

Artigo original

Souza BF, Wernet M, Silveira AO, Santos VCF, Marski BSL.

Relação pessoa-a-pessoa no pré-natal de alto risco: um estudo de caso.

Rev Gaúcha Enferm. 2025;46:e20240141.

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240141.pt>

Relação pessoa-a-pessoa no pré-natal de alto risco: um estudo de caso

Person-to-person relationship in high-risk prenatal care: a case study

Relación persona a persona en el prenatal de alto riesgo: un estudio de caso

Bruna Felisberto de Souza^a <https://orcid.org/0000-0003-1858-8896>

Monika Wernet^a <https://orcid.org/0000-0002-1194-3261>

Aline Oliveira Silveira^b <https://orcid.org/0000-0003-4470-7529>

Vilma Constancia Fioravante dos Santos^c <https://orcid.org/0000-0003-1075-1871>

Bruna de Souza Lima Marski^a <https://orcid.org/0000-0002-8661-2424>

^a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Departamento de Enfermagem, São Carlos, São Paulo, Brasil.

^b Universidade de Brasília (UnB), Departamento de Enfermagem, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

^c Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Departamento de Enfermagem, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Como citar este artigo:

Souza BF, Wernet M, Silveira AO, Santos VCF, Marski BSL. Relação pessoa-a-pessoa no pré-natal de alto risco: um estudo de caso. Rev Gaúcha Enferm. 2025;46:e20240141.

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240141.pt>

RESUMO

Objetivo: Analisar a relação pessoa-a-pessoa no contexto de visitas domiciliares feitas por enfermeiras a gestantes de alto risco.

Método: Estudo de caso, focado na relação estabelecida entre enfermeira e gestante durante a visita domiciliar. Participaram 17 gestantes de alto risco, que foram visitadas quinzenalmente por enfermeiras, de seis a 10 vezes ao longo do pré-natal e até o primeiro mês após o parto. As fontes de evidência analisadas foram audiografações e notas de campo das visitas. A análise foi orientada pela teoria de Joyce Travelbee que define cinco fases para uma relação interpessoal, sendo encontro inicial, identidades emergentes, empatia, simpatia e rapport, necessárias para o alcance da interação terapêutica no cuidado.

Resultados: O desenvolvimento da relação pessoa-a-pessoa permitiu que as necessidades individuais das gestantes fossem compreendidas pelas enfermeiras. Com base no entendimento da singularidade e dos fatores determinantes de cada mulher, a enfermeira, em colaboração com a gestante, desenvolveu um plano de cuidado personalizado. A partir dessa relação, cada parte se revelou, resultando na ampliação da autonomia da mulher, que assumiu o protagonismo na realização de seus projetos, sob o suporte criado pela enfermeira.

Considerações finais: A relação pessoa-a-pessoa nas visitas domiciliares gerou resultados práticos ao revelar necessidades particulares, por meio de uma interação terapêutica e colaborativa.

Descritores: Cuidado pré-natal; Gravidez de alto risco; Visita domiciliar; Relações interpessoais; Estudo de caso.

ABSTRACT

Objective: To analyze the one-to-one relationship in the context of home visits by nurses to high-risk pregnant women.

Method: A case study focused on the relationship established between the nurse and the pregnant woman during home visits. A total of 17 high-risk pregnant women participated, each receiving biweekly visits from nurses for a total of six to 10 visits throughout the prenatal period and into the first month postpartum. Evidence sources included audio recordings and field notes of the visits. The analysis was guided by Joyce Travelbee's theory which defines five phases for an interpersonal relationship, including original encounter, emerging identities, empathy, sympathy and rapport, necessary to achieve therapeutic interaction in care.

Results: The development of the one-to-one relationship allowed nurses to understand the individual needs of the pregnant women. Based on an understanding of each woman's uniqueness and determining factors, the nurse developed a personalized care plan in collaboration with the patient. Through this relationship, each party revealed themselves, leading to increased autonomy of the woman, who took the lead in achieving her projects, supported by the framework created by the nurse.

Final considerations: The one-to-one relationship during home visits produced practical outcomes by identifying specific needs through a therapeutic and collaborative interaction.

Descriptors: Prenatal care; High-risk pregnancy; Home visit; Interpersonal relationships; Case study.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la relación persona a persona en el contexto de las visitas domiciliarias de enfermeras a gestantes de alto riesgo.

Método: Estudio de caso, tomando como caso la relación establecida entre una enfermera y una mujer embarazada durante una visita domiciliar. Participaron 17 mujeres, las embarazadas de alto riesgo fueron visitadas cada quince días por enfermeras, de seis a 10 veces durante todo el control prenatal y hasta el primer mes después del parto. Las evidencias analizadas fueron grabaciones de audio y notas de campo. Análisis se basó en la teoría de Joyce Travelbee que define cinco fases de una relación interpersonal, incluyendo el encuentro inicial, las identidades emergentes, la empatía, la simpatía y *rapport*, necesarias para lograr la interacción terapéutica en el cuidado.

Resultados: A partir del desarrollo de la relación persona a persona, las necesidades particulares de la mujer fueron expuestas al enfermero, quien, con la comprensión de la singularidad y los determinantes, creó, colaborativamente con la mujer, el cuidado. Para eso, cada persona se reveló en la relación y, a partir de ahí, la autonomía de la mujer fue ampliada y asumida en la búsqueda de su(s) proyecto(s), bajo el cuidado solidario creado por la enfermera.

Consideraciones finales: La relación persona a persona en las visitas domiciliarias determinó éxitos prácticos al resaltar necesidades particulares a través de una interacción terapéutica colaborativa.

Descriptores: Cuidado prenatal; Embarazo de alto riesgo; Visita domiciliar; Relaciones interpersonales; Estudio de caso.

INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde tem sido predominantemente desenvolvido sob o paradigma biomédico, no qual as relações se mostram fragilizadas e a apropriação dos corpos e vidas visa ao controle, desvalorizando as interações sociais^(1,2). Nesse cenário, o cuidado frequentemente se limita à execução de protocolos assistenciais, sem levar em consideração as particularidades das pessoas que necessitam de atenção em saúde⁽²⁾.

Essa tendência de valorizar a dimensão técnica da assistência em saúde, em detrimento das relações entre os profissionais, também está presente na enfermagem, onde se naturaliza a ideia de que o cuidado se restringe aos procedimentos técnicos⁽³⁾. O cuidado se manifesta em diferentes momentos do desenvolvimento humano, mas em situações de “alto risco”, como no Pré-Natal de Alto Risco (PNAR), o tensionamento das intervenções tecnocêntricas se torna mais evidente.

