48$); “Café” ($x^2 = 12,48$); “Precisar” ($x^2 = 11,45$) e “Noite” ($x^2 = 11,45$).

Essa classe refere-se à percepção das gestantes sobre sua recuperação, e expectativas sobre seu tratamento, saúde e enfrentamento da internação e sua recuperação.

*Espero que quando tenhamos **alta**, possamos ir para casa bem e saudáveis, alguns medos estão envolvidos, mas sei que estamos sendo cuidados e tenho fé que tudo ficará bem. (G04)*

*[...] referente a equipe de enfermagem, são muito maravilhosas, tratam você como se já te conhecessem uma coisa que ajuda a descontrair mais, soltar um pouco mais, tentar, pelo menos tentar ficar mais à vontade. Aqui na **casa** as **enfermeiras** são maravilhosas, eu não canso de falar isso, mesmo estando pouco tempo percebi que seremos **cuidados** e muito bem cuidados, no mais tenho que aprender a esperar e ver como as coisas irão ficar. (G07)*

*Em relação a **alta** é muito complicado, o meu maior e de em casa passarmos fome, pois a dificuldade é grande, pense. Espero que a **bebe** mame e isso vai deixar ficar bem mais fácil viu. (G06)*

*As expectativas com a nossa **alta**, nossa são muitas sabia, pois, muitas dúvidas são envolvidas com o **nascimento** do bebe, porque como já falei tenho muitas comorbidades na gestação então, tenho **preocupações** se a criança vai nascer saudável, e espero que tudo dê certo e que possamos ir pra casa. (G13)*

*Faz diferença esse **cuidado** porque com essa insegurança que eu tenho do que tá acontecendo aqui dentro ou não ou não, saber que elas tão ali, que qualquer coisa que eu **sentir** elas vão me **ajudar**, já entram em contato, já me levam para o hospital, é bom, não fica na sua dependência própria, é bem importante. (G14)*

*Aqui na casa da gestante até agora tá muito bom, melhor que o hospital, é muito amplo, né? A comida é a mesma que a do **hospital** e também pode*

*entrar comida, pode trazer. Mas tudo é muito bom. Provavelmente vou passar um mês aqui, então vou ter que me adaptar. O acolhimento é muito bom, tô gostando das **enfermeiras**, elas são muito preparadas. Não tenho uma opinião formada porque é pouco tempo, né? Mas até agora, tá tudo tranquilo. (G17)*

Nas falas das gestantes, sobre as expectativas e os significados atribuídos por elas ao seu cuidado e recuperação, demonstram otimismo e esperança de uma boa recuperação. Existência de apoio pelos profissionais e pelos familiares apesar das gestantes terem um diagnóstico não favorável. Ademais, algumas fizeram a comparação com o ambiente hospitalar, (G17), elogiando o cenário da casa da gestante como diferente e acolhedor.

A hospitalização é considerada um fator estressante adicional, pois conscientiza a grávida de sua condição de agravo, colocando-a em contato com um universo tecnológico e medicalizado, repleto de intervenções e procedimentos que contribuem para a redução da autonomia da mulher sobre a gravidez e o seu corpo. Essas práticas de cuidado oferecidas às gestantes são responsáveis por sentimentos ambivalentes, pois mesmo que aceitas e valorizadas pelas mulheres, por considerarem fazer o que está ao seu alcance para evitar complicações para seu filho, estão associadas a medo, ansiedade, temor, preocupação, culpa, incertezas e perigo, em que se lida com riscos reais ou potenciais de comprometimento da saúde materno-fetal.

Em uma meta síntese qualitativa sobre a percepção do risco gestacional, por grávidas, evidenciou-se que a interação com os profissionais como um dos fatores principais que influenciam a percepção do risco para as mulheres. O aumento do número de consultas e o maior contato com os médicos tornam-se, em alguns casos, a base para o aumento da segurança. Entretanto, em outras situações, mesmo com a proximidade, as informações dos profissionais não são bem compreendidas pelas mulheres (LEE; AYERS; HOLDEN, 2014).

Lima *et al.* (2015) e Petroni *et al.* (2013), enfatiza que o apoio familiar é considerado um fator de proteção que permite a gestante superar problemas emergentes, bem como contribui de forma positiva para a estruturação e o fortalecimento da gestante que está passando por uma fase de grande preocupação. Quando o problema é compartilhado torna-se mais fácil administrá-lo e superá-lo como relatado nas falas das gestantes na descrição de suas vivências, é comum que estas gestantes vivenciem sentimentos como medo, preocupações e impotência diante da situação de risco. Portanto, é esperado por parte da mulher esse acolhimento, de modo a minimizar esses fatores ameaçadores de sua saúde. Nessa direção, corroborando a afirmação, Maffei, Menezes e Crepaldi (2019) demonstram, a partir de uma

revisão integrativa da literatura, que diversos estudos buscaram compreender a relação entre suporte social e aspectos psicológicos maternos, identificando relação direta, visto que mulheres com apoio social, apresentam menores escores relacionados à ansiedade e depressão. Destacam, portanto, o quanto a presença do apoio pode ser benéfica para a promoção de saúde.

Classe 5 – “Relatos das gestantes sobre sua alta da CGBP”

Compreende 19,93% ($f = 61$ ST) do corpus total analisado. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 3,98$ (Relação) e $x^2 = 56,88$ (Alto). Essa classe é composta por palavras como “Alto” ($x^2 = 56,88$); “Preocupação” ($x^2 = 52,61$); “Tratamento” ($x^2 = 52,44$); “Problema” ($x^2 = 31,6$); “Envolvido” ($x^2 = 28,77$); “Expectativa” ($x^2 = 24,58$); “Saúde” ($x^2 = 23,71$); “Medo” ($x^2 = 21,58$) e “Gravidez” ($x^2 = 20,42$).

Essa classe aborda aspectos relacionados ao momento da alta da CGBP, geralmente elas saem para a maternidade, quando alcançam a maturidade fetal esperada, ou seja, para resolução da gravidez previamente agendada na casa da gestante e confirmado na MEAC.

As preocupações do tratamento sempre vão existir né, pois penso que qualquer gestação de risco sempre gera isso, porque fica um mundo de incertezas envolvidas, mas quando temos uma rede de profissionais que cuidam da nossa saúde as coisas ficam mais leves. (G14)

As preocupações com o tratamento não é exatamente com o bebê e sim comigo devido aos problemas de saúde, mas isso não deixa de ser com o bebê ne, porque a saúde dele depende diretamente da minha saúde [...] (G16)

Pensar em nossa alta é algo muito bom, mesmo que pareça distante, mas sei que vai chegar, não sei como vai ser, mas desejo que possamos ir para casa bem, e que tenha um parto abençoado. (G03)

Tenho preocupações quanto a essa recuperação e a nossa alta, acredito que sempre exista, tipo assim, a gente fica com medo né, por que não sabe se a pressão vai ficar do mesmo jeito, por que eu não tinha problema com pressão alta, e é isso. (G08)

Em uma metassíntese qualitativa sobre a percepção do risco em gestantes de alto risco, evidenciou-se a interação com os profissionais como um dos fatores principais que influenciam a percepção do risco para as mulheres. O aumento do número de consultas e o maior contato com os médicos tornam-se, em alguns casos, a base para o aumento da segurança. Entretanto, em outras situações, mesmo com a proximidade, as informações dos profissionais não são bem compreendidas pelas mulheres (LEE; AYERS.; HOLDEN, 2014).

É importante pontuarmos que a gestação e o puerpério podem ser abarcados por diversos transtornos do humor, em especial pelo transtorno depressivo. Ao contrário do que se espera, a literatura e a prática com gestantes e puérperas apontam que as mulheres em sua maioria se deparam na experiência vivencial da maternidade com algum nível de sofrimento tanto fisicamente, mental e socialmente no percurso do pré e pós-parto (ALMEIDA; ARRAIS, 2016).

Portanto, mulheres que vivenciam a gravidez de alto risco, necessitam de acolhimento especializado, levando em consideração além dos fatores biológicos, os psicológicos e sociais. Para atender a essa demanda de forma integral, é necessário entender os fatores que, possivelmente, levaram ao desencadeamento da gestação de risco.

A integralidade do atendimento de gestantes de alto risco foi incorporada em programas e leis que norteiam o trabalho das instituições de saúde. Um desses programas é a "Alta hospitalar qualificada", a qual é caracterizada por transferir o cuidado das pacientes no momento da alta hospitalar. A compreensão da dinâmica da alta hospitalar qualificada com gestantes de alto risco visa contribuir para o aprimoramento do programa e, conseqüentemente, influenciar na prevenção da morbimortalidade materna, fetal e infantil. Acredita-se que, para o bom funcionamento do programa, é necessário que a equipe multidisciplinar conheça a mulher em questão, tornando o atendimento mais humanizado e efetivo (PORTO; PINTO, 2019).

Destaca-se ainda, de acordo com Ferreira *et al.* (2017) e Holness (2018), o acompanhamento a gestante no pré-natal de alto risco deve ser realizado por enfermeiros, os quais compõem a equipe multiprofissional, a fim de desenvolver ações de prevenção e tratamento das morbidades que afetam a mãe e o feto, além de orientar sobre parto normal, amamentação e puerpério. Assim, destacam-se a consulta de enfermagem e a promoção de ambiente de segurança e confiança durante os cuidados de pré-concepção, pré-natal, intraparto e pós-natal, contribuindo para melhoria da saúde e do bem-estar materno fetal.

