

DESENVOLVIMENTO DE UM INSTRUMENTO ADAPTADO PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL: PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO

DEVELOPMENT OF AN ADAPTED INSTRUMENT FOR GESTATIONAL RISK STRATIFICATION: IMPLEMENTATION PROPOSAL

GOMES, Bruna Katerine Godinho¹
FAGUNDES, Thirza Almeida Lima²
DIAS, Cristiano Leonardo de Oliveira³
HOLZMANN, Ana Paula Ferreira⁴

RESUMO

Objetivo: Propor a implementação de um instrumento validado e adaptado para estratificação de risco gestacional em uma Unidade Básica de Saúde. **Método:** Trata-se de uma pesquisa-ação, de natureza descritiva realizada em 2022. Planejou-se a coparticipação dos profissionais em adaptar um formulário para classificar as gestantes. A Pesquisa-Ação contemplou as oito fases do roteiro de McKay e Marshall e a coleta de dados foi por meio do formulário após adaptação e dados dos prontuários das gestantes. A pesquisa cumpriu as diretrizes ético-legais por meio do Parecer: 4.272.156. **Resultados:** Foram realizadas 211 consultas de pré-natal pela mentora do estudo e 186 pelos enfermeiros de Saúde da Família com o uso do instrumento. A ausência de anotações nos prontuários foi a principal lacuna identificada, o que comprometia a classificação do risco gestacional. Foi possível destacar pontos positivos mesmo que a pesquisa não tenha sido totalmente implementada. Houve adesão da equipe de enfermagem ao uso do instrumento, o que resultou em encaminhamentos mais adequados das gestantes. **Considerações finais:** Os resultados positivos obtidos com a utilização do instrumento nas consultas evidenciam que a sistematização da assistência trouxe benefícios para a organização e para a qualidade do atendimento prestado pelos enfermeiros.

Palavras-chave: Gravidez de Alto Risco. Enfermagem Obstétrica. Encaminhamento e Consulta. Cuidado Pré-natal.

ABSTRACT

Objective: To propose the implementation of a validated and adapted instrument for gestational risk stratification in a Basic Health Unit. **Method:** This is an action research, of a descriptive nature, carried out in 2022. It was planned the co-participation of professionals in adapting a form to classify pregnant women. The Action-Research contemplated the eight phases of McKay and Marshall's script and data collection was through the form after adaptation and data from the pregnant women's medical records. The research complied with the ethical-legal guidelines through Opinion: 4.272.156. **Results:** 211 prenatal consultations were carried out by the study mentor and 186 by the Family Health nurses using the instrument. The absence of notes in the medical records was the main gap identified, which compromised the classification of gestational risk. It was possible to highlight positive points even though the survey has not been fully implemented. The nursing team adhered to the use of the instrument, which resulted in more appropriate referrals for pregnant women. **Final considerations:** The positive results obtained

1 Enfermeira obstetra pela Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Montes Claros/MG. Email: brunnahk@gmail.com

2 Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Docente do departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Montes Claros/MG. Email: thirzalimaaf@gmail.com

3 Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Docente do departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Montes Claros/MG. Email: cristiano.dias@unimontes.br

4 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Montes Claros/MG. Email: apaulah@uol.com.br

with the use of the instrument in consultations show that the systematization of care brought benefits to the organization and to the quality of care provided by nurses.

Keywords: High-Risk Pregnancy. Obstetric Nursing. Referral and Consultation. Prenatal care.

INTRODUÇÃO

A gestação é um processo natural em que o corpo feminino se adapta para gerar um bebê. Na maioria dos casos, a evolução gestacional ocorre sem complicações, com duração média de 40 semanas. Durante esse período, ocorrem diversas mudanças físicas, hormonais, mentais e sociais (BRASIL, 2012; OLIVEIRA; LIMA, 2017; SANTOS et al., 2019).

Para o acompanhamento pré-natal, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são a opção preferida da maioria das gestantes (SANINE et al., 2019). É importante destacar que o pré-natal realizado nas UBS tem um impacto significativo na redução da mortalidade materna e fetal (FERNANDES et al., 2019).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), é recomendado que as gestantes realizem no mínimo seis consultas de pré-natal, começando no primeiro trimestre e seguindo até o final da gestação. Durante essas consultas, além da anamnese, exame físico e solicitação de exames, também é importante fazer a classificação de risco gestacional e mantê-la atualizada em cada consulta (BRASIL, 2019).

O risco gestacional pode ser dividido em três categorias: Habitual, Intermediário e Alto. O risco habitual refere-se a uma gravidez sem complicações, com condições de internamento e ausência de problemas clínicos ou obstétricos. Nesses casos, a gestação é considerada de baixo risco e pode ser concomitante exclusivamente na UBS (OLIVEIRA; LIMA, 2017; BRASIL, 2019).

No risco intermediário, a gestante apresenta alguns fatores de risco e requer vigilância contínua, mas o fluxo de pré-natal e parte é semelhante ao risco habitual. A complexidade da situação aumenta de acordo com o número de critérios de cuidados combinados e de internação adicional. Se necessário, de acordo com a avaliação clínica realizada na UBS, a gestante deve receber cuidado compartilhado e ser direcionada para atenção especializada (BRASIL, 2013, 2016, 2019, 2022).

A gestação de alto risco exige um acompanhamento profissional especializado devido ao

aumento do risco e da necessidade de maiores intervenções. No entanto, mesmo nessas situações, é importante que a gestante seja concomitante atendida pela Unidade Básica de Saúde (UBS) por fazer parte do Sistema Único de Saúde (SUS) (OLIVEIRA et al., 2021; RODRIGUES, 2018).

No Brasil, aproximadamente 15% das gestações são consideradas de alto risco, o que aumenta significativamente as chances de complicações e mortalidade materna e/ou fetal (BRASIL, 2019). Em um estudo realizado na cidade de Montes Claros, interior de Minas Gerais, entre 2008 e 2013, registrou-se um aumento significativo na taxa de mortalidade materna por causas evitáveis. O número de óbitos aumentou de 38,6 em 2008 para 86,6 por 100 mil nascidos vivos em 2013, um aumento de 48% (VERSIANI; FONSECA; CALDEIRA, 2017).