Entretanto, no acompanhamento de gestantes em PNAR, as práticas de enfermagem geralmente se restringem aos fatores físico-obstétricos, sem considerar outros aspectos importantes⁽⁴⁾. Isso resulta em encaminhamentos e rupturas precoces de vínculo, contribuindo para a peregrinação das mulheres em busca de cuidados⁽⁵⁾. Embora os enfermeiros reconheçam as necessidades psicossociais e emocionais dessas gestantes, raramente intervêm nessa área⁽⁴⁾. No entanto, sabe-se que as gestantes valorizam competências no pré-natal ligadas a uma abordagem holística e à escuta sensível⁽⁶⁾.

Considerar as necessidades particulares de gestantes classificadas como de alto risco é um desafio, especialmente devido à necessidade de acessar recursos e serviços de maior complexidade⁽⁴⁾, além das dificuldades que os enfermeiros enfrentam para oferecer cuidados coordenados e de qualidade durante o pré-natal⁽⁷⁾.

As interações entre gestantes e enfermeiras durante as visitas domiciliares promovem a ressignificação da experiência gestacional e o acolhimento das singularidades. As gestantes destacam, inclusive, os esforços das enfermeiras para articular os diferentes serviços da rede de saúde⁽⁸⁾. Nesse sentido, a visita domiciliar (VD) se mostra uma ferramenta eficaz para promover relações dialógicas e acolher necessidades^(8,9), contribuindo para a equidade e melhores desfechos perinatais^(10,11).

Portanto, este estudo parte do pressuposto de que a relação entre o enfermeiro e a pessoa que demanda seu cuidado é um dispositivo estratégico para renovar a atenção no contexto do PNAR, especialmente nas visitas domiciliares. O objetivo desta pesquisa foi

analisar a relação pessoa-a-pessoa no contexto de visitas domiciliares de enfermeiras a gestantes de alto risco.

MÉTODO

Este é um estudo exploratório de abordagem qualitativa, baseado no método de estudo de caso⁽¹²⁾ e fundamentado na teoria da relação pessoa-a-pessoa proposta por Joyce Travelbee⁽¹³⁾. O estudo de caso é uma abordagem metodológica que busca a compreensão de um fenômeno contemporâneo a partir da realidade. Procura-se entender as características dos acontecimentos cotidianos em uma perspectiva holística e significativa para o conhecimento, posto que as nuances, impossibilitadas de serem enxergadas a olho nu, muitas vezes são reveladas nessa estratégia⁽¹²⁾.

O estudo foi desenvolvido no período de março de 2018 e maio de 2021, em uma cidade de médio porte no interior do estado de São Paulo. Na época, o município oferecia assistência pré-natal e puerperal para mulheres de risco habitual em 12 unidades básicas de saúde (UBS) e 21 unidades de saúde da família (USF)⁽¹⁴⁾. O cuidado no PNAR era realizado por um ambulatório especializado, em colaboração com a Atenção Primária à Saúde (APS). As gestantes classificadas como de risco obstétrico eram identificadas nas USFs e UBSs e, em seguida, encaminhadas para o ambulatório de alto risco gestacional pelo médico responsável, iniciando assim o acompanhamento no PNAR.

Os critérios de inclusão para este estudo foram: ter 18 anos ou mais ou, no caso de adolescentes, ser emancipada e, ser gestante de alto risco acompanhada no ambulatório de alto risco gestacional. Foram excluídas mulheres que apresentavam condições que interferissem em suas habilidades de se engajar nas visitas, como transtornos mentais graves e/ou déficits cognitivos que dificultassem o envolvimento em relacionamentos.

As participantes que aceitaram integrar o estudo receberam VDs conduzidas por duas enfermeiras, estruturadas com base na teoria da relação pessoa-a-pessoa de Joyce Travelbee⁽¹³⁾. Para Travelbee, a relação interpessoal é central no cuidado de enfermagem, e uma interação autêntica é essencial para a revelação de necessidades e o desenvolvimento do cuidado⁽¹³⁾. É no encontro genuíno com a gestante que a enfermeira cria um ambiente acolhedor, onde o cuidado é construído a partir da interação entre ambos⁽¹⁵⁾.

Travelbee define cinco fases da relação interpessoal, com o objetivo de alcançar uma interação terapêutica⁽¹³⁾. Essas fases estruturaram o processo de visita, e as enfermeiras foram guiadas pelas seguintes etapas: 1) Encontro inicial: o primeiro contato entre a enfermeira e a pessoa a ser cuidada. Nesse encontro, a enfermeira se esforça para obter

informações sobre a pessoa, com o objetivo de estabelecer uma relação inicial; 2) Fase das identidades emergentes: enfermeira e pessoa cuidada criam um espaço relacional, no qual compartilham informações sobre si mesmas para se conhecerem melhor e estabelecerem um compromisso mútuo. Essa fase é superada quando ambas as partes se reconhecem e aceitam como sujeitos únicos, com suas capacidades e limitações; 3) Empatia: inclui a interação entre a profissional e a pessoa cuidada se dá em um ambiente de receptividade, com esforços compreensivos para oferecer suporte e apoio; 4) Simpatia: a confiança se torna o pilar da relação, permitindo a definição conjunta de metas realistas, específicas e adaptadas às necessidades individuais, direcionando a busca dos objetivos estabelecidos; 5) *Rapport*: as partes revisam a relação estabelecida nas fases anteriores e os resultados alcançados. Nesse momento, ocorre uma avaliação contínua da dinâmica relacional, baseada na experiência vivida durante o processo de relação pessoa-a-pessoa.

A relação pessoa-a-pessoa neste estudo foi analisada a partir das VDs estruturadas de acordo com as fases da teoria de Travelbee⁽¹³⁾, realizadas com gestantes de alto risco. Cada visita tinha como foco uma fase específica, dependendo do estágio da relação estabelecida entre as enfermeiras visitadoras e as gestantes. Para relatar e analisar o caso (a relação), as fontes de evidências foram as transcrições integrais das audiogravações e as notas de campo das enfermeiras durante as VDs.

O convite para participar do estudo foi feito pelas enfermeiras do ambulatório especializado em gestação de risco a todas as gestantes que iniciavam acompanhamento no local e atendiam aos critérios do estudo. Caso a mulher aceitasse, as enfermeiras pesquisadoras entravam em contato para explicar a proposta. Com a confirmação do interesse, agendava-se a primeira visita domiciliar. Um total de 34 mulheres foi convidado, e 17 aceitaram participar. As recusas estavam ligadas à indisponibilidade para receber as visitas.