Sabe-se que as mudanças e complicações vivenciadas tanto na gravidez como no pós-parto, podem resultar ainda no surgimento de problemas não somente físicos, mas também emocionais, causando depressão, baixa autoestima e dificuldades de relação interpessoal. Logo, torna-se oportuno o desenvolvimento de pesquisas voltadas não somente para questões físicas e fisiológicas, mas também relacionados com os aspectos psicossociais de cada mulher que vivencia frente a caminhada da gestação e no puerpério.

Nessa perspectiva, a gestão da condição de saúde requer ações de cuidado no ciclo gravídico puerperal. Algumas das ações são marcadas conforme a idade gestacional ou

período puerperal, outras são contínuas e outras ainda devem ser programadas pela equipe. Fazem parte dessas ações: o atendimento 1º ciclo de avaliação do pré-natal (enfermeiro, médico, atendimento subsequente pelo enfermeiro, atendimento subsequente pelo médico), marcadores do cuidado, exame clínico-obstétrico, avaliação clínica geral. Estratificação de risco, vigilância dos sinais de alerta, manejo das doenças infecciosas com risco de transmissão vertical: tratamento e monitoramento da cura ou estabilização, manejo da infecção urinária: tratamento e monitoramento da cura, solicitação de exames complementares. Coordenação do cuidado, Vinculação com a maternidade de referência para o parto e o nascimento, visita à maternidade de referência para o parto e o nascimento, compartilhamento do cuidado com a equipe especializada do pré-natal de alto risco para as gestantes de alto risco e monitoramento à distância do parto e nascimento (SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, 2019).

Considerações finais

De acordo com os resultados obtidos, a assistência na Casa da Gestante estudada pode ser considerada eficaz no cuidado oferecido às gestantes, pois segundo os relatos das participantes, estas descreveram em suas falas a satisfação e a responsabilidade do cuidado atencioso. Diferente do cotidiano geralmente relatado no ambiente hospitalar, inclusive citado pelas participantes do estudo. A dinâmica e o acolhimento foram destacados várias vezes pelas gestantes. Desconstruindo, desse modo, o modelo assistencial tradicional da enfermagem hospitalar.

Pôde-se perceber pelos relatos, que as mulheres vivenciam um momento de vulnerabilidade emocional diante do diagnóstico e internamento.

O presente estudo pode fortalecer a importância das mudanças nas práticas assistenciais etnocêntricas e biomédica, modelo vigente na atenção de saúde e de difícil mudança, além de incentivar a implantação de “Casas da Gestante” em outros locais no Brasil e até internacionalmente, pode ainda permitir a continuidade de estudos sobre essa estratégia de melhoria da qualidade do cuidado integral às gestantes que na maioria das vezes não encontram acolhida terapêutica perinatal acessível.

Ressalta-se ainda que, após a revisão dos estudos, constatou-se a carência de publicação desse tipo de pesquisa. Assim, o conhecimento sistematizado das necessidades das gestantes de alto risco, com a identificação dos problemas de enfermagem, e pela consulta de enfermagem, pode apontar para a ampliação das possibilidades de atuação do enfermeiro obstetra, bem como da natureza dessas ações. Em decorrência do crescente aumento de

gestantes de alto risco atendidas no cenário hospitalar, espera-se conhecer os processos envolvidos no cuidado e, conseqüentemente, colaborar com a melhoria do planejamento da assistência prestada a essas gestantes de alto risco.

Referências

ADEYINKA, O. *et al.* Predictors of prenatal care satisfaction among pregnant women in American Samoa. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 17, n. 1, p. 381, 2017.

ALMEIDA, N. M. C.; ARRAIS, A. R. O Pré-Natal Psicológico como Programa de Prevenção à Depressão Pós-Parto. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 4, p. 847-863, dez. 2016. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/30334>. Acesso em: 23 ago. 2021.

AMORIM, T. V. *et al.* Reproductive risk in pregnant women with heart diseases: the living world guiding health care. **Texto contexto - enferm**, v. 27, n. 2, p. e3860016, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/xBZ7MThS6HC4XgMK6NppPck/?lang=pt>. Acesso em: 12 jan.2021.

BAYRAMPOUR, H. *et al.* Predictors of perception of pregnancy risk among nulliparous women. **J obstet gynecol neonatal nurs**, v. 42, n. 4, p. 416-427, 2013. Disponível em: [https://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)31286-7/fulltext](https://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)31286-7/fulltext). Acesso em: 12 jan.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.026**, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à saúde na gestação de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html. Acesso em: 11 nov.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Ministério da Saúde, 2020. **Brasil reduziu 8,4% a razão de mortalidade materna e investe em ações com foco na saúde da mulher**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8736>. Acesso em: 17 abr.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco** Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-aten-a-saude-materna-e-infantil-rede-cegonha/manuais-e-publicacoes/19715-manual-gestacao-alto-risco/file>. Acesso em: 23 ago.2021.

BUTLER, M. M. *et al.* Evaluating midwife-led antenatal care: choice, experience, effectiveness, and preparation for pregnancy. **Midwifery**, v. 31, n. 4, p. 418-425, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613814002976?via%3Dihub>. Acesso em: 20 nov.2021.

CAMARGO, B.V; JUSTO, A.M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Universidade Federal de Santa Catarina: 2013. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugai>. Acesso em: 15 out. 2022.

FERREIRA JUNIOR, A.R. *et al.* The nurse in high-risk prenatal care: professional role. **Rev Baiana Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 650-67, 2017. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2524>. Acesso em: 24 ago.2021.

GARCIA, É. M. *et al.* Gestational risk and social inequalities: a possible relationship? **Cienc saude coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4633-4642, 2019.

GRESSLER, S. C.; GÜNTHER, I. A. Ambientes restauradores: definição, histórico, abordagens e pesquisas. **Estud psicol**, v. 18, n. 3, p. 487-495, 2013.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 10.ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

HEIDEGGER, M.; BOSS, M. (org.). **Seminários de zollikon**. Petrópolis: Vozes, 2009.

HERCULANO, M.M.S. *et al.* Casa da Gestante, Bebê e Puérpera da MEAC contribui para o cuidado individualizado às mulheres e seus recém-nascidos. **Revista da MEAC**, p. 23-25, 2018.

HOLNESS, N. High-risk pregnancy. **Nurs Clin North Am**, v. 53, n. 2, p. 241-51, 2018.

JOYE, Y.; VAN DEN BERG, A. Restorative Environments. In: Steg L, Van den Berg A, Groot JIM, editores. **Environmental Psychology: An Introduction**. New Jersey: Wiley-Blackwell, 2012. p. 57-66.

LEE, S.; AYERS, S.; HOLDEN, D. A metasynthesis of risk perception in women with high risk pregnancies. **Midwifery**, v. 30, n. 4, p. 403-411, 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613813001319?via%3Dihub>. Acesso em: 12 jan. 2016.

LIMA, I. M. A. *et al.* Gestantes de alto risco: representações sociais do planejamento da gravidez, parto e família. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 9, n. 12, p. 1255-1263, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10832>. Acesso em: 30 out. 2019.

MAFFEI, B.; MENEZES, M.; CREPALDI, M. A. Significant social network in the gestational process: an integrative review. **Revista da SBPH**, v. 22, n. 1, p. 216-237, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100012. Acesso em: 19 set. 2019.

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

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2016.

MORAES, M. M. D. S. *et al.* Gestational risk classification based on maternal death profile 2008-2013: an experience report from the municipality of Porto Seguro, Bahia, Brazil. **Epidemiol serv saúde**, v. 28, n. 3, p. e2018491, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/bCDxvWGCVBMxW7jDnyC3rLB/?lang=pt>. Acesso em: 17 abr. 2022.

NOGUEIRA, R. P. Extensão fenomenológica dos conceitos de saúde e enfermidade em Heidegger. **Cien saude coletiva**, v. 16, n. 1, p. 259–266, 2011.

ODD, L. Epidemiology of pregnancy-associated ICU utilization in Texas: 2001 - 2010. **Journal of clinical medicine research**, v. 9, n. 2, p. 143–153, 2017. Disponível em: <https://www.jocmr.org/index.php/JOCMR/article/view/2854>. Acesso em: 14 nov.2022.

PACAGNELLA, R. C. *et al.* Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 14, n. 1, p. 159, 2014.

PETRONI, L. M. *et al.* Convivendo com a gestante de alto risco: a percepção do familiar - doi: 10.4025/ciencucuidsaude. v11i3.15369. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 3, p. 535–541, 2013.

PIMENTA, A. M. *et al.* "The House of the Pregnant women" program: users' profile and maternal and perinatal health care results. **Texto Contexto Enferm**, v.21, n.4, p.912-20,2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/714/71425249023.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2019.

POLLOCK, W.; ROSE, L.; DENNIS, C.L. Pregnant and postpartum admissions to the intensive care unit: a systematic review. **Intensive care med**, v. 36, n. 9, p. 1465–1474, 2010.

PORTO, M. A.; PINTO, M. J. C. High-risk pregnant women in qualified hospital discharge: personality, lifestyle and experiences. **Revista da SBPH**, v. 22, n. 2, p. 25–47, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000300003. Acesso em: 20 jun.2023.