As ações de prevenção são indispensáveis durante o acompanhamento pré-natal e, quando realizadas com qualidade, podem reduzir significativamente a morbidade/mortalidade materna, a prematuridade e o óbito neonatal de forma oportuna (MORAES et al., 2019; DALLA et al., 2016).

A adesão aos critérios de classificação de risco durante o pré-natal é uma estratégia importante para direcionar os cuidados de saúde e lidar com condições clínicas indesejadas que podem estar ocultas por queixas comuns da gestação (RODRIGUES, 2018). A estratificação de risco gestacional visa garantir que cada gestante receba o cuidado necessário de equipes especializadas, de acordo com suas demandas. (BRASIL, 2022).

Assim, fez-se necessário a adoção de um instrumento norteador para uma adequada Classificação de Risco Gestacional dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa Classificação é decisiva quanto ao encaminhamento correto e as condutas a serem seguidas (FERNANDES et al., 2019).

Neste contexto, o objetivo do presente estudo foi propor a implementação de um instrumento validado e adaptado para estratificação de risco gestacional em uma Unidade Básica de Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa-ação, de natureza descritiva realizada em uma UBS da cidade de Montes Claros, interior de Minas Gerais, no período de abril a novembro de 2022.

Para a seleção dos participantes foi adotado como critério de inclusão, ser profissional que realiza acompanhamento do pré-natal, e que atue nas unidades ESF com atuação da residência da Enfermagem. Como critério de exclusão: profissionais que estavam de licença ou férias durante o período da pesquisa. Como se trata de uma pesquisa-ação não foi necessário realizar cálculo amostral.

Os dados utilizados para realização da presente pesquisa, foram coletados por uma enfermeira Residente em Enfermagem Obstétrica (REO) enquanto cumpria a carga horária obrigatória na UBS. O referido local era dividido em três equipes de saúde da família e possuía um total de 77 gestantes cadastradas que faziam pré-natal regularmente em março de 2022.

A pesquisa-ação seguiu as oito etapas propostas por Mckay e Marshall (2001). A primeira etapa consistiu na identificação do problema ou das perguntas a serem investigadas. Na segunda etapa, o pesquisador aprofunda-se no problema e busca evidências relevantes. A terceira etapa envolve o desenvolvimento de um plano de ação. A quarta etapa é a implementação desse plano.

Na quinta etapa, realiza-se o monitoramento dos resultados e compartilha-se as dificuldades encontradas. A sexta etapa é resolvida: se o problema for resolvido, passa-se para a oitava etapa; caso contrário, são implementadas ações corretivas na sétima etapa. A sétima etapa é repetida até que os resultados sejam fortes. A última fase é a conclusão, quando o problema deve

estar solucionado. (MCKAY; MARSHALL, 2001; COSTA; POLITANO; PEREIRA, 2014).

Foi utilizado o Instrumento para Classificação de Risco Gestacional, um formulário adaptado com base no protocolo da Secretaria de Saúde de Santa Catarina, (2018). Além disso, a coleta de dados foi realizada por meio dos prontuários de gestantes que passaram por consultas de pré-natal da REO, os quais foram registrados tanto em formato impresso quanto digital, pelos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros(as) e médicos(as) da UBS.

Após a coleta, todos os dados foram organizados em um software de planilhas eletrônicas (Excel) que continha variáveis clínicas e socio-demográficas das gestantes.

Esta pesquisa é um subprojeto do macroprojeto: Condições de Saúde de Mulheres e Recém-nascidos Assistidos pela Enfermagem em Montes Claros, Minas Gerais, aprovado sob o Parecer 4.272.156. O proposto trabalho, obedeceu os aspectos éticos da Resolução nº 466/2012. Foi apresentado o Termo de Concordância da Instituição para participação em Pesquisa para a Secretária de Saúde do município de Montes Claros, realizada a leitura do Termo de Responsabilidade para o acesso, manipulação, coleta e uso das informações de sigilo profissional para fins científicos para a gerente da UBS e também do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os participantes.

RESULTADOS

Para melhor orientar o entendimento dos passos da pesquisa-ação, foi adaptado o diagrama de Mckay e Marshal (2001), mostrando as oito fases do roteiro de pesquisa ação, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1- Processo de adaptação e implementação do Instrumento para Classificação de Risco Gestacional conforme as oito fases do roteiro de McKay e Marshal para pesquisa ação, Montes Claros-MG, 2022.



Fonte: Adaptado pela autora a partir do roteiro de McKay e Marshal (2001).

Por mais que na ilustração mostre um modelo estático, é importante ressaltar que o método é dinâmico devido seu caráter iterativo. Embora as etapas possuam uma lógica de relacionamento entre elas, na prática, ocorreram situações que foi necessário voltar à etapa anterior para pequenos ajustes antes de prosseguir.

Etapa 1 - Identificação do problema a ser resolvido

A oportunidade para o desenvolvimento deste estudo surgiu a partir da observação da falta de anotações nos prontuários e nas cadernetas das gestantes sobre a classificação de risco que se encontravam no momento, além disso, não existia nenhuma ferramenta com as indicações de encaminhamento. Havia a necessidade de um material concreto de referência atual e confiável

para classificar o risco da gestante durante a consulta. Essa observação sucedeu-se durante as consultas de enfermagem realizadas por uma enfermeira que atuava na UBS, durante a residência em Enfermagem Obstétrica.

Etapa 2 - Reconhecimento. Fatos sobre o problema. Pesquisa na literatura

A pesquisa foi motivada pelos problemas observados no atendimento às gestantes, incluindo encaminhamentos sem justificativa clara, o que gerava contra referência ou demora no atendimento especializado e outras, nem eram encaminhadas por falta de conhecimento dos critérios de encaminhamento pelos profissionais. Essas conclusões foram obtidas por meio de observações subjetivas e empíricas realizadas pela REO.