As visitadoras eram duas enfermeiras, ambas mulheres cisgênero e heterossexuais. Todas as visitas foram audiogravadas e transcritas integralmente. As notas de campo foram registradas e incluídas em um diário logo após cada visita.

O material empírico foi analisado com base na teoria da relação pessoa-a-pessoa⁽¹³⁾, e os resultados foram apresentados seguindo as fases desse referencial, para facilitar a compreensão do desenvolvimento da relação. O primeiro procedimento de análise “momento A” consistiu em leituras repetidas do material transcrito de cada mulher participante, com foco no processo relacional e seus impactos no cuidado. Num segundo momento analítico, ainda no “momento A”, novas leituras foram realizadas, e trechos relevantes para o processo relacional foram destacados. A partir disso, cada caso (a relação com cada gestante) foi

analisado, buscando-se entender os “como” e “porquês” que estruturavam a relação, promovendo avanços ou não no cuidado. Após esse processo, a etapa final foi a redação de um texto integrando cada processo relacional, de acordo com as fases propostas por Travelbee⁽¹⁵⁾ para a relação pessoa-a-pessoa. O segundo momento analítico “momento B” foi a discussão dos resultados com base na literatura científica, seguindo um processo de análise indutivo-dedutivo.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme o Parecer nº 2.467.733, em concordância com as Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após concordarem em participar do estudo. Para garantir o anonimato, as gestantes foram identificadas pela inicial “G”, seguida de um número (G1, G2 etc.).

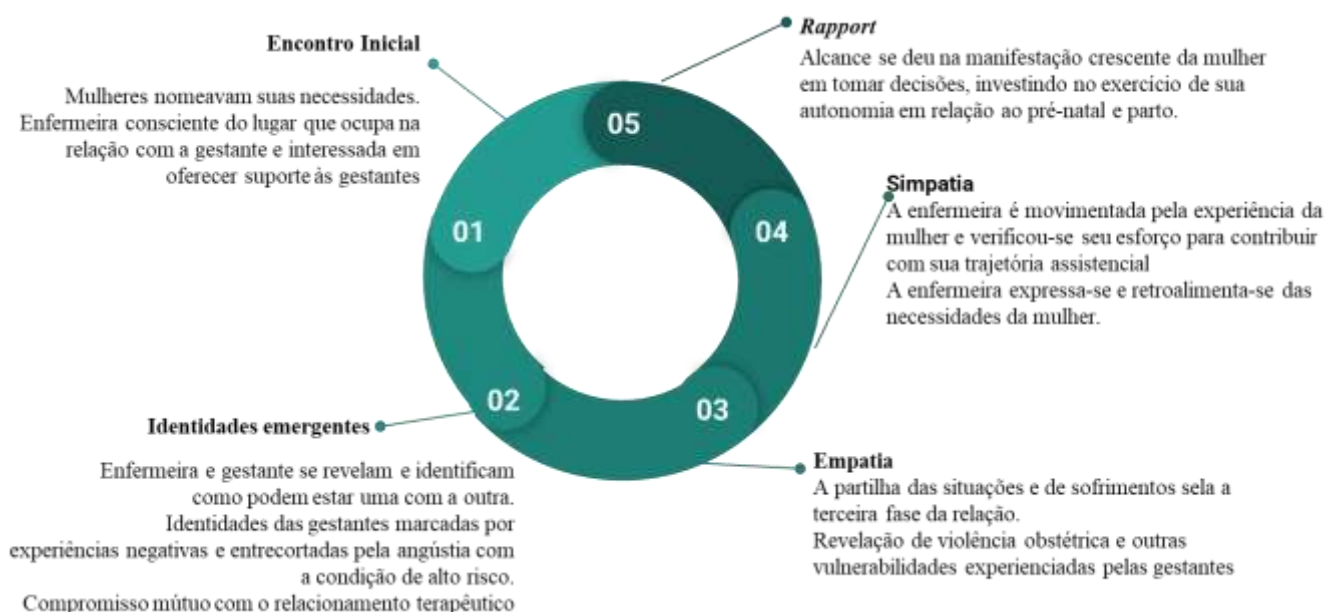
RESULTADOS

As participantes do estudo foram 17 mulheres, que receberam entre seis e 10 visitas ao longo do pré-natal e até o primeiro mês após o parto. Ao todo, foram realizadas 132 VDs, orientadas pelas fases da teoria da relação pessoa-a-pessoa de Travelbee⁽¹³⁾. Em relação aos dados sociodemográficos, a idade média das gestantes foi de 32 anos, variando entre 20 e 44 anos. Os diagnósticos que levaram à classificação de alto risco gestacional incluíam, principalmente, síndromes hipertensivas da gravidez, gestações múltiplas e diabetes mellitus gestacional, com predominância da primeira condição.

A idade gestacional no início das VDs variou de 14 a 37 semanas. Todas as gestantes estavam em relacionamento com o pai da criança e cuidavam do lar. Em relação a filiação religiosa, 13 das mulheres tinham alguma filiação, com variações entre catolicismo, evangélicos e espiritismo.

Os resultados estão organizados de acordo com as fases da relação pessoa-a-pessoa, destacando o movimento circular e dinâmico que essa relação assume ao longo das interações entre as enfermeiras e as gestantes que vivenciaram o PNAR. Vale ressaltar que a disposição das fases em sentido anti-horário foi intencional, com o objetivo de estimular a reflexão durante a leitura.

Figura 1 - Ilustração das fases da relação interpessoal de Travelbee, com foco na criação de uma interação terapêutica no contexto do PNAR.



Fonte: As autoras, 2024.

Encontro inicial

Neste momento, a enfermeira buscava conhecer a mulher a partir de sua própria apresentação, um processo que gerava impressões iniciais e influenciava a abertura para a relação, elementos essenciais para a construção da entrega relacional. No contexto deste estudo, foi evidente que as mulheres já expressavam algumas de suas necessidades nesse primeiro encontro. A necessidade de ser acompanhada de forma próxima e contínua por um profissional foi verbalizada pelas participantes, conforme o registro a seguir:

G1, imediatamente após o aceite do convite, verbaliza que alguém próximo, uma profissional de saúde próxima era o que mais desejava e precisava. (Nota de campo 14)

Nos encontros iniciais, a enfermeira, ciente da relação que pretendia construir com as gestantes, refletia sobre como esses primeiros contatos se desenvolviam. Ela avaliava a maneira como as VDs eram conduzidas ao conhecer as gestantes, relacionando esses atendimentos com o processo mais amplo de acompanhamento no PNAR. O relato a seguir ilustra a percepção da enfermeira sobre a possibilidade de ter sido invasiva ao oferecer cuidados de saúde no ambiente privado da gestante.