SAMPIERI, R. H. COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 5. ed. Penso, 2013.

SANTANA, D. S. *et al.* Maternal near miss – understanding and applying the concept. **Revista de Medicina**, v. 97, n. 2, p. 187, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/143212>. Acesso em: 29 nov.2022.

SANTOS, R.V. **Integralidade do cuidado à gestante, puérpera e recém-nascido: o olhar de usuárias**. 2009. Dissertação - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/500M.PDF>. Acesso em: 15 out.2022.

SAY, L. *et al.* Maternal near miss--towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. **Best pract res Clin obstet gynaecol**, v. 23, n. 3, p. 287–296, 2009.

SCHMIDT, L.K. **Hermenêutica**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2013.

SILVA, M. *et al.* A percepção de gestantes de alto risco acerca do processo de hospitalização. **Revista Enfermagem UERJ**, v.21, n.6, p.792-797,2013.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada – saúde da mulher na gestação, parto e puerpério**. São Paulo: Ministério da Saúde, 2019.

THADDEUS, S.; MAINE, D. Too far to walk: maternal mortality in context. **Soc Sci Med**, v. 38, n. 8, p. 1091–1110, 1994.

TOSTES, N. A. **Percepção de gestantes acerca da assistência pré-natal, seus sentimentos e expectativas quanto ao preparo para o parto**. 2002. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2012. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11099/1/2012_NataliaAlmeidaTostes.pdf. Acesso em: 23 ago. 2021.

VILLELA, M. S.; ELY, V. H. M. B. Humanisation in the Complementary and Integrative Practice ambience: the meaning of well-being from the users' perspective. **Cienc saude coletiva**, v. 27, n. 5, p. 2011–2022, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/637gPDN54mZMLh8xTYhttBz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 ago. 2021.

WARMLING, C. M. *et al.* Social practices in the medicalization and humanization of prenatal care. **Cad saúde pública**, v. 34, n. 4, p. e00009917, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/fZtcWrhtqcvttGNJSRGm5mH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 nov. 2022.

WRIGHT, D.; PINCOMBE, J.; MCKELLAR, L. Exploring routine hospital antenatal care consultations — An ethnographic study. **Women birth**, v. 31, n. 3, p. e162–e169, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1871519216302244?via%3Dihub>. Acesso em: 30 nov. 2022.

6 CONCLUSÃO DA TESE

O modelo do cuidado assistencial do estudo pode ser considerado serviço de prevenção de casos Near Miss, pois além de oferecer assistência pautada em protocolos institucionais em concordância com a maternidade vinculada, monitora diariamente as condições de saúde materno-fetal a fim de evitar agravos, essa é feita em tempo hábil por uma equipe multiprofissional qualificada. Considera-se que este estudo pode ser impulsionador da qualidade de cuidados à gestante de alto risco, bem como constitui um desafio para novos estudos.

Neste estudo, verificou-se que a assistência prestada às gestantes e às puérperas de alto risco, nesse tipo de serviço, favorece aquelas residentes em regiões metropolitanas ou no interior do estado, que necessitam de observação e acompanhamento, que têm dificuldade de acesso a estabelecimentos de saúde de referência próximos a seu domicílio. Evidencia-se, assim, a importância do acesso e da equidade, como também da articulação e da governança dos pontos da rede de atenção para a melhoria dos indicadores de saúde maternos e perinatais.

A revisão de escopo permitiu identificar que a maioria das pesquisas compreende a integralidade do cuidado, como ações voltadas para a relação entre profissionais, usuárias do serviço e serviços de saúde. Destaca-se o gerenciamento dos fatores pessoais e sociais pelo profissional, e também aponta para envolvimento da mulher no autocuidado, portanto, aspectos fundamentais do cuidado para proporcionar resultados significativos. Por outro lado, no contexto atual, observa-se em vários serviços a descontinuidade do acesso às ações e serviços de saúde nos três níveis de atenção, desqualificando o conceito de integralidade da atenção materno-infantil.

Destacaram-se ainda casos de cuidados essenciais a gestantes com ameaça de prematuridade, pré-eclâmpsia sem acompanhamento puerperal, nos casos da prematuridade, problemas desafiadores enfrentados no cenário brasileiro, onde a carência de leitos de unidades neonatal é notória.

A assistência na Casa da Gestante estudada mostrou-se eficaz no cuidado prestado às usuárias do serviço. Conforme os relatos das participantes evidenciaram: satisfação e acolhimento e cuidado atencioso, demonstrado pelos profissionais. Diferente do cotidiano que é geralmente relatado por pacientes no ambiente hospitalar, inclusive descritos pelas participantes do estudo. A dinâmica e a recepção foram destacados várias vezes pelas gestantes.

A implantação e implementação da CGBP fazia parte da meta desejada pelos gestores e profissionais da MEAC, para colaborar com a melhoria do cuidado obstétrico e neonatal, proposto e oportunizado pelo projeto da Rede Cegonha.

Recomenda-se, ainda, a realização de estudos sobre o tema, particularmente, com delineamento longitudinal, abordando, principalmente, a comparação dos desfechos materno-perinatais com os alcançados em outros serviços, especialmente da própria maternidade de referência do estudo e outros hospitalares.

Os achados do estudo, considerando suas fragilidades e limitações, trata-se do primeiro estudo amplo do local da pesquisa, no entanto, podem contribuir para definir ações mais efetivas no que diz respeito à melhoria e qualidade da atenção à saúde das gestantes de forma integral e, conseqüentemente, para reduzir as mortes maternas no Estado do Ceará.

Por fim, este estudo contribui para visibilidade da prática assistencial da equipe multiprofissional de saúde, visando um cuidado qualificado as gestantes e puérperas de alto risco. Destaca-se ainda a atuação dos enfermeiros obstetras que conduzem a assistência bem como a coordenação do serviço oferecida na Casa da Gestante Bebê e Puérpera de forma integral e eficaz.

REFERÊNCIAS

- ADEYINKA, O. *et al.* Predictors of prenatal care satisfaction among pregnant women in American Samoa. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 17, n. 1, p. 381, 2017.
- ALMEIDA, N. M. C.; ARRAIS, A. R. O Pré-Natal Psicológico como Programa de Prevenção à Depressão Pós-Parto. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 4, p. 847-863, dez. 2016. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/30334>. Acesso em: 23 ago. 2021.
- AMORIM, T. V. *et al.* Reproductive risk in pregnant women with heart diseases: the living world guiding health care. **Texto contexto - enferm**, v. 27, n. 2, p. e3860016, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/xBZ7MThS6HC4XgMK6NppPck/?lang=pt>. Acesso em: 12 jan.2021.
- ANDRADE, M.S.*et al.* Factors associated with serious maternal morbidity in Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil: a cross-sectional cohort study. **Cad Saúde Pública**, v.38, n.1,2022.
- ANDRADE, M. S; VIEIRA, E.M.Treatment itineraries of women with severe maternal morbidity. **Cad Saúde Pública**, v.34, n.7,2018.
- ARAÚJO, B. F. *et al.* Analysis of neonatal morbidity and mortality in late-preterm newborn infants. **J Pediatr**, v. 88, n. 3, p. 259–266, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/S3LjQXCxqQYBxmTphjf3Yrq/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 16 jun.2022.
- AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. suppl 2, p. 11–23, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QZX9gH7KmdDvBpfDBSdRVFP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 nov.2022.
- AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 43–62, 2007.
- AYRES, J. R. Vulnerabilidade, direitos humanos e cuidado: aportes conceituais. *In*: BARROS, P.F.S.; FERNANDES, J.J.S. (Orgs.). **Atenção à saúde de populações vulneráveis**. Barueri: Manole,2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2018.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70 Brasil, 1977.
- BAYRAMPOUR, H. *et al.* Predictors of perception of pregnancy risk among nulliparous women. **J obstet gynecol neonatal nurs**, v. 42, n. 4, p. 416–427, 2013. Disponível em: [https://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)31286-7/fulltext](https://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)31286-7/fulltext). Acesso em: 12 jan.2016.
- BENDIX, J. *et al.* Changing prevalence and the risk factors for antenatal obstetric hospitalizations in Denmark 2003-2012. **Clin epidemiol**, v. 8, p. 165–175, 2016.
- BICK, D. Born too soon: the global issue of preterm birth. **Midwifery**, v. 28, n. 4, p. 341–342, 2012. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613812001106?via%3Dihub>. Acesso em: 01 jan.2023.

BOSI, M.L.M.; GUERREIRO, I.C.Z. Desafios ético-metodológicos nas pesquisas em saúde mental com populações vulneráveis. In: DIMENTEIN, M. *et al.* (Orgs.). **Condições de vida e saúde mental em contextos rurais**. São Paulo: Intermeios, 2016.

BRAMHAM, K. *et al.* Chronic hypertension and pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. **BMJ**, v. 348, n.157, p.2301, 2014.

BRASIL. **Manual de Uso do Sistema Saips**: Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde Acesso e Atividades do Gestor Estadual, Gestor Municipal e Cadastrador de Propostas Casa da Gestante, Bebê e Puérpera. Brasília: CGBP, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/01/manual-saipsCGBP.pdf>. Acesso em: 03 Jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 23 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico Pré-natal e puerpério**: Atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em: 23 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Ministério da Saúde, 2020. **Brasil reduziu 8,4% a razão de mortalidade materna e investe em ações com foco na saúde da mulher**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8736>. Acesso em: 17 abr.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.020**, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à saúde na gestação de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html. Acesso em: 11 nov.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco** Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-aten-a-saude-materna-e-infantil-rede-cegonha/manuais-e-publicacoes/19715-manual-gestacao-alto-risco/file>. Acesso em: 23 ago.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRO SCHMIDT, G.; CHRISTENSEN, M.; BRETH KNUDSEN, U. Preeclampsia and later cardiovascular disease - What do national guidelines recommend? **Pregnancy hypertension**, v. 10, p. 14–17, 2017. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2210778917300375>. Acesso em: 22 nov. 2022.

BROWN, M. C. *et al.* Women's perception of future risk following pregnancies complicated by preeclampsia. **Hypertens pregnancy**, v. 32, n. 1, p. 60–73, 2013. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/10641955.2012.704108?journalCode=ihip20>. Acesso em: 03 nov. 2022.

BUTLER, M. M. *et al.* Evaluating midwife-led antenatal care: choice, experience, effectiveness, and preparation for pregnancy. **Midwifery**, v. 31, n. 4, p. 418–425, 2015. Disponível

em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613814002976?via%3Dihub>. Acesso em: 20 nov. 2021.

CAMARGO, B.V; JUSTO, A.M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Universidade Federal de Santa Catarina: 2013. Disponível em:

<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugai>. Acesso em: 15 out. 2022.

CECATTI, J. G. *et al.* Network for Surveillance of Severe Maternal Morbidity: a powerful national collaboration generating data on maternal health outcomes and care. **BJOG**, v. 123, n. 6, p. 946–953, 2016.

CHETTY, T. *et al.* The MONARCH intervention to enhance the quality of antenatal and postnatal primary health services in rural South Africa: protocol for a stepped-wedge cluster-randomised controlled trial. **BMC health services research**, v. 18, n. 1, p. 625, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução N° 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Brasília: Diário Oficial da União, 2009. Disponível em:

http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 02 maio 2019.

CORDEIRO, D.E.F. (org.); PAIVA, J.P. (org.); FEITOSA, F.E.L. **Protocolos assistenciais em obstetrícia**. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2020.

CÔRTEZ, N. Descaminhos do método: notas sobre história e tradição em Hans-Georg Gadamer. **Varia hist.**, v.22, n.36, p.274-90, 2006.

CUSIMANO, M. C. *et al.* The maternal health clinic: an initiative for cardiovascular risk identification in women with pregnancy-related complications. **Am J Obstet Gynecol**, v. 210, n. 5, p. 438.e1–9, 2014. Disponível em: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(13\)02159-5/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(13)02159-5/fulltext). Acesso em: 03 nov. 2022.

DE FÁTIMA VASQUES MONTEIRO, M. *et al.* Access to public health services and integral care for women during the puerperal gravid period period in Ceará, Brazil. **BMC health services research**, v. 19, n. 1, p. 851, 2019.

DE WOLFF, M. G. *et al.* Pregnancy and Chronic Disease: the Effect of a Midwife-coordinated Maternity Care Intervention. **ClinicalTrials**, 2021. Disponível em: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT03511508>. Acesso em: 03 nov.2022.

DIAS, M. A. B. *et al.* Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. **Cad saúde pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S169–S181, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/w9xDWCgRSvgRn5NZmP4LckK/abstract/?lang=pt>. Acesso em 08 mai. 2016.

DIMENSTEIN, M.; CIRILO NETO, M. Conceptual approaches to vulnerability in health and social care. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 15, n. 1, p. 1–17, 2020.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Factors associated with maternal near miss in childbirth and the postpartum period: findings from the birth in Brazil National Survey, 2011-2012. **Reproductive health**, v. 13, n. Suppl 3, p. 115, 2016.

ERRICO, L. S. P. *et al.* The work of nurses in high-risk prenatal care from the perspective of basic human needs. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, supl. 3, p. 1257-1264, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901257&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 abr. de 2020.

FERNANDEZ TURIENZO, C. *et al.* POPPIE: protocol for a randomised controlled pilot trial of continuity of midwifery care for women at increased risk of preterm birth. **Trials**, v. 20, n. 1, 2019.

FERREIRA JUNIOR, A.R. *et al.* O enfermeiro no pré-natal de alto risco: papel profissional. **Rev Baiana Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 650-67, 2017. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2524>. Acesso em: 24 ago.2021.

FERTONANI, H. P. *et al.* The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869–1878, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>. Acesso em: 20 set. 2022.

FRANCISCATTO, L. H. G. *et al.* Delineamento do perfil epidemiológico de puérperas e recém-nascidos. **Rev Enferm Ufpe On Line.**, Recife, v. 8, n. 5, p. 1149-1156, maio 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9793>. Acesso em: 23 ago. 2021.

UNITED NATIONS POPULATION FUND. Unfpa, 2022. **A razão da mortalidade materna no Brasil aumentou 94% durante a pandemia. Fundo de População da ONU alerta para grave retrocesso.** Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/razao-da-mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-94-durante-pandemia-fundo-de-populacao-da-onu>. Acesso em: 16 abr.2022

GADAMER, H. **Hermenêutica em retrospectiva: Heidegger em retrospectiva.** 2. ed. Petrópolis: Vozes; 2007. v. 1.

GADAMER, H. Mistério da saúde. *In*: GADAMER, H. **O mistério da saúde**: o cuidado da saúde e a arte da medicina. Lisboa:Almedina,2002.

GADAMER, H. **O Caráter oculto da saúde**. Vozes,2011.

GADAMER, H. **Verdade e método** - Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Tradução Flávio Paulo Meurer. 3. ed. Petrópolis:Vozes,1997.

GADAMER, H. **Verdade e método I**. Trad. Flávio Paulo Meurer. 10.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2015.

GADAMER, H. **Verdade e método**. Petrópolis: Vozes, 1999.

GARCIA, A. B. *et al.* Prazer no trabalho de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário público. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 33, n. 2, p. 153–159, 2012.Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/Lw4ZKfgKrn4X4f6wWMVMLBw/?lang=pt>. Acesso em: 27 dez. 2021.

GARCIA, A. P. R. F. *et al.* Nursing process in mental health: an integrative literature review. **Rev bras enferm**, v. 70, n. 1, p. 220–230, 2017.Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/KbbhWzVqQ5SykXNvBz7gZyR/?lang=en>. Acesso em: 02 abr 2019.

GARCIA, É. M. *et al.* Gestational risk and social inequalities: a possible relationship? **Cienc saude coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4633-4642, 2019.

GELLER, S. E. *et al.* A global view of severe maternal morbidity: moving beyond maternal mortality. **Reprod health**, v. 15, n. S1, 2018.Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-018-0527-2>. Acesso em: 15 nov.2022.

GRESSLER, S. C.; GÜNTHER, I. A. Ambientes restauradores: definição, histórico, abordagens e pesquisas. **Estud psicol**, v. 18, n. 3, p. 487–495, 2013.

H BJØRK, M. *et al.* Depression and anxiety during pregnancy and the postpartum period in women with epilepsy: A review of frequency, risks and recommendations for treatment. **Seizure**, v. 28, p. 39–45, 2015.

HAAKSTAD, L. A. H.; VOLDNER, N.; BØ, K. Stages of change model for participation in physical activity during pregnancy. **J Pregnancy**, v. 2013, p. 193170, 2013.

HABERMAS, J. **Dialética e Hermenêutica**. Porto Alegre: LPM, 1987.

HADDAD, S. M. *et al.* Applying the maternal near miss approach for the evaluation of quality of obstetric care: a worked example from a Multicenter Surveillance Study. **BioMed research international**, v. 2014, p. 989815, 2014.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo, Parte I e II**. 3. ed. Petrópolis: Vozes,2008.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 10.ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

HEIDEGGER, M.; BOSS, M. (org.). **Seminários de zollikon**. Petrópolis: Vozes, 2009.

HERCULANO, M.M.S. *et al.* Casa da Gestante, Bebê e Puérpera da MEAC contribui para o cuidado individualizado às mulheres e seus recém-nascidos. **Revista da MEAC**, p. 23-25, 2018.

HOEDJES, M. *et al.* Effect of postpartum lifestyle interventions on weight loss, smoking cessation, and prevention of smoking relapse: a systematic review. **Obstetrical & gynecological survey**, v. 65, n. 10, p. 631–652, 2010.

HOEDJES, M. *et al.* Preferences for postpartum lifestyle counseling among women sharing an increased cardiovascular and metabolic risk: a focus group study. **Hypertension in pregnancy**, v. 30, n. 1, p. 83–92, 2011.

HOLNESS, N. High-risk pregnancy. **Nurs Clin North Am**, v. 53, n. 2, p. 241-51, 2018.

JANMOHAMED, R. *et al.* Cardiovascular risk reduction and weight management at a hospital-based postpartum preeclampsia clinic. **J Obstet Gynaecol Can**, v. 37, n. 4, p. 330–337, 2015.

JØLVING, L. R. *et al.* Prevalence of maternal chronic diseases during pregnancy - a nationwide population based study from 1989 to 2013. **Acta obstet Gynecol Scand**, v. 95, n. 11, p. 1295–1304, 2016.

JOYE, Y.; VAN DEN BERG, A. Restorative Environments. In: Steg L, Van den Berg A, Groot JIM, editores. **Environmental Psychology: An Introduction**. New Jersey: Wiley-Blackwell, 2012. p. 57-66.

KAMRAVAMANESH, M. *et al.* A comprehensive postpartum follow-up health care program for women with history of preeclampsia: protocol for a mixed methods research. **Reproductive health**, v. 15, n. 1, 2018.

KERSTEN, I. *et al.* Chronic diseases in pregnant women: prevalence and birth outcomes based on the SNIIP-study. **BMC pregnancy childbirth**, v. 14, n. 1, p. 75, 2014.

LEAL, M. C. *et al.* Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. **Reproductive health**, v. 13, n. Suppl 3, p. 127, 2016. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0230-0>. Acesso em: 20 nov.2022.

LEE, S.; AYERS, S.; HOLDEN, D. A metasynthesis of risk perception in women with high risk pregnancies. **Midwifery**, v. 30, n. 4, p. 403–411, 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613813001319?via%3Dihub>. Acesso em: 12 jan.2016.

LIMA, I. M. A. *et al.* Gestantes de alto risco: representações sociais do planejamento da gravidez, parto e família. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 9, n. 12, p. 1255–1263, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10832>. Acesso em: 30 out.2019.

MACHADO, D. B. *et al.* Monitoring the progress of health-related sustainable development goals (SDGs) in Brazilian states using the Global Burden of Disease indicators. **Popul health metr**, v. 18, n. Suppl 1, p. 7, 2020.

MAFFEI, B.; MENEZES, M.; CREPALDI, M. Significant social network in the gestational process: an integrative review. **Revista da SBPH**, v.22, n.1, p.216-237, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000100012. Acesso em: 19 set.2019.

MARIANO, A. M.; GARCÍA CRUZ, R.; ARENAS GAITÁN, J. Meta Análises Como Instrumento de Pesquisa: Uma Revisão Sistemática da Bibliografia Aplicada ao Estudo das Alianças Estratégicas Internacionais. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO - GESTÃO ESTRATÉGICA: INOVAÇÃO COLABORATIVA E COMPETITIVIDADE, 2011, Ponta Grossa. **Anais Eletrônicos** [...] Ponta Grossa:2011. Disponível em: <https://idus.us.es/handle/11441/95086>. Acesso em: 26 abr.2020.

MARTINS, M.G. *et al.* Associação da gravidez na adolescência e prematuridade. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.33, p.354-60,2011.

MATERNIDADE-ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND. **Relatório Assistencial da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC)**: 2018. Fortaleza:MEAC,2019. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/governanca/gestao-estrategica/maternidade-escola-assis-chateaubriand/RelatorioInstitucionalAssistencial06.05.19.pdf>. Acesso em: 19 abr.2021.

MATOS, E.; PIRES, D.E.P.; CAMPOS, G.W.S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.62, n.6, p.863-869, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/fMBfpV3vnVssyLpsY8cV5mF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 23 nov.2022.

MCINTIRE, D. D.; LEVENO, K. J. Neonatal mortality and morbidity rates in late preterm births compared with births at term. **Obstet Gynecol**, v. 111, n. 1, p. 35–41, 2008.

MEDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Rev Assoc Med Bras**, v. 47, n. 2, p. 149–156, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/QF4tk7yTqbYdKymQnk6SLPJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 out.2022.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

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

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2016.

MORAES, M. M. D. S. *et al.* Gestational risk classification based on maternal death profile 2008-2013: an experience report from the municipality of Porto Seguro, Bahia, Brazil. **Epidemiol serv saude**, v. 28, n. 3, p. e2018491, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/bCDxvWGCVBMxW7jDnyC3rLB/?lang=pt>. Acesso em: 17 abr.2022.

NADERI, T. *et al.* Incidence and correlates of maternal near miss in southeast iran. **Int J Reprod Med**, v. 2015, p. 914713, 2015.

NARAYAN, B. *et al.* Medical problems in pregnancy. **Clin med (Lond)**, v. 18, n. 1, p. 108–111, 2017.

NOGUEIRA, R. P. Extensão fenomenológica dos conceitos de saúde e enfermidade em Heidegger. **Cien saude coletiva**, v. 16, n. 1, p. 259–266, 2011.

OLIVEIRA, L. C.; COSTA, A. A. R. Near miss materno em unidade de terapia intensiva: aspectos clínicos e epidemiológicos. **Rev. bras. ter. intensiva**, p. 220–227, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/DFmKZpgPHVkhkH3PNcVdHwD/abstract/?lang=pt>. Acesso em 08 mai. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação**: a abordagem do near miss da OMS para a saúde materna. Genebra:OMS, 2011. Disponível em: <https://www.paho.org/clap/dmdocuments/CLAP-Trad05pt.pdf>. Acesso em: 20 nov.2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. OPAS, 2015. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/objetivos-desenvolvimento-sustentavel>. Acesso em: 30 nov.2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Taxas de cesarianas continuam aumentando em meio a crescentes desigualdades no acesso, afirma OMS**. OPAS, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-continuam-aumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso>. Acesso em: 23 nov.2022.

OULD, L. Epidemiology of pregnancy-associated ICU utilization in Texas: 2001 - 2010. **Journal of clinical medicine research**, v. 9, n. 2, p. 143–153, 2017. Disponível em: <https://www.jocmr.org/index.php/JOCMR/article/view/2854>. Acesso em: 14 nov.2022.

PACAGNELLA, R. C. *et al.* Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 14, n. 1, p. 159, 2014.

PACAGNELLA, R.C. *et al.* Maternal mortality in Brazil: proposals and strategies for its reduction. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.40, n.9, p.501-506, 2018. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/67820/pdf_en. Acesso em: 20 dez.2022.

PASCHE, D.F. Pistas metodológicas para se avançar na humanização dos hospitais no Brasil. In: Ministério da Saúde. **Política Nacional de Normalização**. Atenção hospitalar. Brasília:Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizausus_atencao_hospitalar.pdf. Acesso em: 25 jun.2022.

PAXTON, A. *et al.* The evidence for emergency obstetric care. **Int J Gynaecol obstet**, v. 88, n. 2, p. 181–193, 2005. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1016/j.ijgo.2004.11.026>. Acesso em: 01 jan.2023.

PETERS, M. D. J. *et al.* Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). *In: AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (editors). JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Disponível em: 10.46658/JBIMES-20-12. Acesso em: 22 nov.2022.

PETRONI, L. M. *et al.* Convivendo com a gestante de alto risco: a percepção do familiar - doi: 10.4025/cienccuidsaude. v11i3.15369. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 3, p. 535–541, 2013.

PIMENTA, A. M. *et al.* Programa “Casa das Gestantes”: Perfil das Usuárias e resultados da Assistência à Saúde Materna e Perinatal. **Texto Contexto Enferm**, v.21, n.4, p.912-20,2012. Disponível em:[https:// www.redalyc.org/pdf/714/71425249023.pdf](https://www.redalyc.org/pdf/714/71425249023.pdf). Acesso em: 30 jun. 2019.

PINAR, S.E.; UCAR, N. Mental health status of the women with risky pregnancies in the hospital and affecting factors. **International Journal of Caring Sciences**. v.10, n.3, p.1426, set-dez/2017.

POLLOCK, D. *et al.* Recommendations for the extraction, analysis, and presentation of results in scoping reviews. **JBI evidence synthesis**, v. 21, n. 3, p. 520–532, 2023.

POLLOCK, W.; ROSE, L.; DENNIS, C.L. Pregnant and postpartum admissions to the intensive care unit: a systematic review. **Intensive care med**, v. 36, n. 9, p. 1465–1474, 2010.

PORTO, M. A.; PINTO, M. J. C. Gestantes de alto risco em alta hospitalar qualificada: personalidade, estilo de vida e vivências. **Revista da SBPH**, v. 22, n. 2, p. 25–47, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000300003. Acesso em: 20 jun.2023.

PULIDO ACUÑA, G. P. *et al.* El lenguaje estandarizado enfermero: conocimiento, história y perspectiva para el cuidado materno-perinatal. **Investig Enferm**, v. 21, n. 1, 2018. Disponível em: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/19238>. Acesso em: 02 jan.2020.

RÊGO, M.G.S. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2022. **Casa da Gestante da MEAC comemora 5 anos**. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/comunicacao/noticias/casa-da-gestante-da-meac-comemora-5-anos>. Acesso em: 14 jun.2022.

REZAEAN, S. M. *et al.* Application of Orem’s theory for promotion of self-care behaviors of pregnant women at risk for preterm delivery: A clinical trial. **The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility**, v. 20, n. 2, p. 68-77, 2017. Disponível em: https://ijogi.mums.ac.ir/article_8717.html?lang=en. Acesso em: 02 dez. 2022.

REZAEAN, S.M. *et al.* The effect of prenatal self-care based on Orem's theory on preterm birth occurrence in women at risk for preterm birth. **Iran J Nurs Midwifery Res**, v. 25, n. 3, p. 242–248, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7299423/>. Acesso em: 29 nov.2022.

SAMPAIO, A. F. S.; ROCHA, M. J. F. DA; LEAL, E. A. S. High-risk pregnancy: clinical-epidemiological profile of pregnant women attended at the prenatal service of the Public Maternity Hospital of Rio Branco, Acre. **Rev Bras Saúde Mater Infant**, v. 18, n. 3, p. 559–566, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/CWX5JKXRYdMTWQnKtwzX3Rb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 nov.2022.

SAMPIERI, R. H. COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 5. ed. Penso, 2013.

SÁNCHEZ-GÓMEZ, A. *et al.* Factores sociales asociados con la utilización de los servicios de atención prenatal en Ecuador. **Rev Panam Salud Pública**, v. 40, n. 5, p. 341-346, 2016.

SANINE, P. R.; CASTANHEIRA, E. R. L. Explorando nexos entre a construção social da criança e as práticas de saúde. **História, ciências, saúde --Manguinhos**, v. 25, n. 1, p. 199–215, 2018.

SANTANA, D. S. *et al.* Near miss materno - entendendo e aplicando o conceito. **Revista de Medicina**, v. 97, n. 2, p. 187, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/143212>. Acesso em: 29 nov.2022.

SANTANA, J. S. S; NASCIMENTO, M.A.A. **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2010.

SANTOS, J. L. G. *et al.* Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto Contexto – enferm**, v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001590016>. Acesso em: 26 jul.2022.

SANTOS, R.V. **Integralidade do cuidado à gestante, puérpera e recém-nascido: o olhar de usuárias**. 2009. Dissertação - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/500M.PDF>. Acesso em: 15 out.2022.

SAY, L. *et al.* Maternal near miss--towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. **Best pract res Clin obstet gynaecol**, v. 23, n. 3, p. 287–296, 2009.

SCHMIDT, L.K. **Hermenêutica**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2013.

SEELY, E. W. *et al.* Risk of future cardiovascular disease in women with prior preeclampsia: a focus group study. **BMC pregnancy childbirth**, v. 13, p. 240, 2013.

SILVA, K. L. *et al.* Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Rev saúde publica**, v. 39, n. 3, p. 391–397, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/vbyTzXy4t4SfJmnMpNfBH7s/>. Acesso em: 22 dez.2022.

SILVA, M. *et al.* A percepção de gestantes de alto risco acerca do processo de hospitalização. **Revista Enfermagem UERJ**, v.21, n.6, p.792-797,2013.

SMYTH, A. *et al.* A systematic review and meta-analysis of pregnancy outcomes in patients with systemic lupus erythematosus and lupus nephritis. **Clin J Am Soc Nephrol**, v. 5, n. 11, p. 2060–2068, 2010.

SOARES, L. G. *et al.* Epidemiological profile of high risk pregnant women. **Rev Med Minas Gerais**, v. 31, p. 31106–31106, 2021.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada – saúde da mulher na gestação, parto e puerpério**. São Paulo: Ministério da Saúde, 2019.

SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). **Rev bras ginecol obstet**, v. 37, n. 12, p. 549–551, 2015.

SOUZA, J. P. *et al.* Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. **Lancet**, v. 381, n. 9879, p. 1747–1755, 2013.

SOUZA, M. A. R. *et al.* The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. **Rev Esc. Enferm. USP**, n. 52, p. 1-7,2018.

SOUZA, M. N. A. (org.); COSTA, R. M. (org.); SANTOS, M. C. L. (org.). **Tópicos de pesquisa em ciências da saúde: tipos de revisão de literatura, bases de dados em saúde, normas da ABNT e estilo Vancouver**. Fortaleza: [s. n.], 2022.

SOUZA, V. R. DOS S. *et al.* Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/sprbhNSRB86SB7gQsrNnH7n/?lang=en>. Acesso em: 21 nov. 2021.

THADDEUS, S.; MAINE, D. Too far to walk: maternal mortality in context. **Soc Sci Med**, v. 38, n. 8, p. 1091–1110, 1994.

TOSTES, N. A. **Percepção de gestantes acerca da assistência pré-natal, seus sentimentos e expectativas quanto ao preparo para o parto**. 2002. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2012. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11099/1/2012_NataliaAlmeidaTostes.pdf. Acesso em: 23 ago. 2021.

TOSTES, N. A.; SEIDL, E. M. F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 681-693, jun. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000200015 Acesso: 28 out. 2019.

TRICCO, A. C. *et al.* PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Ann. Intern. Med.**, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M18-0850>. Acesso em: 10 out.2022.

TRONCON, J. K. *et al.* Mortalidade materna em um centro de referência do Sudeste Brasileiro. **Rev bras ginecol obstet**, v. 35, n. 9, p. 388–393, 2013.

UNITED NATIONS FOR EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATIONS. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Paris: UNESCO, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf Acesso em: 23 ago. 2021.

VAN KESTEREN, F. *et al.* Counselling and management of cardiovascular risk factors after preeclampsia. **Hypertension in pregnancy**, v. 35, n. 1, p. 55–61, 2016. Disponível em: <https://cris.maastrichtuniversity.nl/en/publications/counselling-and-management-of-cardiovascular-risk-factors-after-p>. Acesso em: 26 nov.2022.

VANIN, L. K. *et al.* Fatores de risco materno-fetais associados à prematuridade tardia. **Rev paul pediatr**, v. 38, p. e2018136, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/cDpY6xg3RsHkgj65S7jBxXd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 nov.2022.

VERBEEK, A. L. M.; VERBEEK, A. J. M. Timely assessment of cardiovascular risk after preeclampsia. **Women's health (Lond)**, v. 10, n. 6, p. 557–559, 2014.

VIALE, L. *et al.* Epilepsy in pregnancy and reproductive outcomes: a systematic review and meta-analysis. **Lancet**, v. 386, n. 10006, p. 1845–1852, 2015.

VIEIRA, V. C. L. *et al.* Vulnerability of high-risk pregnancy in the perception of pregnant women and their families. **Revista Rene (Online)**, v. 20, n.1, jan-dez. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/biblio-997317> Acesso: 28 out. 2019.

VILLELA, M. S.; ELY, V. H. M. B. Humanisation in the Complementary and Integrative Practice ambience: the meaning of well-being from the users' perspective. **Cienc saude coletiva**, v. 27, n. 5, p. 2011–2022, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/637gPDN54mZMLh8xTYhttBz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 ago. 2021.

WARMLING, C. M. *et al.* Social practices in the medicalization and humanization of prenatal care. **Cad saúde pública**, v. 34, n. 4, p. e00009917, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/fZtcWrhtqcvttGNJSRGm5mH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 nov.2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases progress monitor 2017**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513029>. Acesso em: 15 out.2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preterm birth**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>. Acesso em: 25 ago.2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_MPS_09.04_eng.pdf. Acesso em: 20 dez.2016.

WRIGHT, D.; PINCOMBE, J.; MCKELLAR, L. Exploring routine hospital antenatal care consultations — An ethnographic study. **Women birth**, v. 31, n. 3, p. e162–e169, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1871519216302244?via%3Dihub>. Acesso em: 30 nov.2021.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS NO PRONTUÁRIO

✓ 1. FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS NO PRONTUÁRIO

✓ I. IDENTIFICAÇÃO

✓ Data da admissão: ____ / ____ / ____ Pront. _____

✓ Idade (anos): _____

2. Diagnóstico - Motivo da Admissão:

- | | |
|---|--|
| 1 Pré-eclâmpsia leve () | 2 Pré-eclâmpsia superanjuntada () |
| 3 Síndrome Hellp () | 4 Hipertensão arterial crônica () |
| 5 Pré-eclâmpsia grave () | 6 Hipertensão gestacional () |
| 7 Amniorrexe -RAMO () | 8 Diabetes () |
| 9 DMG () | 10 TVP () |
| 11 Alterações morfológicas fetal () | 12 anemia () |
| 13 puérpera com RN em ATB () | 14 Puérpera com RN aguardando exames () |
| 15 Puérpera com RN internado na Neo () | |
| 16 Unidade () | 17 outra _____ |

II. DADOS SOCIOECONÔMICOS

4. Procedência: 1 () Capital 2 () Interior

5. Escolaridade: anos de estudo:-----

III. DADOS RELACIONADOS AO PRÉ-NATAL E HISTÓRIA OBSTÉTRICA

1. Números de Gestações: _____

2. Números de Partos: _____

3. Números de Abortos: _____

4. Número de natimortos: _____

5. Números de filhos vivos: _____

6. Número de consultas de Pré-natal: _____

18. Tipo de Parto: 1 () normal 2 () cesárea 3 () fórceps 4 () _____

19. Idade Gestacional atual-

IV. DADOS RELACIONADOS AO PROCESSO MÓRBIDO

1. Trabalho de parto prematuro () 2. deslocamento prematuro placenta /Placenta
prévia () 3. trombose venosa profunda () 4. amniorrexe prematura ()
5. diabetes gestacional () 6. Anemia () 7. outros ()

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AS GESTANTES E PUÉRPERAS

IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE E PUÉRPERA

Nome fictício _____

Cidade onde mora: _____

Data do nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Estado civil: _____

Profissão: _____

Escolaridade:

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| 1 () nenhuma | 6 () Ensino superior incompleto |
| 2 () Ensino fundamental incompleto | 7 () Ensino superior completo |
| 3 () Ensino fundamental completo | 8 () Pós-graduação incompleta |
| 4 () Ensino médio incompleto | 9 () Pós-graduação completa |
| 5 () Ensino médio completo | 10 () Outros |

Em sua casa, qual a renda familiar aproximada:

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| 1 () Até 1 salário-mínimo | 2 () De 1 a 2 salários |
| 3 () De 2 a 3 salários | 4 () Mais de 3 salários |
| 5 () Nenhuma renda | |

Com mora em casa: _____

Como é sua relação com os familiares: muito boa () boa () ruim () outra _____

Você tem alguém para te ajudar em casa: sim () não ()

Como você se sente: segura () satisfeita () feliz () com medo () apreensiva () Outro

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Familiares:

- 1 () hipertensão arterial 2 () diabetes 3 () gemelidade 4 () malformação

Outros: _____

Pessoais:

- 1 () hipertensão arterial 2 () diabetes 3 () cirurgia pélvica
 4 () malformação 5 () cardiopatia 6 () infecção urinária
 Outros: _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Número de gestações: _____

Número de Partos Vaginais: _____

Número de Partos cesáreos: _____

Número total de partos: _____

Número de Abortos:

1 () espontâneos 2 () induzidos 3 () realizou curetagem

Filhos vivos atuais: _____ Óbitos de 1 semana: _____ Óbitos após 1 semana: _____

Causa do óbito: _____

Data da última gestação: _____

Amamentação: 1 () sim 2 () não

duração: _____

PERGUNTAS NORTEADORAS GESTANTES E PUÉRPERAS

1. Como está sendo o seu cuidado pelos profissionais que lhe atende?
2. Quais são suas preocupações quanto ao seu tratamento e do seu bebê?
3. Qual sua opinião sobre as condições estruturais da instituição?
4. Para onde vai quando receber alta e o que pretende fazer em relação a sua saúde?
5. Quais as perspectivas em relação a sua recuperação?
6. Qual sua opinião em relação a esta casa que recebe as gestantes e puérperas em tratamento?
7. Como você percebe o seu cuidado pela equipe (enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, psicólogo, médico)?
8. Como você se sente emocionalmente?
9. Quais são as suas condições familiares, sociais e ambientais para o enfrentamento desta experiência?

APÊNDICE C - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE
ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Dados de identificação

Nº _____ Data: ____/____/____

nome fictício

idade

profissão

tempo de trabalho na unidade

vínculo profissional

Perguntas norteadoras:

1. Quais os recursos humanos e materiais para a oferta de um cuidado seguro às gestantes e puérperas?
2. Quais as vantagens que você considera do cuidado às gestantes e puérperas nessa instituição?
3. Quais as contribuições do cuidado com a equipe multiprofissional para as gestantes e puérperas?
4. O que você espera da recuperação das pacientes?
5. Como acontece as orientações para a alta das pacientes?
6. As pacientes recebem um acompanhamento sistemático da instituição após a alta?

APÊNDICE D - CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Fortaleza, ____ de _____ de 2021

Prezado (a) Gestor (a) da Maternidade Escola Assis Chateaubriand - UFC,

Venho por meio desta, solicitar a sua anuência para a realização da pesquisa sob o título **“Análise dos cuidados de gestantes e puérpera de alto risco”** que será realizada na casa da gestante, puérpera e recém-nascido sob responsabilidade da doutoranda Marta Maria Soares Herculano e sua equipe de pesquisa. Essa pesquisa envolverá as gestantes, puérperas e profissionais de saúde da MEAC com o objetivo de analisar os efeitos do cuidado com gestantes e puérperas, em situação de risco obstétrico, internadas em uma instituição vinculada a uma maternidade pública em Fortaleza-Ceará.

A pesquisa utilizará como propositura investigativa as metodologias quantitativa e qualitativa e para tanto necessitamos de acesso aos prontuários arquivados na instituição, contato com as gestantes e puérperas internadas na casa da gestante, com os profissionais da instituição, bem como entrar nas dependências da casa a fim de procedermos a coleta de dados.

Ao mesmo tempo solicitamos autorização para que o nome da instituição possa constar no relatório final da pesquisa e nas publicações em periódicos e livros. Asseguramos que os dados serão utilizados somente para a realização deste estudo e serão arquivados em sigilo conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde número 466 de 2012.

Na certeza de contarmos com a colaboração desta instituição agradecemos antecipadamente e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Marta Maria Soares Herculano
Pesquisadora Responsável

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição

**APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
GESTANTES E PUÉRPERAS**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: ANÁLISE DOS CUIDADOS DE GESTANTES E PUÉRPERAS DE ALTO RISCO

NOME DO PESQUISADOR: Marta Maria Soares Herculano

TELEFONE: (85) 99922196

Prezado (a),

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que irá analisar os efeitos do cuidado com gestantes e puérperas, em situação de risco obstétrico, internadas na casa da gestante e puérpera vinculada a maternidade Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará, em Fortaleza-Ceará.

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Ao participar desta pesquisa, você será devidamente esclarecida sobre todos os procedimentos a serem realizados, os quais perpassam as seguintes etapas: faremos um levantamento de dados retrospectivo para identificar os desfechos e dados históricos sobre as pacientes que receberam tratamento na instituição; faremos entrevistas com as pacientes e profissionais; aplicaremos uma técnica de relaxamento *mindfulness* na forma de grupo focal e avaliamos uma tecnologia na forma de cartilha e vídeo.

Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e poder desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado as etapas acima descritas, sem nenhum prejuízo para você.

3. BENEFÍCIOS: Os benefícios esperados com a pesquisa são no sentido de contribuir com a avaliação de uma tecnologia inovadora de apoio à assistência pré-natal; verificar as possibilidades de inserir esse tipo de assistência em outros locais que atende mulheres com riscos obstétricos

4. FORMAS DE ASSISTÊNCIA: Se você precisar de alguma orientação especial por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou se o pesquisador descobrir que você tem alguma coisa que necessite de tratamento, a pesquisadora tomará as providências cabíveis para seu atendimento na mesma instituição ou equivalente.

5. CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações que a senhora nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas, depoimentos e dados pessoais ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em nenhum lugar dos (as) instrumentos de coleta de dados (questionário socioeconômico, entrevista, grupo focal) nem quando os resultados forem apresentados.

6. ESCLARECIMENTOS: Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: **Marta Maria Soares Herculano**

Telefone para contato: (85) 99922196

Horário de atendimento: Segunda a sexta-feira, das 7h30 às 18h

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética da Maternidade Escola MEAC/UFC

7. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso a senhora aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

8. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se a senhora estiver de acordo em participar deve preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma via deste Termo e a outra ficará com o pesquisador.

O **participante de pesquisa** ou seu representante legal, quando for o caso, deve rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com a respectiva assinatura na última página do referido Termo.

O **pesquisador responsável** deve, da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

9. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sra. _____, portador (a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando

quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do participante ou Representante Legal

Assinatura do Pesquisador

**APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**TÍTULO DA PESQUISA: ANÁLISE DOS CUIDADOS DE GESTANTES E
PUÉRPERAS DE ALTO RISCO**

NOME DO PESQUISADOR: Marta Maria Soares Herculano

TELEFONE: (85) 9.99922196

Prezado (a),

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que irá analisar os efeitos do cuidado com gestantes e puérperas, em situação de risco obstétrico, internadas na casa da gestante e puérpera vinculada a maternidade Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará, em Fortaleza-Ceará.

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Ao participar desta pesquisa, você será devidamente esclarecido sobre todos os procedimentos a serem realizados, os quais perpassam as seguintes etapas: faremos um levantamento de dados retrospectivo para identificar os desfechos e dados históricos sobre as pacientes que receberam tratamento na instituição; faremos entrevistas com as pacientes e profissionais; aplicaremos uma técnica de relaxamento *mindfulness* na forma de grupo focal e avaliamos uma tecnologia na forma de cartilha e vídeo.

Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e poder desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado as etapas acima descritas, sem nenhum prejuízo para você.

2. RISCOS E DESCONFORTOS: O (s) procedimento (s) utilizado (s) poderá (ão) trazer algum desconforto como: ocupação do tempo livre para responder às entrevistas, o constrangimento de participar da pesquisa. Os tipos de procedimentos elencados apresentam um risco **MÍNIMO**, que será minimizado pela (o) apoio e a presença da pesquisadora. Será garantido o sigilo e a guarda das identidades das participantes e das informações apresentadas por elas.

3. BENEFÍCIOS: Os benefícios esperados com a pesquisa são no sentido de contribuir com a avaliação de uma tecnologia inovadora de apoio à assistência pré-natal; verificar as

possibilidades de inserir esse tipo de assistência em outros locais que atende mulheres com riscos obstétricos

4. FORMAS DE ASSISTÊNCIA: Se você precisar de alguma orientação especial por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou se o pesquisador descobrir que você tem alguma coisa que necessite de ajuda, a pesquisadora tomará as providências cabíveis para seu atendimento na mesma instituição ou equivalente.

5. CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações que a senhora(o) nos fornece serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas, depoimentos e dados pessoais ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em nenhum lugar dos (as) instrumentos de coleta de dados (questionário socioeconômico, entrevista, grupo focal) nem quando os resultados forem apresentados.

6. ESCLARECIMENTOS: Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável - Marta Maria Soares Herculano

Telefone 85 99922196

Horário de atendimento: Segunda a sexta-feira, das 7h30 às 18h

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética da Maternidade Escola MEAC/UFC

Telefone 3366 85 69.

7. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso a senhora (o) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

8. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se a senhora(o) estiver de acordo em participar deve preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma via deste Termo e a outra ficará com o pesquisador.

O **participante de pesquisa** ou seu representante legal, quando for o caso, deve rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com a respectiva assinatura na última página do referido Termo.

O **pesquisador responsável** deve, da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apondo sua assinatura na última página do

referido Termo.

9. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr (a). _____, portador (a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do participante ou Representante Legal

Assinatura do Pesquisador

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ / MEAC - UFC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DOS CUIDADOS DE GESTANTES E PUÉRPERAS DE ALTO RISCO.

Pesquisador: Marta Maria Soares Herculanô

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55873822.8.3001.5050

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.341.776

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivos da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1871743(1), de 06/04/2022) e/ou Projeto Detalhado (de 06/04/2022): A presente pesquisa tem como proposta analisar os efeitos das intervenções multidisciplinar do cuidado e da prática do método mindfulness em gestantes e puérperas, de alto risco obstétrico internadas numa instituição vinculada a uma maternidade pública em Fortaleza-Ceará. A coleta de dados será realizada nos anos de 2022 e 2023. Inicialmente em Fortaleza e posteriormente nas cidades parceiras (Teresina-Plaut, Rio de Janeiro e Lisboa-Portugal). Para iniciar a coleta faremos uma visita a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC) do Complexo Hospitalar da UFC/EBSERH, momento que será anunciado e negociado o início da pesquisa, apresentado o projeto, os instrumentos de coleta de dados e a equipe executora. As pacientes serão informadas quanto ao estudo e convidadas a participarem. Durante a abordagem receberão os esclarecimentos acerca dos objetivos da pesquisa, a importância da participação e firmada a inserção no estudo, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas serão gravadas, realizadas em local reservado visando a preservação dos participantes, com duração de acordo com a necessidade de cada respondente, e executada por pesquisador treinado e com conhecimento na área de estudo.

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n			
Bairro: Rodoífo Teófilo			CEP: 60.430-270
UF: CE	Município: FORTALEZA		
Telefone: (85)3366-8569	Fax: (85)3366-8528	E-mail: cepmeac@gmail.com	

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ / MEAC - UFC



Continuação do Parecer: 5.341.776

A cartilha e o vídeo serão elaborados com as seguintes etapas: (1) Construção do conteúdo com base na revisão integrativa da literatura.; (2) Concepção da tecnologia que contemplará as etapas do processo de enfermagem: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação da assistência de enfermagem e avaliação; (3) validação do material por especialistas/juízes. Na etapa 1 proceder-se-á à busca das principais publicações acerca da temática. Esta etapa terá início em março de 2022 e deve seguir durante todo o processo de construção do estudo, encerrando-se em novembro de 2022. Na etapa 2 serão elaborados os textos do instrumento de forma clara e sucinta, abordando conteúdos relevantes sobre a doença e cuidados para as gestantes. Esta etapa será realizada no período de março e abril de 2022.

A etapa 3 visará à avaliação da tecnologia. Dessa forma, a validação da tecnologia se dará mediante análise dos juízes especialistas no assunto. A realização dessa etapa se dará após a validação dos roteiros pelos juízes especialistas e deverá ter duração média de três meses, ocorrendo de setembro a novembro de 2022. Os prontuários serão selecionados de acordo com a orientação dos funcionários do setor de arquivos e coletados por período (meses ou ano) seguindo a ordem de organização da instituição. Os dados serão levantados no segundo semestre de 2022. Para a aplicação da técnica Mindfulness as mulheres serão convidadas para participarem do encontro com até 10 participantes. Cada mulher participará de oito encontros de Mindfulness sendo o primeiro e o último no formato de grupo focal. Diante da situação de risco vivenciada pelas mulheres grávidas e puérperas e que recebem cuidados de profissionais para continuidade do tratamento questiona-se: quais os efeitos dos cuidados prestados as gestantes e puérperas na casa da gestante da MEAC-UFC em termos de indicadores maternos, ao longo dos cinco anos da sua implantação? Como as gestantes e puérperas avaliam esses cuidados prestados pela equipe de enfermagem? Quais os efeitos, nos aspectos psicológicos, físicos e sociais, da prática do Mindfulness em gestantes e puérperas? Quais as necessidades de autocuidado das gestantes e puérperas com diagnóstico de diabetes? Como a tecnologia informativa poderia ajudar no autocuidado dessas mulheres?

Critério de Inclusão:

Serão inseridas no estudo gestantes e puérperas internadas na instituição, com idade a partir de 18 anos independente da condição social, estado civil, etnia e orientação religiosa. Os prontuários inseridos na pesquisa serão aqueles arquivados nos anos de 2017 a 2021, independente do diagnóstico, condição clínica e acompanhamento na instituição. Para a prática do Mindfulness serão contempladas as mulheres com possibilidades

de permanecer na instituição no mínimo 10 dias para que possam participar de oito (8) sessões e

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8569 **Fax:** (85)3366-8528 **E-mail:** cepmeac@gmail.com

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ / MEAC - UFC



Continuação do Parecer: 5.341.776

de dois grupos focais. Para a avaliação da tecnologia educativa para o autocuidado será incluída gestante diabética que tenha condições cognitivas para responder as questões de avaliação.

Critério de Exclusão:

Em relação aos prontuários serão suprimidos aqueles que não estejam no arquivo da instituição em estudo. Para as pacientes definiu-se como critério de exclusão, aquelas que se sentirem desconfortáveis ou constrangidas para a prática do Mindfulness, as que estejam em trabalho de parto ou em outra situação, dependendo do diagnóstico e que exija repouso.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os efeitos do cuidado com gestantes e puérperas de alto risco internadas em uma instituição vinculada a uma maternidade pública em Fortaleza-Ceará.

Objetivo Secundário:

Identificar, nos prontuários, o perfil e os desfechos das gestantes e puérperas internadas no período de 2017 a 2021, com riscos decorrentes da gravidez. Caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e psicossocial das participantes internadas. Identificar os fatores adversos de gestantes e puérperas atendidas na instituição em relação ao cuidado, tratamento, recuperação e alta. Compreender como ocorre o cuidado, às mulheres grávidas e puérperas de alto risco, realizado pela equipe de enfermagem e a multiprofissional. Compreender as percepções psicossociais das gestantes e puérperas com manifestações clínicas e obstétricas. Avaliar a técnica Mindfulness aplicada com as gestantes e puérperas e as implicações na melhoria da saúde. Elaborar e avaliar uma tecnologia para o autocuidado da gestante com diagnóstico de diabetes mellitus. Analisar fatores que interferem no cuidado seguro às mulheres grávidas e puérperas em relação a estrutura física, recursos humanos, recursos materiais e as relações interpessoais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo prevê riscos mínimos que podem causar algum constrangimento no momento da aplicação das avaliações e entrevistas que poderão ser minimizados por serem realizadas em ambientes reservados e de forma individualizada. Os participantes da pesquisa poderão desistir ou interromper, sem que haja nenhum prejuízo ou penalidade e ainda serem encaminhadas para atendimento necessário, acompanhado pelo pesquisador.

Benefícios:

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8569 **Fax:** (85)3366-8528 **E-mail:** cepmeac@gmail.com

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ / MEAC - UFC



Continuação do Parecer: 5.541.776

Os benefícios oriundos dos resultados desta pesquisa poderão ser representados pela identificação dos fatores biopsicossociais das gestantes e puérperas que serão socializadas para a gestão dos serviços públicos de saúde do Brasil e profissionais que atuam na área. Teremos acréscimo de produção científica nas revistas qualificadas e apresentação de resultados nos congressos nacionais e internacionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com abordagem quantitativa e qualitativa. O quantitativo será do tipo exploratório, analítico, transversal, retrospectivo, usando os prontuários arquivados no serviço da maternidade; o estudo qualitativo para avaliar o cuidado prestado pela equipe multiprofissional e de enfermagem; avaliar a técnica de Mindfulness na visão das mulheres internadas, e um estudo metodológico para elaborar e avaliar a tecnologia educativa para o autocuidado das gestantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta pendências nem inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável, encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciados no CEP, conforme Norma Operacional CNS Nº 001/13, item XI.2.d.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	04/02/2022 11:14:27	Marta Maria Soares Herculano	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	FILEDEPOSITARIO.pdf	04/02/2022 11:10:33	Marta Maria Soares Herculano	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TERMODECOMPROMISSO.pdf	04/02/2022 11:10:27	Marta Maria Soares Herculano	Aceito

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8569 Fax: (85)3366-8528 E-mail: cepmeac@gmail.com

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ / MEAC - UFC



Continuação do Parecer: 5.341.775

Justificativa de Ausência	TERMODECOMPROMISSO.pdf	04/02/2022 11:10:27	Marta Maria Soares Herculano	Aceito
---------------------------	------------------------	------------------------	---------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 09 de Abril de 2022

Assinado por:

Maria Sidneuma Melo Ventura
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Tedillo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8569 Fax: (85)3366-8528 E-mail: cepmeao@gmail.com