Para solucionar o problema, inicialmente

foram realizadas pesquisas na literatura para dar embasamento teórico-científico sobre a importância de referenciar as gestantes de forma correta e para preparar uma capacitação que foi

apresentada para os profissionais. Nessa etapa que o instrumento base da Secretaria de Estado da Saúde De Santa Catarina foi encontrado (Figura 2).

Figura 2- Instrumento para Classificação de Risco Gestacional. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2020.

INSTRUMENTO PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL	
REDE CEGONHA – SANTA CATARINA	
Critérios para encaminhamento para serviços Ambulatoriais de Gestação de Alto Risco¹	
DATA	
PONTUAÇÃO	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL	
RISCO.....10 ou + Pontos	ALTO (Encaminhamento imediato ao serviço de Alto Risco)
RISCO..... 5 a 9 Pontos	MÉDIO (Acompanhamento na Atenção básica)
RISCO..... até 4 Pontos	BAIXO(Acompanhamento na Atenção básica)
1 – IDADE: (-) de 15 anos.....1 (+) de 35 anos.....1	7 - PATOLOGIAS DE RISCO ATUAL: OBSTÉTRICAS + GINECOLÓGICAS Placenta prévia.....5 Placenta prévia com sangramento.....10 Câncer materno c/ diagnóstico durante a gestação.....5 Neoplasias ginecológicas na gestação atual.....10 Doença Hemolítica.....10 Isoimunização.....10 Mal Formações Congênitas que interferem na via de parto e/ou c/ necessidade de atendimento especializado ao RN.....10 Crescimento Uterino Retardado.....10 Polihidramnio/Oligoidramnio.....10 Doença Hipertensiva da Gestação.....10 Diabetes Gestacional.....10 Gemelaridade.....10 Incomp. Istmo Cervical.....10
2 – ESCOLARIDADE: Sabe Ler e Escrever: Não.....1	8- MÉDICAS E CIRURGICAS. Cardiopatias.....10 Pneumopatias Graves (DPOC, Auma).....10 Diabetes Mellitus.....10 Doenças Auto-ímmunes(Colagenose).....10 Psicose puerperal na gestação atual.....10 Uso de medicos com potencialidades teratogênicas (Anticonvulsivantes:Barbitúricos, carbamazepina, lamotrigina, fenitoína, primidona e fenobarbital.Estabilizadores de humor: Carbonato de lítio, ácido valproico e carbamazepina).....10 Doença Renal Grave.....10 Hemopatias e Anemia grave (Hb<8).....5 Hipertensão Arterial descompensada/mal conduzida.....10 Infecção Urinária de repetição (pielonefrite ou infecções 3x ou +).....10 Infecções Graves e Hepatite B e C.....10 AIDS/HIV c/ diagnóstico na gestação.....10 Sífilis.....5 Tuberculose na gestação.....10 Toxoplasmose.....10 Dep. de Drogas.....10 Alcoolismo.....10 Trombofilia.....10 Endocrinopatias.....10 Alterações da Tireóide descompensadas ou c/ diagnóstico na gestação.....10
3 – ACEITAÇÃO DA GRAVIDEZ: Não aceita.....1	
4 – HABITOS: Tabagista: Sim.....2	
5 - AVALIAÇÃO NUTRICIONAL: Baixo Peso(IMC<18, 5kg/m2) e/ou ganho de peso inadequado e/ou anemia.....1 Sobrepeso(25-29,9kg/m2).....1 Obesidade (IMC>30kg/m2).....5	
6 – ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS E CLÍNICOS: 2 Abortamentos espontâneos consecutivos.....5 Incompetência Istmo Cervical.....10 Natiímorto.....5 Prematuridade na gestação anterior.....5 Óbito Fetal.....5 Eclampsia.....10 Anomalias do trato genito urinário e/ou pelva com repercussão no trajeto de parto.....5 Placenta Prévia na gestação anterior.....5 Descol. Prem. de Placen.....5 Restrição de Cresc. Intrauterino na gestação anterior.....5 Último Parto Cesário (-) de 12 meses.....2 + 1 Filho Prematuro.....5 Pré eclampsia.....5 AIDS/HIV c/ diagnóstico prévio.....5 Tuberculose c/ tratamento prévio a gestação.....5 Alterações da tireoide.....5 Epilepsia e doenças neurológicas.....5 Doenças psiquiátricas.....5 Psicose puerperal.....5	

Baseado nas publicações do MS: Manual Técnico Gestação de Alto Risco e Caderno de Atenção Básica Nº 32 - Atenção ao Pré Natal de Baixo Risco

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (2020).

Etapa 3 - Planejamento das atividades a serem realizadas

Esta fase teve início com uma discussão com a preceptora de residência da UBS, com o objetivo de buscar estratégias para solucionar o problema identificado. A partir dessa discussão, surgiu a ideia de promover uma capacitação para a equipe responsável pelo pré-natal, composta por enfermeiros e médicos. Vale ressaltar que, na época, uma das equipes da UBS estava sem médico, o que motivou o convite para quatro enfermeiros, incluindo a preceptora de residência, e duas médicas.

Para a capacitação, foram entregues convites com data e horário previamente combinados de acordo com a disponibilidade dos mesmos. Dos seis profissionais da UBS que realizam pré-natal, puderam participar cinco, sendo uma médica (20%) e quatro enfermeiros (80%), um homem (25,0%) e três (75%) mulheres. O segundo médico convidado estava de atestado.

Dos quatro enfermeiros, uma era doutoranda preceptora de residência em saúde da família e estava a mais de sete anos na assistência. Duas enfermeiras eram residentes em saúde da família (50%) e estavam atuando na assistência pela primeira vez, o único enfermeiro homem (25%), também residente, tinha três anos de experiência em saúde da família antes da residência. Os enfermeiros tinham de 28 a 32 anos, com média de 29 anos e três meses.