Lembro que G2 aceitou prontamente e com entusiasmo o convite. Agora no primeiro encontro, foi reservada e de certo modo ressabiada, acredito ter sido

como fiz a abordagem inicial: propus “Conte-me sobre sua vida e gestação”. Acho que fui invasiva nesta proposta. (Nota de campo 18)

Mesmo nos encontros iniciais, as informações compartilhadas pela mulher sobre sua situação representavam desafios e levantavam questionamentos sobre como a enfermeira poderia oferecer o suporte necessário. Esses elementos influenciavam diretamente a construção da entrega relacional.

G13 revelou-me ser aluna de doutorado, imediatamente pensei “Qual seria sua necessidade?”. Julguei estar diante de alguém que não precisava de suporte informacional. O que motivava ela a ter aceito? (Nota de campo 6)

Da parte das enfermeiras, surgiu nesta fase um movimento de planejar o cuidado e um desejo de se envolver com a mulher, especialmente quando havia demonstrações de gratidão, entusiasmo e reconhecimento por parte da gestante, valorizando a oportunidade de ter uma profissional próxima.

Ao apresentar o trabalho para G6 foi nítido ver o seu entusiasmo. Em consequência, também fiquei entusiasmada e animada [...]. Era uma das primeiras gestantes que estava a oferecer a visita domiciliar e o seu entusiasmo me deu certa esperança [...]. (Nota de campo 18)

Nos relatos registrados, percebe-se que a enfermeira desenvolveu uma compreensão sobre a disposição das mulheres em receber as visitas e sobre as vivências que transitaram entre sentimentos positivos e frustrações relacionados à gestação. Assim, mesmo que algumas gestantes demonstrassem reservas quanto ao estabelecimento de uma relação terapêutica com a visitadora, a enfermeira descreveu esses encontros como genuínos momentos de troca entre pessoas interessadas em construir um vínculo.

Depois de algumas tentativas frustradas, G17 aceitou a primeira visita. [...] Logo nesse primeiro encontro, revelou saber da necessidade do repouso, mas manifestava tristeza, pois era pessoa ativa, que gosta de trabalhar, sair e estar em contato com o meio ambiente. Nesse momento, refleti sobre o viver essa gestação longe do que G17 havia idealizado para si, quase manifestando frustração e culpa daquela condição. [...] pareceu-me que a dificuldade em seguir o regime terapêutico prescrito fez com que ponderasse o aceite à VD. Apresentou-se de modo direto e franco em seu limite e sofrimento, isso aproximou-me dela. (Nota de campo 23)

Identidades emergentes

No decorrer das VDs, observou-se que essa fase não segue uma ordem pré-estabelecida, ou seja, não é possível prever quantos encontros serão necessários para que ela

ocorra. No entanto, essa fase se instaura quando há uma abertura, tanto por parte da enfermeira quanto da gestante, para estarem verdadeiramente presentes uma com a outra.

Neste primeiro encontro com G1 senti seu desejo e abertura dela estar comigo, o mesmo ocorreu comigo, ouvir sua história gerou sentido para eu estar com ela. (Nota de campo 25)

Os relatos indicam que, ao ajustarem a relação, enfermeira e gestante buscam expandir o conhecimento mútuo. A relação se desenvolve gradualmente, com ambas demonstrando abertura e fazendo esforços para se revelarem e compreenderem como podem se apoiar reciprocamente. À medida que a enfermeira entende os determinantes das necessidades apresentadas pela gestante, reflete sobre como oferecer suporte e quais informações ainda precisa obter. Nessa fase, ambas vivenciam atributos relacionais que indicam interesse, esforço e confiança na parceria, podendo se manifestar já no primeiro encontro ou demorar alguns encontros para se concretizar.

Angústias, medos e preocupação diante a possibilidade de um novo abortamento são apresentados por G2, assim como a crítica dos profissionais relativa a gravidez, deixando claro sentir-se inadequada e solitária, o que tem levado ela a sucessivas tentativas de suicídio. O sofrimento emocional de G2 afetou-me e mobilizou-me para encontrar meios de acolher essa mulher. Saio mexida e reflexiva desta VD, as questões de sofrimento psíquicos são difíceis para mim e por isso poucas competências nesta área. Por outro lado, senti que G2 confiou em mim, contou detalhes de coisas muito íntimas. (Nota de campo 43)

Sentamos no sofá [...] perguntei e a incentivei para que falasse sobre sua vida. G12 passou a me contar sobre seus relacionamentos abusivos, as situações de violência vivenciadas, os conflitos familiares, a violência obstétrica [...]. Lembro-me de sentir extremamente tocada nesse primeiro encontro. [...] Tive o cuidado de escutar, de compreender os seus sentimentos e não intervir sobre essas questões, mas assim o farei ao passo que construiremos nossa relação. Senti nela bem-estar na minha presença, um desejo de poder falar sem filtros de si (Nota de Campo 35)

As identidades emergentes das gestantes estavam relacionadas a diferentes formas de constituição como sujeitos no mundo, às experiências anteriores com outros profissionais e às angústias provocadas por suas condições de saúde durante a gestação. Elas expressaram medo e preocupação com a possibilidade de aborto, além de descrever tristeza, solidão e um histórico de tentativas de suicídio. Para a enfermeira, o compartilhamento desses sentimentos dolorosos e íntimos era percebido como um pedido de ajuda. Durante as VDs, a enfermeira assumia o compromisso de construir um relacionamento terapêutico, e a gestante, por sua vez, respondia pactuando e se entregando aos próximos encontros.

Empatia

Nesta fase, atinge-se uma receptividade mútua, e os esforços relacionais visam uma compreensão cada vez mais profunda, com o objetivo de definir o horizonte da relação. Ficou claro que a enfermeira foi levada a ampliar sua compreensão sobre questões sociais, econômicas, emocionais e de direitos que permeiam a vida das gestantes. A partilha dessas situações e sofrimentos marcou a terceira fase da relação.

Outro aspecto destacado nesta fase foi a falta de investimento de alguns profissionais do PNAR na construção de uma relação genuína, muitas vezes executando protocolos de forma mecânica e descompromissada. À medida que a relação pessoa-a-pessoa se fortalecia, tanto a enfermeira quanto a gestante reconheciam o valor de uma presença comprometida, resultado dessa aposta na relação, o que as motivava a investir ainda mais nas interações proporcionadas pelas VDs.

Quando G4 me revelou um atendimento desrespeitoso, fiquei muito reflexiva ao pensar o quanto as mulheres necessitam de informação e autonomia para que não fossem submetidas a tratamentos desrespeitosos. A VD e o pré-natal como um todo possuem esse papel e eu, na figura da enfermeira visitadora, me sinto responsável por esse cuidado. (Nota de Campo 11)

Quando G17 me contou sobre as situações de toques excessivos, fui remetida ao termo “vagina escola”. É uma realidade tão cruel e tão próxima que me sinto responsável para que G17 lute por uma outra experiência [...]. (Nota de Campo 48)

Saber que o peso foi perguntado a ela pelo fato da balança estar quebrada, de ser a consulta restrita a medir a altura uterina, auscultar os batimentos fetais e verificar a pressão arterial incomodou-me demais. Pensar que fica esperando 1 hora, que leva quase o mesmo tempo para chegar no atendimento e em poucos minutos (cerca de 10) já ter acabado a consulta é revoltante. Mais ainda com a descrição de que ‘mal olham no seu olho’. (Nota de Campo 27)

De maneira geral, constatou-se uma ausência de vínculo relacional no PNAR, algo que se tornava cada vez mais evidente conforme as visitas progrediam. G11, por exemplo, uma mulher mais reservada, com olhar frequentemente desviado, revelava sua solidão e destacava a sensação de liberdade com a presença de uma profissional em seu lar. Ao ser questionada e ouvida, ela se apropriava de sua própria situação gestacional. A enfermeira reconheceu essa postura e adotou uma abordagem colaborativa, desejando compartilhar esse sentimento de envolvimento e empoderamento, enquanto G11 valorizava essa ajuda.

Os casos em que a empatia foi estabelecida incluíam situações de violência obstétrica e outras vulnerabilidades, que culminaram em um sentimento de responsabilização por parte

da enfermeira, manifestado no desejo de apoiar a mudança e promover o protagonismo das mulheres.

Simpatia

Nesta fase, houve um processo crescente de compartilhamento mútuo, intensificando a dança da relação. A enfermeira foi movida pela experiência da gestante, fazendo um esforço contínuo para contribuir com sua trajetória assistencial. A confiança, a disponibilidade e o acolhimento foram consolidados, de modo que as metas terapêuticas da relação se tornaram cada vez mais concretas. Isso mobilizou e ampliou a parceria para alcançá-las, com as gestantes se apropriando dos meios disponíveis e exercendo uma crescente autonomia.

Cada relação foi moldada pelas particularidades enfrentadas por cada gestante. Por exemplo, com G1, que vivenciava uma má formação fetal, o foco foi a maternidade e a concretização do vínculo com o bebê, buscando sentido para a gestação e a relação com a criança. Com G3, gestante de uma área rural, o foco estava na Rede de Atenção à Saúde (RAS), especialmente no direito de acesso e no acolhimento de suas necessidades, que estavam sendo negadas pela rede.

Nesta fase, a singularidade de cada necessidade tornou-se o centro do cuidado. Apesar de serem classificadas como gestantes de alto risco, suas demandas eram únicas e nem sempre diretamente relacionadas ao motivo da classificação de risco. Foi o processo de relação pessoa-a-pessoa que permitiu acessar essas singularidades e desenvolver um cuidado significativo para cada mulher.

G14 estava interessada pelos métodos não farmacológicos de dor. Em visitas anteriores, sem o conhecimento, citou por diversas vezes o quanto as massagens contribuíram para o relaxamento no trabalho de parto em sua experiência anterior. Nessa VD, levei várias fotos de gestantes utilizando métodos não farmacológicos e lhe mostrei [...]. ainda conversamos sobre o aleitamento materno, as dificuldades nele, desmame e sobre cuidados com o bebê no puerpério. (Relato de campo 41)

Como a mulher é quem demanda o cuidado, a enfermeira ajustava suas ações de acordo com essas necessidades, até mesmo aumentando a “dose” das VDs, como ocorreu com G8, G9 e G15, que passaram a receber visitas semanais.

Outro marco desta fase foi o reconhecimento de que algumas necessidades extrapolavam o escopo de atuação da enfermeira, exigindo o envolvimento de outros

profissionais. Para G7, foi necessária a intervenção da terapia ocupacional; já para G2, o apoio de uma psicóloga foi solicitado.

[...] quando propus a ida da estudante de terapia ocupacional, G7 não compreendeu muito bem do que se tratava [...] mas hoje, após a visita da estudante, percebi o quanto G7 se sentiu única. Ela contou para a estudante sobre os seus comportamentos, a convidou para vir mais vezes, aceitou sua presença e conversou sobre a ocupação do seu tempo. Percebo que estamos imersas na quarta fase. (Relato de Campo 22)

Hoje a visita foi conduzida pela psicóloga [...] Ela permaneceu em atendimento por mais de uma hora com G2. À gestante foi ofertado continuar com a terapia em serviço especializado. A psicóloga e eu discutimos o caso, refletimos sobre a importância e a potencialidade de interações que resgatem a alegria e a experiência positiva dessa relação mãe-bebê. De certa forma, me senti esperançosa, com a sensação de que estava a percorrer o caminho correto e de que G2 se lançava nesse caminho, com receptividade. (Relato de campo 6)

Rapport

Nem todas as gestantes alcançaram esta fase; das 17 mulheres acompanhadas, apenas 14 chegaram a esse estágio. A principal característica que marcou o alcance desta fase foi o crescente envolvimento das gestantes na tomada de decisões sobre o cuidado no pré-natal e o tipo de atendimento que desejavam receber no momento do parto, demonstrando maior autonomia.