A única médica participante, tinha 29 anos, era especialista em clínica médica e em saúde da família na modalidade de residência, após formada tinha menos de um ano de experiência.

Sobre a formação, foi planejada como aula expositiva dialogada, e estudos de casos que foram discutidos pelos participantes ao final da formação. Além disso, foi mostrado o trabalho que serviu como base para esta pesquisa, intitulado Instrumento para Classificação de Risco Gestacional na atenção básica - Critérios para encaminhamento para serviços Ambulatoriais de Gestação de Alto Risco. Esse trabalho foi realizado em 2018 sendo resultado da dissertação de mestrado Referência e contra referência no cuidado da gestante de alto risco em rede de atenção à saúde sob a ótica da complexidade (Figura 2).

Posteriormente, o instrumento foi adotado como protocolo da Secretaria de Saúde de San-

ta Catarina em 2020. Nele a gestante era classificada como: Baixo risco (zero a quatro pontos), nesse somatório o pré-natal é realizado na Atenção Básica pelo enfermeiro e pelo médico. No intermediário (cinco a nove pontos) recebe atendimento na Atenção Básica pelo médico na maioria das vezes, e com o enfermeiro em menor proporção, e Alto risco (10 ou mais pontos) nesse caso a gestante é referenciada para atenção secundária (RODRIGUES, 2018). Essa dissertação foi baseada no Manual Técnico Gestação de Alto Risco e Caderno de Atenção Básica Nº 32, do Ministério da Saúde (2012).

Após apresentado o formulário que embasou este estudo, foi sugerido um modelo adaptado pré-confeccionado para a pesquisa em questão que teve como referência o mais atual Manual de gestação de alto risco, do Ministério da Saúde de 2022. A finalização do instrumento contou com o auxílio dos profissionais participantes.

No novo modelo, foram realizadas adaptações de acordo com as atualizações de 2022 do Ministério da Saúde, incluindo variáveis nutricionais, socioeconômicas, familiares, condições clínicas anteriores à gestação, histórico reprodutivo anterior e intercorrências clínicas relacionadas à gestação atual. Essas variáveis foram analisadas e pontuadas de acordo com o estudo base de Rodrigues (2018)^{12,19}, classificando os riscos em três categorias: risco habitual (zero a quatro pontos), risco intermediário (cinco a nove pontos) e alto risco (10 ou mais pontos).

Outra atividade realizada posteriormente que necessitava ser planejada com antecedência era o pré-teste. O pré-teste serve para identificar possíveis falhas que possam interferir negativamente na coleta de dados e nos resultados finais do trabalho, além de verificar a fidedignidade, a validade e a operabilidade do instrumento (MARCONI; LAKATOS, 2010, p. 297).

Para tanto, foram realizadas 15 consultas de pré-natal com aplicação do Instrumento. Durante o pré-teste foi verificada a necessidade de adequações no instrumento como a organização dos riscos ordem alfabética e a inserção de um cabeçalho para colocar o nome da gestante já que alguns enfermeiros cogitaram deixar a folha do instrumento fixada ao prontuário físico, junto da evolução de pré-natal conforme a Figura 3.

Figura 3- Instrumento para Classificação de Risco Gestacional, Montes Claros-MG, 2022.