Quando G1 estava prestes a ser submetida ao procedimento cirúrgico, ela demonstrou pleno conhecimento sobre a má formação de sua filha e todos os fatores envolvidos. G2 escolheu a via de parto desejada e a concretizou. G3, em sua busca contínua por apoio, vivenciou uma transformação no cuidado pré-natal do município, quando confiança e vínculo foram finalmente estabelecidos. G4 mostrou-se mais tranquila e consciente no uso e reconhecimento da rede de apoio para seu filho mais velho. G5 percebeu as mudanças em seu corpo e reconheceu o início do trabalho de parto. Acompanhada por seu esposo, ela deu à luz sem intervenções indesejadas, exercendo ativamente seu direito à privacidade. No caso de G6, durante uma internação não programada, ela solicitou a presença da enfermeira visitadora, que permaneceu com ela até a chegada de seu companheiro. Quando o esposo chegou, a enfermeira percebeu que ambos podiam seguir sem depender de sua presença.

Nesse momento, o que ela mais queria era ter um acompanhante, eu era essa pessoa. Se eu não estivesse ali naquele dia, ela não teria ninguém. Seria internada sozinha e passaria por suas angústias sozinha. [...] Estávamos ali em sintonia, conversando, pensando nos próximos passos. (Relato de campo 50)

Com G8, o desenvolvimento de sua parentalidade foi sendo construído ao longo do tempo. No dia do nascimento de seu filho, G11 contou com a companhia de uma amiga próxima e realizou a laqueadura, situação similar à vivida por G12, G13, G15, G16 e G17.

A irmã de G16 enviou uma mensagem no celular informando que a levou à maternidade e que estava de acompanhante. De forma bastante curiosa, me disse para ficar calma, pois G16 havia repassado a informação sobre a importância e o papel do acompanhante durante essa fase, e que já estava a exercer. (Relato de campo 46)

DISCUSSÃO

A análise das fases da relação pessoa-a-pessoa no contexto das VDs revela um processo de ajuste relacional mútuo, orientado pelo significado e pelos objetivos da relação. O alcance de uma interação terapêutica cria um ambiente relacional no qual a mulher pode se apresentar e expressar suas necessidades específicas à enfermeira. Esse processo afeta a profissional, incentivando-a a fazer esforços conscientes para estar presente com a gestante e identificar cuidados únicos, que fazem sentido no contexto compartilhado. Isso não só cria e mantém a relação, como também leva a mulher, no *rapport*, a assumir uma postura mais autônoma, acionando a enfermeira apenas quando sua presença é realmente necessária.

Nas duas fases iniciais da relação pessoa-a-pessoa, ocorrem movimentos de reconhecimento entre os envolvidos. De um lado, as gestantes de alto risco apresentam aspectos de si mesmas e observam como a profissional se comporta diante delas. Por outro lado, a enfermeira recebe essas informações e as internaliza, refletindo sobre elas à luz de seus conhecimentos prévios, inclusive de rótulos sociais. Os resultados indicam que a manutenção da disponibilidade e da abertura de ambas é essencial para promover o avanço da interação. No decorrer das VDs, surgem sinais sobre o funcionamento e os valores de cada parte, que são compartilhados e incorporados à disposição e à disponibilidade para manter a relação. Além disso, confiança, compromisso e mutualidade vão se delineando e fortalecendo o vínculo, conduzindo a relação para a fase da empatia.

As gestantes de alto risco são confrontadas com informações que geram preocupações, sofrimentos, angústias, medos, perdas e lutos⁽¹⁶⁾. Nesse contexto, a postura compreensiva da enfermeira é fundamental para acessar as nuances dessas experiências e responder efetivamente às suas necessidades. Uma abordagem centrada na pessoa se mostra essencial, pois o relacionamento transcende a passividade de ser apenas paciente ou enfermeira em um ato técnico, revelando as dimensões humanas envolvidas^(8,15) e, a partir disso, novas possibilidades.

Os resultados também destacam que, na fase inicial, a mulher não entende claramente o que pode esperar da enfermeira visitadora, assim como a enfermeira também se lança ao encontro com projeções que podem ou não se concretizar. No entanto, cabe à enfermeira fazer escolhas sobre como se portar e posicionar na relação com a mulher, e esta, por sua vez, responde a essas interações, fazendo escolhas sobre como se colocar na relação.

Nas fases de empatia e simpatia, a dupla relacional já definiu os limites e o horizonte da relação, compartilhando informações direcionadas à satisfação das necessidades em torno das quais se comprometeram. Nessa dança, o cuidado envolve uma relação aberta à entrega e ao respeito pelas particularidades do outro, conforme propõe a teoria que fundamenta este estudo⁽¹³⁾, respeitando a eficácia técnica, mas sem colocá-la no centro^(2,3).

As necessidades de suporte emergem à medida que a relação se desenvolve. As visitas domiciliares realizadas neste estudo apontaram que as principais demandas incluíam a garantia de direitos no ciclo gravídico-puerperal, o suporte informacional e o acesso aos serviços de saúde. No entanto, sabe-se que o suporte informacional no contexto da gravidez de alto risco é amplamente insuficiente, pois muitas vezes é transmitido em uma linguagem pouco compreensível para as mulheres^(17,19) e com foco na abordagem biomédica, priorizando o bem-estar fetal e as questões relacionadas ao risco obstétrico⁽²⁰⁾.

Estudos internacionais indicam que as enfermeiras ainda prestam cuidados pré-natais distantes das experiências individuais de cada gestante, perdendo oportunidades de oferecer educação em saúde e suporte em situações complexas, além de facilitar o uso mais equitativo dos recursos de saúde^(21,22).

A negação de acesso aos direitos e aos serviços de saúde foi uma constante nos resultados, marcada por atendimentos reducionistas e condutas prescritivas e punitivas de profissionais no contexto do PNAR. Esses resultados corroboram a ideia de que os riscos em outras esferas da vida das gestantes são desconsiderados ou minimizados nos atendimentos⁽²⁰⁾. As visitas domiciliares, estruturadas na relação pessoa-a-pessoa, fizeram um contraponto a esses aspectos, garantindo direitos e facilitando o acesso aos serviços.

Os achados deste estudo permitem afirmar que o sucesso prático do cuidado cria um ambiente propício para a revelação de necessidades singulares e para um processo de acolhimento igualmente único, centrado na parceria colaborativa entre profissional e gestante, sob o horizonte da autonomia da mulher. Quando o pré-natal é construído a partir da relação pessoa-a-pessoa no contexto das visitas domiciliares, os processos derivados dessa relação são essenciais para que as mulheres assumam e desenvolvam seus projetos de saúde e vida. A

interação entre enfermeira e gestante está relacionada à satisfação e à efetividade do cuidado de enfermagem por parte da mulher⁽²³⁾, sendo reconhecida como relevante para o PNAR⁽²⁴⁾.

Desenvolver a relação pessoa-a-pessoa no domicílio é um fator determinante que favorece a partilha de vidas, sofrimentos e particularidades, especialmente no contexto de uma gestação de alto risco⁽²⁵⁾. Este estudo confirma que o domicílio e a VD são elementos diferenciais, poderosos e promotores de cuidado⁽²⁵⁾, facilitando a relação pessoa-a-pessoa, desde que se mantenha uma postura crítica em relação ao modelo hegemônico de saúde que foca apenas no risco⁽²⁶⁾. A VD exige um posicionamento profissional sensível e respeitoso em relação ao que é acessado nesse ambiente diferenciado, que revela com potência as particularidades da pessoa e de sua vida⁽²⁷⁾.

Quando o profissional se permite envolver e ser guiado pelas necessidades de cada mulher, a pessoa que demanda seu cuidado, ele é afetado por essas interações, o que o impulsiona e mobiliza para a relação. Esse envolvimento confere significado e propósito ao ato de cuidar, permitindo que o profissional atribua sentido a partir da experiência de adoecimento e/ou sofrimento daqueles que necessitam de seu apoio.

O cuidado em saúde é relacional, e seu alcance depende do compromisso e da aposta nas interações. Alcançar a interação terapêutica promove crescimento e transformação ao longo do processo, possibilitando a identificação realista de problemas e o estabelecimento de ações de forma compartilhada e colaborativa, levando em consideração as circunstâncias da vida das pacientes. Dessa forma, amplia-se a possibilidade de alinhamento com dois princípios centrais da atenção à saúde no sistema de saúde brasileiro: integralidade e equidade.

Espera-se que os profissionais diretamente envolvidos no cuidado de gestantes de alto risco sejam impactados pelas discussões aqui apresentadas e, mais do que isso, promovam e pratiquem novas formas de relação no cuidado. Construir relações genuínas implica assumir um compromisso com o cumprimento de direitos e deveres, com a cidadania dessas mulheres e suas famílias, com o objetivo de mobilizar um cuidado que potencialize o sucesso prático.

Como avanço para a enfermagem e a saúde, destaca-se a necessidade de resgatar a centralidade da relação para o cuidado e renovar as práticas a partir da relação pessoa-a-pessoa. O acompanhamento de gestantes de alto risco envolve ciclos de vulnerabilidade, historicidade, acesso e direito à saúde. No entanto, apenas por meio da relação é que mudanças realistas podem ser projetadas. Este estudo indica que valorizar a relação é crucial para alcançar os resultados desejados no PNAR.

Uma limitação do estudo foi que, embora as VDs tenham sido realizadas por duas enfermeiras, nem sempre foi possível que ambas estivessem presentes ao mesmo tempo no domicílio das gestantes. Esse ponto foi minimizado pela semelhança de valores, concepções, experiência profissional e formação acadêmica entre as profissionais, com ênfase na abordagem centrada na pessoa e na família, e na valorização da relação para o cuidado em saúde e enfermagem.

Além disso, houve limitações no alcance e na resolução das necessidades de saúde das mulheres, visto que a complexidade dessas demandas exigia o envolvimento dos serviços da APS, o que não ocorreu durante o acompanhamento das 17 gestantes. Mesmo com a aposta na relação pessoa-a-pessoa, a ausência de serviços disponíveis na rede de atenção gerou lacunas no atendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação pessoa-a-pessoa no contexto das visitas domiciliares de enfermeiras a gestantes de alto risco revelou-se permeada pelo estabelecimento de vínculo e pelo aprofundamento da relação terapêutica entre a enfermeira e as mulheres. Ao longo do estudo, foram evidenciadas necessidades individuais, assim como um processo de reflexão da enfermeira sobre seu papel no acompanhamento. As mulheres, por sua vez, alcançaram maior autonomia ao final do período de estudo. Embora seja um conceito abstrato, a relação pessoa-a-pessoa nas VDs resultou em sucessos práticos tanto para as participantes quanto para as enfermeiras, porque foi possível compreender os valores da relação intersubjetiva assumidos na experiência da visita.

Alocar a relação como elemento central do cuidado torna as interações mais autênticas, abrindo-se para experiências que tocam a existência humana. Isso permite a produção subjetiva do cuidado, integrando o processo relacional ao agir técnico, legitimando diferentes tecnologias de cuidado e, consequentemente, atendendo às diversas e complexas necessidades do materno em alto risco, sem obscurantismos.

Ao divulgar os resultados desta pesquisa, amplia-se a discussão sobre a importância de reconhecer a relação como prática central no cuidado e a necessidade de formar profissionais de saúde para isso. Na enfermagem, a teoria de Travelbee reforça a centralidade da relação para o cuidado, ressaltando a importância de que políticas e programas considerem o cuidado de forma ampliada, com estímulo ao acolhimento, ao diálogo e ao vínculo nas práticas de saúde.

É essencial dar ênfase à relação enfermeiro-paciente, apostando em todos os espaços dedicados ao cuidado, pois isso é um elemento valioso tanto para a prática quanto para a formação profissional. Assim, recomenda-se considerar a relação como uma dimensão essencial do cuidado, que deve ser o eixo condutor da assistência. Caso contrário, a falta dessa consideração fragiliza todas as outras tecnologias, pois o cuidado se configura na relação, uma concepção fundamental para o enfermeiro, permitindo reflexão e mudança na prática.

REFERÊNCIAS

1. Quiroz-Hidrovo AL, Larrea-Killinger C, Rodríguez-Martín D. The Hegemony of the Biomedical Model from the representations of health care worker in the context of a health care model with an intercultural approach in Chugchilán, Ecuador. *Saúde Soc.* 2024;33(1):e230087en. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902024230087en>
2. Paiva VSF, Ayres JRCM. Human rights, vulnerability, and critical reflection on HIV/AIDS prevention in the syndemic context. *Cad Saúde Pública.* 2023;39(suppl 1):e00186423. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT186423>
3. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO; 2009. 284 p. (Clássicos para integralidade em saúde).
4. Brilhante APCR, Jorge MSB. Institutional violence in high-risk pregnancy in the light of pregnant women and nurses. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(5):e20180816. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0816>
5. Alves AM, Silva MGS, Silva JA, Amorim KPC. Maternal health, vulnerability and violation: memories of women from the northeast of Brazil who have had near-death experiences. *Interface.* 2022;26(supl 1):e220291. <https://doi.org/10.1590/interface.220291>
6. Paes RLC, Rodrigues DP, Alves VH, Silva SED, Cunha CLF, Carneiro MS et al. The prenatal nursing consultation from the perspective Of Kristen Swanson's Theory of care. *Cogitare Enferm.* 2022;27:e82601. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.82601>
7. Silva EBF, Silva JMO, Santos JDS, Leandro VLFO, Comassetto I, Holanda JBL, et al. Difficulties and challenges faced by nurses in high-risk prenatal care: a phenomenological study Research, Society and Development. 2022;11(8):e12911830291. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i8.30291>
8. D'agostini FCPA, Charepe ZB, Reticena KO, Siqueira LD, Fracolli LA. Experiences of interaction between teenage mothers and visiting nurses: a phenomenological study. *Esc Enferm USP.* 2020;54(supl):1-7. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019030103635>
9. Oliveira AIB, Wernet M, Petruccelli G, Silveira AO, Ruiz MT. Home visit to premature and low birth weight newborns: nurse's experience report. *Rev Esc Enferm USP.* 2023;57. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0209en>