INSTRUMENTO PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL		ENTREÇO:
Critérios para encaminhamento para serviços Ambulatoriais de Gestão de Alto Risco		
GESTANTE:		
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL RISCO HABITUAL..... até 4 Pontos (Acompanhamento somente na Atenção básica) RISCO INTERMEDIÁRIO..... 5 a 9 Pontos (Acompanhamento na Atenção básica + Atenção especializada, se necessário) ALTO RISCO..... 10 ou + Pontos (Encaminhamento imediato ao serviço de Alto Risco)		
Referência: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Apoio Programático. Manual de gestão de alto risco (recurso eletrônico). Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 659p.		
1. IDADE: De 16 a 34 anos 0 < 15 anos 5 > 35 anos 5 > 40 anos 10	Diabetes melita 1 e 2, tipo e hipertensão em uso de medicamentos 10 Diagnóstico de HIV/AIDS (anterior ou na gest. atual) 10 Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, síndrome do anticorpo antilipídico, artrite reumatóide, e outras colagenoses) 10 Doenças genéticas raras 10 Doenças hemat. falciforme, púrpura, trombocitopenia idiopática, talassemia e coagulopatias 10 Doenças infecciosas: tuberculose, hanseníase, hepatite, condições acuminado (po canal vaginal ou no colo uterino, ou lesões extensas/transecionais localizadas em região genital ou perineal) 10 Doen. neurol. epilepsia, acidente vascular cerebral, déficits motores graves 10 Doen. psiq. grave. Psicose, depressão grave, transtorno mental bipolar etc 10 Ginecopatias (neoplásias uterinas, útero bicornú, miomas intramurais > que 4 cm ou múltiplos e miomas submucosos, ou cirurgia uterina prévia fora da gestação) 10 Hipertensão arterial crônica 10 História de tromboembolismo (TVP ou embolia pulmonar) 10 Depressão e ansiedade leves sem necessidade de tratamento medicamentoso 5 Nefropatias graves (insuficiência renal e rins poliquísticos) 10 Transplantes 10 Uso de medicamentos com potencialidades teratogênicas 10 Paraneoplasias graves (asma em uso de medicamento contínuo, doença pulmonar obstrutiva crônica e fibrose cística) 10	6. CONDIÇÕES E INTERCORRÊNCIAS, CLÍNICAS OU BSTÉTRICAS, NA GESTAÇÃO ATUAL: Ausência de intercorrências ou obstétricas na gravidez anterior e/ou na atual 0 Acretismo placentário ou placenta prévia (diagnóstico confirmado após 22 semanas) 10 Anemia grave (Hb <9, ou anemia reativa a transfusão) 10 Anemia leve a moderada (Hb 9-11g/dl) 5 Clórcio real com obstrução 10 Citossgilovíria 10 Condições acuminado (verruca viral no canal vaginal ou colo uterino ou lesões extensas/transecionais localizadas em região genital ou perineal) 10 Descolamento prematuro de placenta sangrante ou não 10 Diabetes Gestacional com necessidade de insulina 10 Diabetes Gestacional tratada com dieta sem repercussão fetal 5 Feto percentil 90%, suspeita de macrosomia 10 Gestação gemelar ou dicóricas-âmnioânicas 8 Hanseníase 10 Hemorragias na gestação ou Doença Hemolítica 10 Hepatite 10 Hepatopatas (ex. colostia gestac., elevação de transaminases, prurido gestacional ou icterícia) 10 Híspes simples 8 Injúria com Restrição de crescimento fetal 10 Infecção Urinária (≥ 2 ocorrências ou ≥ 2 episódios de pielonefrite 10 Infecção venérea até 20 semanas ou 1 episódio de pielonefrite 8 Insuficiência Intera Cervical (suspeita ou diagnóstico) 10 Incompatibilidade Rh 10 Malformação fetal ou anómia cardíaca fetal (suspeita ou diagnóstico) 10 Oligomnimo/polidrímio 10 Patologia de maior complexidade/ necessidade de acomp. especializado 10 Rubéola 10 Sífilis primária ou secundária (2 semanas a 1 ano) 8 Sífilis terciária ou resistente a penicilina e achados serológicos suspeitos de sífilis congênita 10 Síndromes hipertensivas (Pré eclâmpsia, hipertensão gestacional) sem sinais de gravidade 8 Suspeita ou diagnóstico de Dengue, Zika ou Chikungunya (quadro febril enterométrico) 8 Toxoplasmose IgM 8 Trabalho de parto pré-termo iniciado na gestação atual 10 Tuberculose 10
2. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL/ ANTROPOMÉTRICA: Altura menor que 1,45m 5 Desnutrição, carencias nutricionais (hipovitaminoses) e transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia, outros) 10 Ganho de peso inadequado (insuficiente ou excessivo) 5 IMC baixo (<18, kg/m ²) 5 Obesidade mórbida (IMC>40kg/m ²) 10 Sobrepeso e obesidade (30-39,9kg/m ²) 5	5. HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR: 2 abortos consecutivos até 12 semanas em gestações anteriores 5 Aborto tardio ou morte perinatal explicada ou inexplicada 10 Abortos espontâneos consecutivos (3 ou >) 10 Acretismo placentário 10 Cesariana com incisão clássica/corpoal 10 Cesariana prévia (2 ou >) 5 Círcul. uterina recente < que 12 meses 10 DMG anterior 5 Infertilidade 5 Insuficiência istmo-cervical 5 Intervalo interpartal < 2 anos 5 Incompatibilidade Rh em gest. anterior 10 Malformação fetal anterior 5 Multiparidade (5 ou mais partos) 8 Nuliparidade 5 Pré Eclâmpsia grave, eclâmpsia ou síndrome de HELLP 10 Prematuridade anterior (especialmente <34s) 10 Restrição de crescimento intrauterino ou macrosomia 5 Síndco. Hemor. ou hipertên. sem critérios gravidade 5	
3. CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E FAMILIARES: Baixa escolaridade (<5 anos de estudo) 5 Capacidade de autocuidado insuficiente 5 Condições de trabalho desfavoráveis: esforço físico excessivo, carga horária extrema, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, níveis altos de estresse 5 Dep. de drogas ilícitas* 10 Etílmio com alto grau de dependência* 10 Etílmio não dependente* 5 Gestação resultante de estupro 8 Gestante em situação de rua ou em comunidades indígenas ou quilombóli ou migrante 5 Indícios ou ocorrência de violência 8 Insuficiência de apoio familiar 5 Mulher negra (cor de pele preta ou parda) 5 Não aceitação da gestação 5 Situação conjugal insegura 8 Tabagista passiva 5 Tabagista alto grau de dependência* 8 Tabagista com baixo grau de dependência* 5 Uso ocasional de drogas ilícitas 8		
4. CONDIÇÕES CLÍNICAS ANTERIOR À GESTAÇÃO: Ausência de intercorrências clínicas 0 Anticoagulantes: Barbitúricos, carbamazepina, lamotrigina, fenitoína, primidona e fenobarbital. Estabilizadores de humor: Carbonato de lítio, ácido valproico e carbamazepina 10 Asma controlada sem uso de medicamento contínuo 5 Câncor de origem ginecol. ou invasores; qualquer neoplasia suspeita ou em tratamento 10 Cardiopatias (valvulopatias, arritmias e endocárdite) ou infarto do miocárdio 10 Cirurgia bariátrica 10		

Fonte: Autoria Própria. Adaptado Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (2018).

Em junho, foram apresentados resultados parciais da pesquisa, que até então havia classificado aproximadamente 35 gestantes. Foi elaborada uma lista contendo o nome completo, a data da última consulta, o risco gestacional e a conduta realizada para todas as gestantes atendidas pela REO. Essa lista foi entregue aos enfermeiros responsáveis por cada área, com o objetivo de destacar a quantidade de gestantes com riscos significativos e incentivá-los a utilizar o instrumento para melhorar a sistematização da assistência.

Etapa 4 - Implementação

Após a realização dos ajustes, foram impressas algumas cópias do instrumento e entregues a todos os que participaram da capacitação, a intenção era ter em mãos para implementar durante as consultas.

Durante o estudo, foram realizadas 451 consultas de pré-natal para 229 gestantes, sendo 211 consultas feitas pela REO e 240 pelos enfermeiros residentes em saúde da família ao longo de cinco meses. É importante notar que o número de consultas é maior do que o número de gestantes, uma vez que as mesmas gestantes fazem várias consultas durante o pré-natal.

No entanto, apenas duas enfermeiras utilizaram o instrumento. Não foi observado o uso do instrumento nas consultas realizadas pela médica, conforme constatado nas evoluções registradas no prontuário eletrônico (E-SUS). Além disso, não foi possível analisar a evolução do prontuário físico, pois a médica não imprimia a evolução das consultas.

Nessa fase, surgiram algumas dúvidas, como se encaminhar ou não os casos de risco intermediário, por exemplo, uma nulípara com obesidade, o que levou à necessidade de uma segunda reunião para discutir esse aspecto.

Etapa 5 - Monitoramento

Os prontuários eletrônicos e físicos das gestantes foram analisados e verificou-se que somente duas enfermeiras (40%) usaram o instrumento em 72 consultas, equivalentes a menos da metade das vezes (30%). Com auxílio deste instrumento, as enfermeiras encaminharam 19 gestantes de alto risco (100%) e 10 (31,25%) de risco intermediário, com esse mesmo risco, 22 (68,75 %) gestantes continuaram realizando pré-natal somente na UBS. As 21 consultas restantes foram de risco habitual.

Ao analisar os prontuários eletrônicos e

físicos das gestantes, foi possível verificar que somente duas enfermeiras (40%) utilizaram o instrumento em 72 consultas, o que correspondeu a menos da metade das vezes (30%). Com o auxílio do instrumento, essas enfermeiras conseguiram encaminhar todas as gestantes de alto risco (100%) e 10 (31,25%) das 32 (100%) gestantes de risco intermediário. As 22 (68,75%) gestantes de risco intermediário e as 21 (100%) de risco habitual continuaram realizando o pré-natal apenas na UBS.

Vale ressaltar que as que usaram o instrumento foram as que tinham menos tempo de trabalho na assistência. Outros dois enfermeiros e a médica não usaram e não anotavam no prontuário se houve alguma mudança nos pré-natais que indicasse necessidade de encaminhar ao pré-natal de alto risco (PNAR).

Com o monitoramento ficou evidenciado que, somente a REO mentora da pesquisa estava realizando a classificação de risco com todas as gestantes atendidas e anotando em prontuário.

Etapa 6 - Avaliação do efeito das ações

A segunda reunião foi realizada em outubro de 2022 para retirar dúvidas e definir condutas visto que existia a dificuldade de decisão em relação ao encaminhamento de alguns casos de risco intermediário. Outro fator decisivo foi a necessidade de reforçar a importância do instrumento.

Nesta reunião, foram apresentados quatro casos reais de gestantes da área de abrangência da UBS que foram encaminhados sem o uso do instrumento. Em todos os casos, as gestantes apresentavam sinais ou sintomas que camuflaram problemas de saúde mais graves, desse modo, mas não foram devidamente identificadas ou tratadas. Dessa vez a reunião contou com, três enfermeiros residentes, e duas médicas. Uma médica que tinha 26 anos não tinha participado da reunião anterior visto que era recém contratada além de ser recém formada.

Para tentar corrigir as dificuldades encontradas durante a implementação, além de entregar impressos novos do instrumento, o mesmo foi enviado via aplicativo de mensagens de texto e por e-mail para que tivessem fácil acesso.

Etapa 7 - Aperfeiçoamento do plano de ações

Essa etapa do projeto de pesquisa-ação não ocorreu isoladamente, isto porque as necessidades de melhorias do instrumento, quando detectadas eram resolvidas assim que possível.

Essa resolutividade imediata somente foi possível porque a pesquisadora estava semanalmente na UBS, local de estudo.

Etapa 8 - Conclusão dos ciclos da pesquisa-ação

Para avaliar se houve melhora na estratificação de risco gestacional após a implementação do instrumento, realizou-se uma nova análise dos prontuários das gestantes. Entre outubro e novembro de 2022, observou-se a adesão de mais dois enfermeiros ao uso do instrumento, enquanto nenhum médico utilizou a ferramenta. Durante esse período, foram atendidas 27 gestantes e realizadas 114 consultas, nas quais a estratificação de risco foi registrada nos prontuários das pacientes.

Foi possível destacar pontos positivos mesmo que o trabalho não tenha sido totalmente implementado. Por exemplo, pode-se destacar que houve adesão da equipe de enfermagem ao uso do instrumento de estratificação de risco gestacional, o que resultou em encaminhamentos mais adequados de gestantes de alto risco. Além disso, pode-se ressaltar que houve uma análise crítica do processo de pré-natal e uma tentativa de melhoria da prática clínica, o que pode trazer benefícios a longo prazo. Porém, é importante reconhecer que a não implementação completa do trabalho pode ter limitado os resultados alcançados.

DISCUSSÃO

A realização desta pesquisa ação serviu para envolver os participantes na elaboração de uma nova ferramenta que foi adaptada e usada na UBS para encaminhar corretamente as gestantes, essa colaboração foi na maior parte relacionada ao *layout* e organização das informações do instrumento, que o deixou mais bonito e estruturado facilitando o uso na prática.

O desenvolvimento de pesquisas participativas na área da saúde implica em avanço no envolvimento e cooperação dos participantes,²³ que não são meros observadores, mas trabalham com possibilidades de resultados concretos ao fim da pesquisa. Por isso, esse método tem o objetivo de resolver um problema e ao mesmo tempo contribuir com a ciência (MORETTI; ADAMS, 2011; COUGHLAN, P.; COUGHLAN, D, 2002).

Seguindo as oito fases propostas pelo diagrama adaptado e apresentado neste estudo,

percebe-se que é possível construir em um novo método de trabalho. Porém é fundamental a participação coletiva da equipe para que os resultados desejados sejam alcançados com êxito. Por mais que todos os enfermeiros estavam utilizando o instrumento ao fim da pesquisa, infelizmente não foi possível dizer que foi implementado com total sucesso, as expectativas eram que as médicas também fizessem uso do instrumento.

No estudo realizado em uma UBS em Santos, São Paulo, foi constatada uma baixa participação dos profissionais de saúde nos eventos da unidade, principalmente por parte dos médicos. Eles relataram que a sobrecarga de trabalho era o motivo principal, mas também admitiram não se sentirem obrigados a comparecer às reuniões ou realizar certas tarefas. (VASCONCELOS; STEDEFELDT; FRUTUOSO, 2016).

Para Cardoso e Hennington (2011), mesmo que os médicos estejam dispostos a se adaptar a determinadas mudanças do processo de trabalho, impostas por enfermeiros líderes de equipe, observa-se que, ficam incomodados e aparentemente 'presos' à racionalidade que comanda suas práticas quase sempre voltadas à conduta uniprofissional e biomédica, ou seja, a mudança ocorre por pouco tempo e não de forma definitiva.

A participação dos médicos na pesquisa seria crucial para um pré-natal completo e de qualidade. Esse fato pode ser afirmado pela fala de Costa, Enders e Menezes (2008) que enfatizam a participação multiprofissional como um dos pontos centrais na reorganização da atenção à saúde no SUS, sustentada por projetos assistenciais mais integrais e resolutivos que promovam mudanças nos processos de trabalho.

Por outro lado, os enfermeiros que participaram das duas reuniões e fizeram a estratificação de risco nas consultas por meio do instrumento, passaram a encaminhar as gestantes ao PNAR com mais certeza e segurança, a forma de escrita nas evoluções dos prontuários analisados deixaram essa informação evidente.

Em uma pesquisa analítica realizada em Campinas, Fortaleza e Porto Alegre demonstrou que o uso de protocolos clínicos de encaminhamento é uma estratégia positiva para reduzir o tempo entre o encaminhamento e a primeira consulta no PNAR, reduzindo os riscos relacionados à gestação. A Atenção Primária à Saúde (APS) foi destacada como protagonista nos encaminhamentos para atenção especializada em duas das cidades estudadas. Esses resultados

refletem um cenário positivo e efetivo, reconhecendo o trabalho das equipes de saúde da família (FERNANDES et al., 2019).

Por outro lado, em pesquisa em uma maternidade no Sertão Paraibano revelou que algumas gestantes encaminhadas ao PNAR poderiam ter sido acompanhadas na atenção básica, sem riscos significativos. Isso reduziria demandas, gastos e preocupações desnecessárias. No estudo, foi evidenciado déficit de conhecimento dos profissionais sobre os encaminhamentos, destacando a necessidade de melhorias no pré-natal de risco habitual (CABRAL et al., 2018).

Em relação aos prontuários analisados, identificou-se carência de registros relacionados à anamnese durante as consultas de pré-natal, com isso faltaram muitas informações importantes sobre as características sociais e econômicas, além disso, alguns exames básicos não foram solicitados em algumas consultas. Sendo assim, a estratificação de risco pode não ter sido fidedigna. Além disso, a carência de informações relacionadas à anamnese sobre as características sociais e econômicas pode ter deixado a estratificação de risco gestacional fragilizada e não fidedigna ao estado real da gestante.

Uma pesquisa em Guanambi, Bahia, em 2022 destacou a deficiência dos profissionais na evolução e preenchimento dos prontuários. Isso dificulta a obtenção de indicadores epidemiológicos, a elaboração de medidas preventivas e intervenções. O estudo também revelou que os profissionais enfrentam dificuldades ao encaminhar gestantes de alto risco para centros especializados e iniciar o tratamento (COUTO et al., 2022).

O risco gestacional é classificado pela presença ou não de fatores de risco, que não estão relacionados apenas aos fatores biológicos e genéticos, mas também ambientais, sociais e econômicos (GARCIA et al., 2019). De acordo com o modelo de Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead, o profissional deve levar em consideração os determinantes sociais proximais - estilo de vida; intermediários - redes sociais e comunitárias; e distais - condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais (BRASIL, 2019).

É importante considerar algumas limitações ao interpretar os resultados. Nem todos os profissionais aderiram à utilização do instrumento sugerido. Esta situação pode ser creditada à natureza voluntária do instrumento proposto por uma enfermeira residente. Consequentemente, alguns profissionais não o

empregá-lo em sua prática clínica o que pode ter influenciado os resultados do estudo.

No entanto, é importante ressaltar que o estudo representou um avanço ao mudar a conduta de quatro enfermeiros. Se o uso do instrumento for incorporado na rotina dos residentes, terá um impacto significativo na organização do trabalho, promovendo autonomia e segurança nas decisões. Isso, por sua vez, resultará em um pré-natal de maior qualidade, com uma abordagem sistemática, individualizada e abrangente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se que a proposta de implementação de um instrumento para classificação de risco gestacional na UBS enfrentou diversas dificuldades, tendo em vista que os profissionais já estavam habituados a uma rotina de consultas que não contemplava essa estratificação de risco. Embora o ideal fosse que todos os profissionais utilizassem o instrumento para garantir que nenhuma gestante ficasse sem ser classificada, a realidade foi diferente e nem todos aderiram à proposta. Contudo, o objetivo do estudo foi alcançado através dos resultados positivos obtidos na utilização do instrumento nas consultas que evidenciaram que a sistematização da assistência trouxe benefícios para a organização e para a qualidade do atendimento prestado pelos enfermeiros, visto que a proposta não é uma obrigatoriedade de implementação do instrumento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 232 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 659p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Aten-

ção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde. 1ª. ed, 2013. 318 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde. 5. ed., 2010. 302 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 5ª. ed, 2012. 302 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CABRAL, Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira et al. Receios na Gestação de Alto Risco: Uma Análise da Percepção das Gestantes no Pré-Natal. v. 12 n. 40, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.14295/idonline.v12i40.1051>>. Acesso em: 08 Jan 2023.

CARDOSO, Cíntia Garcia.; HENNINGTON, Élica Azevedo. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. v. 9, suppl 1, p. 85-112. 2011, Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000400005>>. Acesso em: 01 dez 2022.

CONASS. Secretaria de estado de saúde de Minas Gerais. Associação de ginecologistas e obstetras de Minas Gerais. Atenção à saúde da gestante; Novos critérios para estratificação de Risco e Acompanhamento da Gestante, nota Técnica conjunta. Programa Viva Vida, Projeto Mães de Minas, 2013. 16 p. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/liacc/wpcontent/uploads/2015/02/Oficina-3-Estratificacao-de-Risco-GESTANTE.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2022.

COUGHLAN, Paul.; COUGHLAN, David. Action Research For Operations anagement. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 22, n. 2, p. 220-240, 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1108/01443570210417515>>. Acesso em: 27 fev 2022.

COUTO, Santos Pablo Luiz et al. Mortalidade ma-

terna por Síndrome Hellp: Interferência do perfil, condições clínicas e ginecológicas durante a gravidez. **Cienc. Enferm**, Concepción, v. 28, n.28, p. 01-16, 2022. Disponível em: <<http://http://dx.doi.org/10.29393/ce28-28mm-pa60028>>. Acesso em: 01 jan 2023.

COSTA, Roberta Kaliny de Souza.; ENDERS, Bertha Cruz.; MENEZES, Rejane Maria Paiva de. Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 530-536, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v7i4.6670>>. Acesso em: 01 dez 2022.

COSTA, Eugênio Pacceli.; POLITANO, Paulo Rogério.; PEREIRA, Néocles Alves. A. Exemplo de aplicação do método de Pesquisa-ação para a solução de um problema de sistema de informação em uma empresa produtora de cana-de-açúcar. **Gest. Prod.**, São Carlos, v. 21, n. 4, p. 895-905, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-530X2014005000013>>. Acesso em: 15 fev. 2022.

DALLA, Costa Lediana et al. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 21, n. 2, p. 01-08. 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44192>>. Acesso em: 25 fev. 2022. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i2.44192>.

FERNANDES, Juliana Azevedo et al. Avaliação da atenção à gestação de alto risco em quatro metrópoles brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 36, n. 5, e001205192020, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00120519>>. Acesso em: 18 jul. 2022.

GARCIA, Érica Marvila et al. Risco Gestacional e Desigualdades Sociais: Uma Relação Possível?. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 24, n. pp. 4633-4642. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.31422017>>. Acesso em: 20 dez 2022.

MARCONI, Marina de Andrade.; LAKATOS, Eva Maria. Fundamentos de metodologia científica. 7. ed. São Paulo: **Editores Atlas S.A.**, 297 p. 2010. Disponível em: <https://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india>. Acesso em: 02 ago. 2022.

NAKAGAWA, Masayuki. ABC: custeio baseado em atividades. 2. ed. São Paulo: **Editores Atlas**, 2001.

MCKAY, Judy.; MARSHALL, Peter. The Dual Imperatives of Action Research. **Information Technology & People**, v. 14, n. 1, p. 46-59, 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1108/09593840110384771>>. Acesso em: 27 fev 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 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. Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein. São Paulo: Ministério da Saúde, 2019. 56 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pré-Natal e Parto. Ministério da Saúde. Brasília, Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/pre-natal-e-parto>. Acesso em 16 fev. 2023.

MORAES, Márcia Maria dos Santos de et al. Classificação de risco gestacional baseada no perfil de óbitos maternos ocorridos de 2008 a 2013: relato de experiência no município de Porto Seguro, Bahia. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. v. 28, n. 3, e2018491. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000300012>>. Acesso em 02 mar 2022.

MORETTI, Cheron Zanini.; ADAMS, Telmo. Pesquisa Participativa e Educação Popular: epistemologias do sul. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 447-463, 2011. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=317227057018>>. Acesso em: 02 ago. 2022.

OLIVEIRA, Laura Cristyne Cavalcante.; LIMA, Gigliola Marcos Bernardo de. Gestação de alto risco e o acompanhamento pré-natal no município de cuité-pb: um estudo na Zona Urbana. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v. 15, n. 2, p. 67-76, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.17695/revcsnevol15n2p66-76>>. Acesso em: 27 fev. 2022.

OLIVEIRA, Richardson Lemos de et al. Atenção ao pré-natal de alto risco e o manejo por profissionais da Estratégia de Saúde da Família: Um relato de experiência profissional. **Brazilian Journal of Health Review**. Curitiba, v. 4, n. 1, p. 3840-3851, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-304>>. Acesso em: 27 fev 2022.

RODRIGUES, Débora Batista. Referência e contrarreferência no cuidado da gestante de alto risco em rede de atenção a saúde sob a ótica da complexidade. 2018. Dissertação (Mestrado em Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018. Disponível em:

<<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/198979>>. Acesso em: 27 fev 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. Instrumento classificação de risco gestacional, 2018. Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/rede-cegonha/classificacao-de-risco-na-gestacao/9742-criterios-para-classificacao/file>>. Acesso em: 02 fev. 2022.

SANINE, Patricia Rodrigues Sanine et al. Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 35, n. 10, p.1-15, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00103118>>. Acesso em 25 fev 2022.

SANTOS, Natanael Feitoza Santos et al. O enfermeiro na identificação de risco na gestação. **Caderno De Graduação - Ciências Biológicas E Da Saúde - UNIT - Sergipe**, v.5, n. 3, p. 147-153, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/7069>>. Acesso em: 27 fev. 2022.

VASCONCELOS, Ana Claudia Freitas de.; STEDEFELDT, Elke .; FRUTUOSO, Maria Fernanda Petroli. An experience of teaching-service integration and change of professional practices: healthcare professionals speak out. **Interface (Botucatu)**. v 20, n. 56, p. 147-58, 2016. Disponível em: <<https://interface.org.br/en/an-experience-of-teaching-service-integration-and-change-of-professional-practices-healthcare-professionals-speak-out/>>. Acesso em: 02 ago 2022.

VERSIANI, Clara de Cássia Versiani.; FONSECA, Rayde Luiz Fonseca.; CALDEIRA, Antônio Prates. Perfil de óbitos maternos evitáveis em montes claros. **Revista Contexto & Saúde**, v. 17, n. 33, p. 23-31, 2017. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/5770>>. Acesso em: 15 fev. 2022.