10. Spinosa CZ, Burrell L, Bower KM, O'Neill K, Duggan AK. Moving toward precision in prenatal evidence-based home visiting to achieve good birth outcomes: assessing the alignment of local programs with their national models. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):812. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09815-8>
11. Pan Z, Veazie P, Sandler M, Dozier A, Molongo M, Pulcino T, Parisi W, Eisenberg KW. Perinatal health outcomes following a community health worker-supported home-visiting program in Rochester, New York, 2015-2018. *Am J Public Health.* 2020;110(7):1031-3. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305655>
12. Campbell DT, Yin RK. Case study research and applications: design and methods. 6th ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2018.
13. Travelbee J. Intervention in psychiatric nursing: Process in the one-to-one relationship. Philadelphia: Davis Company; 1969.
14. Secretaria Municipal de Saúde. Unidades de Saúde. [Internet]. 2019 [cited 27 fev 2024]. Available from: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/saude/115420-unidades-de-saude.html>
15. Parola V, Coelho A, Fernandes O, Apóstolo J. Travelbee's Theory: Human-to-Human Relationship Model - its suitability for palliative nursing care. *Rev Enferm Referência.* 2020;5(2):1-7. <https://doi.org/10.12707/RV20010>
16. Ferreira SN, Lemos MP, Santos WJ. Social Representations of pregnant women attending specialized service in high risk management. *Rev Enferm Centro-Oeste Mineiro.* 2020;10:e3625. <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3625>
17. Souza BF, Bussadori JCC, Ayres JRCM, Fabbro MRC, Wernet M. Nursing and hospitalized high-risk pregnant women: challenges for comprehensive care. *Rev Esc Enferm USP.* 2020;54:e03557. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018036903557>
18. Silva FL, Russo J, Nucci M. Gravidez, parto e puerpério na pandemia: os múltiplos sentidos do risco. *Horiz Antropol.* 2021;27(59):245-65. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000100013>
19. Lourenço JC, Medeiros FF, Rodrigues MH, Ferrari RAP, Serafim D, Cardelli AAM. Guidelines on high-risk prenatal delivery in health services. *Rev Enferm UFSM.* 2020;10(85):1-20. <https://doi.org/10.5902/2179769241357>
20. Marques BL, Tomasi YT, Saraiva S dos S, Boing AF, Geremia DS. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. *Esc. Anna. Nery.* 2021;25(1). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098>
21. Arefadib N, Shafiei T, Cooklin A. Barriers and facilitators to supporting women with postnatal depression and anxiety: A qualitative study of maternal and child health nurses' experiences. *Journal of Clinical Nursing.* 2022;32:397-08. <https://doi.org/10.1111/jocn.16252>

22. Renbarger KM, McIntire E, Twibell R, Broadstreet A, Place JM, Trainor KE et al. Descriptions of Maternal Mortality From Nurses Who Practice in Perinatal Settings. *Nursing for Women's Health*. 2022;43(4):288-98. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2022.05.003>
23. Alnuaimi K, Oweis A, Habtoosh H. Exploring woman-nurse interaction in a Jordanian antenatal clinic: a qualitative study. *Midwifery*. 2019;72:1-6. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.01.008>
24. Curtin M, Murphy M, Savage E, O'Driscoll M, Leahy-Warren P. Midwives', obstetricians', and nurses' perspectives of humanised care during pregnancy and childbirth for women classified as high risk in high income countries: a mixed methods systematic review. *PLoS One*. 2023;18(10):e0293007. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0293007>
25. Souza BF, Marski BSL, Bonelli MA, Ruiz MT, Wernet M. Solicitude in home visit of nurses in high-risk prenatal care: an experience report. *Esc Anna Ney*. 2022;26:1-7. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0328>
26. Quirino TRL, Jucá AL, da Rocha LP, Cruz MSS, Vieira SG. A visita domiciliar como estratégia de cuidado em saúde: reflexões a partir dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. *Rev Sustinere*. 2020;8(1):253-73. <https://doi.org/10.12957/sustinere.2020.50869>
27. Leal NP, Versiani MH, Leal MC, Santos YRP. Social practices of labor and birth in Brazil: the speech of puerperal women. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(3):941-50. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.13662020>

Disponibilidade de dados e material

O acesso ao conjunto de dados poderá ser realizado mediante solicitação ao autor correspondente.

Contribuição de autoria

Curadoria de dados: Bruna Felisberto de Souza e Bruna de Souza Lima Marski.

Análise formal: Bruna Felisberto de Souza, Monika Wernet, Aline Oliveira Silveira, Vilma Constancia Fioravante dos Santos e Bruna de Souza Lima Marski.

Metodologia: Bruna Felisberto de Souza, Monika Wernet e Bruna de Souza Lima Marski.

Administração de projeto: Bruna Felisberto de Souza e Monika Wernet.

Supervisão: Monika Wernet.

Validação: Bruna Felisberto de Souza, Monika Wernet, Aline Oliveira Silveira, Vilma Constancia Fioravante dos Santos e Bruna de Souza Lima Marski.

Escrita, revisão e edição: Bruna Felisberto de Souza, Monika Wernet, Aline Oliveira Silveira, Vilma Constancia Fioravante dos Santos e Bruna de Souza Lima Marski.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

Autor correspondente:

Bruna Felisberto de Souza

E-mail: souza.brunaf@gmail.com

Recebido: 16.05.2024

Aprovado: 24.09.2024

Editor associado:

Carlise Rigon Dalla Nora

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira