



AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO DE MAIOR RISCO GESTACIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

GREATER RISK PREGNANCY ASSESSMENT AND DIAGNOSIS IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE MAYOR RIESGO TACIONAL EN LA ESTRATÉGIA SALUD DE LA FAMILIA

Daniela do Carmo Oliveira¹, Edir Nei Teixeira Mandú²

RESUMO

Objetivo: caracterizar as ações pré-natais de avaliação e diagnóstico das suscetibilidades e problemas de saúde de gestantes que foram encaminhadas ao serviço especializado. **Método:** estudo descritivo, qualitativo, realizado com enfermeiros e médicos, através da observação de registros pré-natais e de consultas. A análise foi pela Técnica de Análise de Conteúdo na modalidade Análise Temática. O estudo teve o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer 206.916. **Resultados:** os profissionais investigaram situações de risco reprodutivo, privilegiando aspectos biológicos. A classificação gestacional e o encaminhamento de mulheres ao serviço especializado atrelaram-se à identificação de morbidades prévias e/ou intervenientes clínico-obstétricas. Essa ação apresentou similaridade entre os profissionais, sendo guiadas por normativas da política nacional de pré-natal. Houve certa variação no julgamento de condições individuais no processo reprodutivo. **Conclusão:** a melhoria da ação diagnóstica requer investimentos na capacidade técnica e crítica dos profissionais, face aos limites do feito, das propostas técnico-políticas e do saber que os orienta, para que protagonizem novas alternativas. **Descritores:** Cuidado Pré-Natal; Gravidez de Alto Risco; Vulnerabilidade em Saúde; Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: to characterize the actions of prenatal evaluation and diagnosis of susceptibility and health problems of pregnant women sent to specialized service. **Method:** descriptive, qualitative study, conducted with nurses and doctors, by observing prenatal records and consultations. The analysis was held by the Content Analysis Technique in the Thematic Analysis mode. The study had the project approved by the Research Ethics Committee, Opinion 206,916. **Results:** the professional investigated reproductive risk situations, focusing on biological aspects. Gestational classification and the referral of women to specialized service is related to the identification of previous morbidities and/or clinical-obstetric intervening. This action showed similarity among professionals, being guided by regulations of the National prenatal policy. There was some variation in the individual judgment conditions in the reproductive process. **Conclusion:** improved diagnostic action requires investment in technical and critical skills of workers, given the limits of being done, the technical and policy proposals and to know that it directs them giving new alternatives. **Descriptors:** Prenatal Care; High Risk Pregnancy; Health Vulnerability; Family Health Program.

RESUMEN

Objetivo: caracterizar las acciones pre-natales de evaluación y diagnóstico de las susceptibilidades y problemas de salud de gestantes, enviadas al servicio especializado. **Método:** estudio descriptivo, cualitativo, realizado con enfermeros y médicos, por la observación de registros pre-natales y de consultas. El análisis fue por la Técnica de Análisis de Contenido en la modalidad Análisis Temática. El estudio tuvo el proyecto aprobado por el Comité de Ética en Investigación, parecer 206.916. **Resultados:** profesionales investigaron situaciones de riesgo reproductivo, privilegiando aspectos biológicos. La clasificación gestacional y el envío de mujeres al servicio especializado se relacionaron a la identificación de morbilidades previas y/o intervenientes clínico-obstétricos. Esa acción presentó semejanza entre los profesionales, siendo guiadas por normativas de la política nacional de pre-natal. Hubo cierta variación en el juzgamiento de condiciones individuales en el proceso reproductivo. **Conclusión:** la mejoría de la acción diagnóstica requiere inversiones en la capacidad técnica y crítica de los profesionales, dados a los límites de lo hecho, de las propuestas técnico-políticas y del saber que los orienta, para que protagonicen nuevas alternativas. **Descritores:** Cuidado Pre-Natal; Embarazo de Alto Riesgo; Vulnerabilidad en Salud; Programa Salud de la Familia.

¹Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem, Graduação, Universidade do Estado de Mato Grosso/UNEMAT. Tangará da Serra (MT), Brasil. E-mail: danielacarmoliveira@gmail.com; ²Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Graduação / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso/PPGENF/UFMT. Cuiabá (MT), Brasil. Email: enmandu@terra.com.br

INTRODUÇÃO

Apresenta-se um dos estudos de uma pesquisa matriz conduzida em unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) e em um hospital público de referência para o pré-natal de mulheres com gestações de maior risco, em Cuiabá, Mato Grosso (MT). Esta versa sobre o cuidado pré-natal realizado por profissionais e por mulheres grávidas, em situações nas quais a sua saúde e/ou a do concepto encontravam-se suscetíveis a problemas ou comprometidas por eles, nominadas, no modelo biomédico, de gestações de maior risco. Aqui, será abordada a ação de avaliação e diagnóstico daquela condição, feita no pré-natal na ESF.

O estudo foi motivado pela observação assistemática de que as compreensões dos trabalhadores da ESF, bem como o julgamento da existência de suscetibilidades ou evoluções adversas da gravidez organizam-se, sobretudo, em torno de aspectos fisiopatológicos. Ao contrário, a relação de aspectos intersubjetivos e sociais com a saúde da mulher grávida é basicamente desconsiderada, principalmente, na prática. Observou-se, ainda, variação nos critérios adotados pelos profissionais no julgamento da situação desfavorável. Pressupôs-se, assim, a presença de insuficiências relacionadas à identificação do risco gestacional e da vulnerabilidade da mulher, no pré-natal da atenção básica.

Historicamente, os profissionais responsáveis pelas consultas pré-natais na atenção básica deliberam sobre quais mulheres receberão cuidados habituais e, além destes, cuidados especiais, se no próprio serviço, em outro de referência, ou em ambos. Isto é, aqueles elaboram diagnósticos das suscetibilidades e dos problemas de saúde de mulheres com uma gestação em curso, e propõem cuidados especiais a serem concretizados por elas próprias, pela equipe local e/ou por outros serviços e sujeitos.

Orientando e demarcando como essa prática deve ser feita, a Política Nacional de Saúde preconiza a classificação sistemática do risco reprodutivo no pré-natal - como habitual ou maior risco -, segundo a probabilidade, respectivamente, menor ou maior de a mulher apresentar ou vir a apresentar problemas e/ou o seu filho.¹ No extremo, a política formalizada pelo Ministério da Saúde denomina as últimas de gestações de alto risco, dada a ênfase neste. Nessa política, a gestação, o parto e o puerpério de alto risco correspondem, então, às situações nas quais há complicações ou quando há doenças preexistentes ou intercorrências em um ou

mais dos momentos reprodutivos, geradas por fatores orgânicos, socioeconômicos e demográficos desfavoráveis.²

Na área da saúde, o termo risco refere-se às chances de adoecimento da pessoa, desde que portadora de certo traço. Essas chances são reconhecidas em estudos epidemiológicos, de relação causa-efeito e de base estatística, que sustentam ações clínicas de identificação dos riscos e de controle preventivo,³ isto é, risco diz respeito à probabilidade de ocorrência de um resultado desfavorável, de um dano biológico ou de um fenômeno não desejado⁴, com base em estudos e interpretações científicos da epidemiologia clássica.

O conceito de risco tornou-se, desde a primeira metade do século XX, uma ferramenta valiosa nas pesquisas, práticas e políticas públicas. Os conhecimentos a partir de análises e cálculos de risco epidemiológico têm contribuído para prevenir doenças e proteger vidas.⁵ Porém, essa abordagem adquiriu duas características que a colocam em uma posição paradoxal. De um lado, o seu caráter pragmático e probabilístico permite expandir, de forma potencialmente permanente, a investigação da associação causal entre eventos de interesse. Por outro lado, a sua vinculação à validação biomédica e a natureza matemática dos seus procedimentos e inferências comprometem a objetivação das dimensões sociais da saúde e doença.⁶

A ferramenta conceitual do risco tende a migrar do nível macro do contexto sociodemográfico para o nível micro das subjetividades, dos comportamentos e das características pessoais, com implicações para a clínica. Além disso, os riscos considerados importantes nesta, assim como os modos de enfrentá-los, são instituídos socialmente e intersubjetivamente. Quer dizer, o recorte de alguns deles nos atos assistenciais orienta-se por finalidades sociais privilegiadas para o pré-natal na inter-relação com interesses, possibilidades, vivências e opções dos envolvidos. Daí não corresponderem à diversidade e abrangência das necessidades de saúde das mulheres grávidas.

No pré-natal, por razões sócio-históricas, a identificação e o controle de riscos encontram-se radicados, a partir de uma leitura técnico-científica biomédica, que prioriza as intercorrências clínico-obstétricas. A abordagem da situação da saúde da mulher gestante dissocia-se da complexidade que a produz. Sendo assim, a avaliação e o diagnóstico do que pode comprometer a reprodução e a saúde da mulher focam

Oliveira DC, Mandú ENT.

aspectos individuais, isolados do processo global de vida da mulher e do caráter sociocultural e relacional da saúde reprodutiva.

A despeito de seus limites, a perspectiva de risco tem contribuído para o controle preventivo e clínico-obstétrico da morbimortalidade materna, fetal e neonatal, importantes objetivos pré-natais no país. Por sua vez, o alcance desses objetivos requer a adequada avaliação e diagnóstico dos riscos reprodutivos, bem como a eleição e efetivação de condutas apropriadas frente a eles e aos problemas decorrentes, pelos profissionais do pré-natal da atenção básica.

A incorporação da perspectiva de risco na clínica do orgânico é feita por meio da identificação de fatores de risco, mais comuns na população em geral e entre mulheres gestantes. Esses se referem a hábitos pessoais ou a fatores de exposição ambiental que se encontram associados ao aumento da probabilidade de ocorrência das doenças, embora não sejam suficientes para causá-las, mas, modificados, podem atenuá-las.⁷ Mais que isso, a incorporação da perspectiva de risco também é feita por meio da identificação e significação de sinais e sintomas sugestivos de intercorrências médicas.

Conforme a Política Nacional de Atenção à Gestação de Alto Risco², os profissionais devem classificar fatores que possam afetar a mulher, a gravidez e a criança, sejam eles individuais, obstétricos, clínicos, emocionais ou socioeconômicos, bem como devem avaliar as suas possíveis repercussões e intervir, caso possam resultar em um evento desfavorável, tendo em vista diminuir ou evitar o risco ou reduzir ou eliminar as suas possíveis consequências adversas, se presentes.

Embora a abordagem dos riscos reprodutivos encontre-se enraizada na prática de pré-natal, são poucos os estudos publicados, dos últimos cinco anos, que dela tratam com alguma especificidade.⁸⁻¹² Já as ações de avaliação e diagnóstico dos riscos reprodutivos são ventiladas em dois outros estudos publicados, dentre os dos últimos sete anos, feitos em outras realidades do país. Neles, partindo do ponto de vista que a abordagem de riscos deve ser bem feita, os pesquisadores apontam a existência de problemas na ação classificatória do maior ou menor risco gestacional.

Um deles, feito em Recife, Pernambuco, com mulheres de dois hospitais de referência para o alto risco, que aborda a adequação do pré-natal dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), apontou a existência de erros de

Avaliação e diagnóstico de maior risco gestacional...

classificação do risco gestacional.¹³ Outro, que trata da adequação do referenciamento de mulheres para o alto risco, na rede básica de Sobral, Ceará, também identificou essa mesma ocorrência, com consequentes encaminhamentos inadequados das mulheres aos serviços especializados.¹⁴

Os limites da abordagem de riscos, frente à dimensão social e intersubjetiva da saúde reprodutiva, embora reconhecidos e evidenciados, sobretudo, em estudos que tratam dos cuidados pré-natais da perspectiva da integralidade¹⁵⁻⁷, não debatem sobre os cuidados pré-natais frente às suscetibilidades e aos problemas de saúde reprodutiva, a partir da referência às vulnerabilidades das mulheres grávidas. Há uma lacuna na literatura acadêmica, no que diz respeito à essa questão.

A noção de vulnerabilidade, situada no campo teórico da epidemiologia social, tem a pretensão de ampliar a leitura dos riscos e o seu desdobramento na prática clínica, embora não negue a importância destes. Ela aspira articular condições individuais e contextuais, que podem deixar as pessoas em situação de fragilidade e expô-las ao adoecimento e ao sofrimento. O seu uso busca alargar a leitura de suscetibilidades individuais ao plano das suscetibilidades sociais, sendo estas configuradas, também, como alvos das ações em saúde.³

Apesar da importância dessa perspectiva, as políticas nacionais voltadas à saúde reprodutiva concentram suas preocupações no controle de riscos e de intercorrências, embora a recente política nominada de Rede Cegonha introduza a avaliação e a classificação de vulnerabilidades de gestantes como um componente do acolhimento assistencial.¹⁸

Na clínica de pré-natal, a avaliação e o diagnóstico das suscetibilidades, a partir da ótica das vulnerabilidades, devem levar em conta as interfaces da saúde e do adoecimento das mulheres com a inter-relação entre aspectos socioculturais, ambientais, institucionais, comunitários, familiares, intersubjetivos e físicos. Desse ponto de vista, são relevantes ações tanto de prevenção das doenças como de promoção da saúde.

A redução da morbimortalidade materna, fetal e neonatal e a boa qualidade do pré-natal requerem a abordagem de vulnerabilidades às quais a mulher grávida está exposta. Quando a equipe de saúde as identifica, considerando-as em suas ações clínicas, amplia o diagnóstico de saúde e propicia a adoção de medidas específicas,

Oliveira DC, Mandú ENT.

mais abrangentes e necessárias, afirmando a assistência coerente com a integralidade da atenção à saúde.¹¹

Frente ao exposto, pressupôs-se a existência de insuficiências nas ações avaliativas e diagnósticas do pré-natal da ESF, quando presentes situações especiais de saúde da mulher grávida, que resultaram em um diagnóstico de maior risco. Aquelas passariam tanto pela própria abordagem dos riscos, como também pela ausência de enfoque nas vulnerabilidades. Os conhecimentos produzidos contribuem para a crítica e melhoria dessa prática avaliativa e diagnóstica no pré-natal da ESF, tanto no contexto estudado quanto em outras realidades semelhantes.

OBJETIVO

- Caracterizar as ações de avaliação e de diagnóstico frente a situações nas quais as mulheres gestantes apresentam suscetibilidades e problemas de saúde relacionados.

MÉTODO

A pesquisa matriz caracterizou-se como descritivo-qualitativa. Esta desenvolveu-se em cinco Unidades de Saúde da Família (USF) e em um hospital de referência para o acompanhamento de mulheres com gestação de maior risco, todos localizados em Cuiabá-MT. Nela, participaram mulheres com diagnósticos de gestação de maior risco, feito em USF, e profissionais responsáveis por eles.

No estudo ora apresentado, participaram cinco enfermeiros e cinco médicos, a partir do reconhecimento das USF envolvidas no diagnóstico e encaminhamento daquelas. Aplicou-se o fechamento dos participantes por exaustão.¹⁹

A atenção pré-natal nas USF participantes ofertava: consulta médica e de enfermagem, antecedidas pela pré-consulta; visita domiciliar e busca ativa de mulheres gestantes, feitos pelos Agentes Comunitários de Saúde; e ações eventuais de visita médica e de enfermagem e de educação e promoção da saúde. A primeira consulta pré-natal era feita pelo enfermeiro e as subsequentes intercaladas com o médico. O encaminhamento de mulheres aos serviços especializados era realizado por ambos, por meio de complementaridade dessa ação, quando feita pelo enfermeiro. A atenção especializada dispunha de: triagem obstétrica; internação, para intercorrências; e ambulatório gineco-obstétrico, para o baixo e alto risco.

Avaliação e diagnóstico de maior risco gestacional...

A construção empírica ocorreu de maio a julho de 2013. Realizou-se análise dos registros pré-natais na USF (cartão e prontuário das participantes e livro controle das atividades), para apreender o investigado e os diagnósticos feitos. Para isso, usou-se um instrumento testado, o qual continha questões referentes ao número de consultas realizadas, à identificação e classificação de vulnerabilidades e/ou risco, e ao registro de vulnerabilidades e/ou fatores de risco. Realizou-se observação participante “como observador”, a partir de integração prévia do pesquisador com a equipe. Observou-se 16 consultas médicas e 11 de enfermagem realizadas com mulheres em diferentes fases da gravidez, utilizando-se um roteiro pré-testado orientado à apreensão das ações de avaliação e diagnóstico. Também se entrevistou os profissionais, com auxílio de um roteiro com questões abertas, sobre como realizavam e interpretavam a identificação e classificação de suscetibilidades e problemas de saúde no pré-natal. A definição numérica final das observações de consultas ocorreu a partir da exaustividade das informações de interesse para a pesquisa, como recomendado para pesquisas qualitativas¹⁹, que correspondeu a 32 horas.

O registro das observações e entrevistas foi feito em um diário de campo. As últimas também foram gravadas em áudio, autorizadas pelos participantes e transcritas para análise. Armazenaram-se os dados documentais com um *scanner* portátil.

Usou-se a Análise de Conteúdo do tipo temática.²⁰ Organizou-se os dados documentais, das observações e entrevistas, referentes aos profissionais. Fez-se a leitura compreensiva do material, em profundidade crescente, orientada para a resposta à pergunta: quais as ações de avaliação e diagnóstico realizadas? Como são feitas? Que perspectiva elas espelham? Destacou-se os enunciados e temas de interesse e apreendeu-se os núcleos de sentido nele presentes. Por fim, classificou-se os achados em categorias, articulando o empírico, o teórico e o raciocínio indutivo. Dessa articulação, inferiu-se a categoria: predomínio da perspectiva dos riscos na ação diagnóstica sobre suscetibilidades e problemas de saúde de mulheres gestantes.

O estudo teve aprovado o projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, Parecer 206.916, e respeitou a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, vigente à época. Solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para

Oliveira DC, Mandú ENT.

sigilo, as USF foram identificadas de “A” a “E”, os enfermeiros como “E”, seguidos de um número identificador de 1 a 5, e os médicos como “M”, do mesmo modo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria do participantes era do sexo feminino e possuíam idade entre 26 e 39 anos. O tempo de permanência da maioria dos médicos na USF era de dois a três meses, sendo alta a rotatividade deles. Os enfermeiros apresentaram tempo de permanência maior, entre um ano e cinco anos, exceto um deles (quatro meses). A maior parte dos profissionais não possuía capacitação em saúde reprodutiva e especialização em Saúde da Família ou Saúde Coletiva.

A seguir, apresenta-se e discute-se como médicos e enfermeiros investigam e analisam as suscetibilidades e os problemas de saúde de mulheres grávidas, evidenciando a rotina metodológica adotada, o que privilegiam nessas ações, em que divergem, e a perspectiva expressa, por referência à abordagem de riscos e vulnerabilidades.

♦ Predomínio da perspectiva de riscos na ação diagnóstica sobre suscetibilidades e problemas de saúde de mulheres gestantes

Nas USF estudadas, rotineiramente, médicos e enfermeiros investigaram e analisaram o risco reprodutivo das mulheres atendidas, e não as vulnerabilidades. Nessas ações, privilegiaram aspectos biológicos, em detrimento dos contextuais e pertinentes aos modos de vida das mulheres. A classificação da gestação como de maior risco atrelou-se, sobretudo, à identificação de morbidades prévias e/ou intervenientes clínico-obstétricas.

Os parâmetros clínicos investigados, por médicos e enfermeiros, foram similares nas USF estudadas, dada a sua correspondência com o preconizado tecnicamente pela política de saúde nacional para o pré-natal.

Assim, certos fatores de risco e problemas de saúde foram objetos de investigação sistemática nas consultas, embora outros não, cuja avaliação é recomendada. Isso se expressou na anamnese, no exame físico, na análise dos exames laboratoriais e de diagnóstico obstétrico, e na análise-interpretação dos achados e definição diagnóstica. Passos que integram o método clínico, arcabouço da prática médica moderna.

Um marco na investigação dos fatores de riscos foi a primeira consulta realizada pelo

Avaliação e diagnóstico de maior risco gestacional...

enfermeiro. Nela, este dedicou maior tempo à realização do histórico de vida e saúde da mulher, orientado por instrumentos técnicos e normativos - o formulário do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), as fichas de cadastro e registro dos atendimentos no Sistema de Acompanhamento do Pré-Natal (SISPRENATAL) e o Cartão da Gestante. A classificação da gestação como de maior risco, nessa fase do acompanhamento gestacional, baseou-se, sobretudo, no histórico investigado, que recebeu maior atenção, em comparação com outras ações do seguimento da mulher.

Geralmente identificamos (profissionais) riscos na primeira consulta, com o cadastro que fazemos. Colhemos todo o histórico dela, não só da gestação atual, mas de gestações passadas, se teve alguma complicação, porque não foi normal, porque teve que ser cesárea. Colhemos antecedentes da família, se algum paciente na família teve TB (tuberculose), hanseníase, cardiopatia, diabetes. Na primeira consulta verificamos se ela tem esses riscos [...]. (E2 - USF B)

Nas consultas subsequentes da mulher, médicos e enfermeiros avaliaram, em especial, possíveis problemas médicos, que poderiam resultar em morbidade ou mortalidade materna, fetal ou neonatal. A classificação de risco nessas consultas deu-se, principalmente, a partir das queixas da mulher e de informações do exame físico e de exames laboratoriais. A investigação de novos dados da história de saúde da mulher, para aprofundamento, e a retomada das informações coletadas foram eventuais.

A abordagem dos riscos requer dos profissionais que sejam atentos aos fatores de risco e à ocorrência dos problemas durante toda a gestação. Isso deve ser sistemático e contemplar a avaliação continuada das mudanças ou das novas ocorrências, de maneira a reconhecer, no momento apropriado, a necessidade de cuidado especial, no próprio serviço, em serviços de referência, e com o apoio de outros recursos da rede social.

Os fatores de risco podem ser explorados no decorrer do pré-natal, desde que os profissionais sejam vigilantes, na anamnese e no exame físico geral e gineco-obstétrico.² Todos os dados de anamnese importantes na avaliação dos riscos não precisam ser apreendidos necessariamente na primeira consulta, uma vez que, para tal, é importante a relação de confiança entre o profissional e a mulher e a participação ativa desta na consulta. Portanto, eles devem ser retomados e aprofundados na continuidade dos

Oliveira DC, Mandú ENT.

atendimentos, ao tempo que se aprofunda o vínculo com a mulher. Nesse sentido, a metodologia utilizada deve ser participativa.

Ao contrário disso, encontrou-se uma ação diretiva, sendo a sistemática adotada de forma pouco flexível, na qual o profissional controlou a apreensão de dados e, logo, as manifestações em torno das necessidades e também as decisões em torno dos cuidados a serem realizados, com foco nos problemas médicos, e não nas mulheres.

Na anamnese da primeira consulta, os enfermeiros colheram dados de identificação da mulher, de saúde familiar, sociodemográficos, de saúde e obstétricos da primeira, atuais e pregressos. Esses compreenderam, dentre outros: nome, idade, hipertensão e diabetes na família, escolaridade, ocupação, cor, alimentação, problemas clínicos prévios, número de gestações, partos e filhos, ocorrências obstétricas, intervalo interpartal, imunizações. Como dito, essa recolha teve por referência os itens do Cartão da Gestante, do instrumento do SISVAN e de cadastramento no Sis prenatal.

Nas consultas subsequentes, a anamnese foi eventualmente retomada e aprofundada pelo profissional, mas ainda assim se fixou em queixas, resultados de exames, sinais e sintomas das mulheres e controle de ações de cuidado realizadas.

(4ª consulta médica, G5, P2, A2, 35 anos, 21 semanas gestacionais - USF D). Após recebê-la no consultório, o profissional inicia a consulta:

M4: *Você fez a ultrassom?*

Mulher: *Sim, aqui está.*

Profissional verifica o exame, diz que está tudo bem e prossegue:

M4: *Em quais meses das suas gestações anteriores você teve os abortos?*

Mulher: *Foi mais ou menos com dois meses.*

M4: *Quais foram as causas?*

Mulher: *O primeiro foi um susto, devido à morte da minha mãe, e o outro por anemia, pelo menos foi o que me falaram no HG.*

M4: *Qual a idade do seu último filho?*

Mulher: *Cinco anos.*

O profissional calcula a Idade Gestacional (IG) e a informa. Continua:

M4: *Você tomou o reforço da antitetânica?*

Mulher: *Ainda não, você tinha ficado de solicitar.*

M4: *Então, você irá tomar hoje, aqui está o receituário. Quando sair, passe na sala de vacina. E a vacina da gripe, você tomou?*

Mulher: *Sim.*

M4: *Está tomando sulfato ferroso e ácido fólico?*

Avaliação e diagnóstico de maior risco gestacional...

Mulher: *Acabou tem dois dias.*

M4: *Vou fazer nova receita; pegue na farmácia. Não pode parar de tomar, quando acabar, não precisa esperar a próxima consulta, com essa mesma receita pode pegar.*

Profissional verifica outros resultados de exames de rotina, trazidos pela mulher, e solicita novos, explicando que seriam feitos de dois em dois meses. Em seguida, questiona queixas e perdas vaginais. A mulher nega-as. Pede a ela que se posicione na maca. Durante o exame físico, interroga:

M4: *Os seus partos anteriores foram normais?*

Mulher: *Sim.*

M4: *E os abortos, você fez curetagem?*

Mulher: *Sim, lá no HG.*

M4: *Você pensa em fazer laqueadura?*

Mulher: *Estou querendo.*

Profissional ausculta batimentos cardíacos, mede altura uterina e finaliza o exame físico.

M4: *Marque o retorno na recepção.*

Mulher: *Tudo bem. Você poderia me dar um atestado da consulta de hoje?*

M4: *Está certo. Assim que os exames ficarem prontos você já me trás.*

Profissional entrega o atestado e a mulher sai do consultório.

O Ministério da Saúde², em manual referente à gestação de alto risco, explicita os fatores de risco gestacional a serem acompanhados por serviços de saúde, incluindo a ESF. Eles são divididos em dois grupos: fatores anteriores e desfavoráveis à gestação (características individuais, condições sociodemográficas, história reprodutiva, condições clínicas); e complicações surgidas ou que podem surgir no decorrer da gestação, transformando-a em maior risco (exposição a fatores teratogênicos, doença obstétrica e intercorrências clínicas). Nesses dois conjuntos são situados aspectos médicos e, com menor ênfase, aspectos individuais e sociais.

Estudos²¹⁻²³ que tratam da questão também destacam vários fatores de risco de ordem médica a serem controlados no pré-natal, tais como: antecedentes obstétricos desfavoráveis (óbito fetal, morte neonatal, três ou mais abortos espontâneos consecutivos, peso do último recém-nascido menor que 2.500 gramas ou maior que 4.500 gramas, internação na última gestação e cirurgias prévias, como conização e cerclagem); agravantes na história clínica (diabetes mellitus tipo 1, nefropatia, cardiopatia, uso de álcool e drogas); condições/complicações

Oliveira DC, Mandú ENT.

da gestação atual (gestação múltipla, isoimunização Rh, hemorragia vaginal); bem como idade e escolaridade desfavoráveis. Além da evidência dada a esses fatores, que correspondem à orientação técnica ministerial ou as justificam, outros, de ordem intersubjetiva e social, também são valorados como: complicações na situação conjugal da mulher e não realização do pré-natal e/ou número de consultas reduzidas²²; desarranjos no funcionamento da família; redes de apoio enfraquecidas; situação emocional ambivalente; déficit de competências, dentre outros que afetam negativamente a vida materno-fetal.²³

Nas unidades estudadas, uma das características da ação de apreensão de fatores significativos para o diagnóstico de maior risco, por meio da anamnese, correspondeu à prioridade dada aos dados concernentes aos aspectos médicos precedentes e atuais, sobretudo, da mulher grávida.

Fatores de risco de ordem comportamental, fatores familiares não médicos ou fatores sociais foram eventualmente investigados nas consultas. Nesse sentido, registrou-se a exploração contingente de inter-relações familiares e o controle de comportamentos alimentares:

(6ª consulta, primigesta, 16 anos, 27 semanas de gestação - USF E).

E5 (ao indagar queixas e sintomas): *E as besteiras que andava comendo, parou? Você tem que se alimentar bem, tomar café da manhã, preferir frutas, alimentos mais saudáveis.*

Mulher: *Só hoje que comi uma bolacha e “Toddinho”; peguei dois reais com meu marido e comprei.*

E5: *E por que você não comprou uma banana?*

Mulher: *Porque minha tia ficou de me dar. Ela disse que iria levar algumas frutas para mim.*

E5: *Você está morando com quem?*

Mulher: *Com meu marido, a mãe e o avô dele.*

E5: *Eles trabalham?*

Mulher: *Só meu marido; ele sustenta todo mundo. O velho gasta todo o dinheiro com cachaça.*

E5: *Você se relaciona bem com o avô do seu marido e com a sogra?*

Mulher: *Com a minha sogra, sim. Agora, com o avô, eu nem falo. Ele já deu em cima de mim.*

E5: *E você falou isso para o seu marido?*

Mulher: *Falei, ele sabe. Até meu marido não conversa com o avô direito.*

Avaliação e diagnóstico de maior risco gestacional...

E5: *Você fica sozinha em casa? Tem fechadura no seu quarto?*

Mulher: *Eu não fico sozinha. Eu fico na minha prima, quando está só o avô dele em casa.*

E5 muda o assunto questionando quanto à realização de atividades físicas, verifica o exame de ultrassonografia, calcula a IG, a Data Provável do Parto (DPP) e passa ao exame físico. Não retoma a questão.

Outro passo metodológico dado na investigação dos riscos foi o exame físico. Mas este restringiu-se à medição rotineira do peso-altura e cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC); da pressão arterial; da altura uterina, bem como à ausculta dos batimentos cardíofetais. A usualidade do exame das mamas e da inspeção dos membros inferiores ocorreu somente entre alguns enfermeiros.

Vários componentes importantes do exame físico não foram efetivados ou o foram eventualmente, pelo médico e enfermeiro. Por exemplo, o exame clínico detalhado, a percepção da estática e movimentos fetais, o exame ginecológico, dentre outros recomendados de acordo com a idade gestacional.

(3ª consulta, primigesta, 15 anos, 25 semanas de gestação - USF D). M4 solicita que a mulher deite na maca. Faz palpação abdominal e mede a altura uterina.

M4: *Deu 27 centímetros.*

Na continuidade, ausculta os batimentos cardíofetais com sonar. Ao ouvir, a mulher diz:

Mulher: *Que milagre, você conseguir escutar o coração dele, ele não fugiu de você (risos).*

M4: *O coração do bebê está tudo bem.*

M4 finaliza o exame físico, solicita novos exames e agenda a próxima consulta.

A despeito dessas insuficiências, que se relacionam particularmente à autonomia que o profissional tem na consulta, o exame físico é uma etapa importante na avaliação do maior risco. O exame físico completo e bem feito é de grande valia na assistência, pois permite validar, ou não, os achados da anamnese, identificar problemas não relatados, ampliar diagnósticos, planejar e implementar ações adequadas, acompanhar a evolução do encontrado²⁴ e, no caso da mulher gestante, identificar a real necessidade de cuidados especiais no pré-natal.

Os exames laboratoriais que fazem parte da rotina pré-natal em Cuiabá - os recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde^{25,1} - foram solicitados e analisados por todos os profissionais, em especial pelos médicos. Eles

Oliveira DC, Mandú ENT.

incluíram: tipagem sanguínea e fator Rh, hemograma completo, glicemia de jejum, exame analítico da urina (EAS), sorologia para sífilis, rubéola, citomegalovírus, anti-HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), hepatite B e toxoplasmose. Todos foram solicitados no início do pré-natal. O hemograma, a glicemia de jejum, o EAS, a sorologia para sífilis, hepatite B e o exame anti-HIV foram solicitados também no 3º trimestre de gestação. Na investigação de ocorrências clínicas inesperadas, um ou mais desses exames foram repetidos e outros realizados, como o *Coombs* indireto, o parasitológico de fezes, entre outros.

Outros exames igualmente recomendados para o pré-natal^{25,1}, como o teste rápido de diagnóstico anti-HIV e de triagem da sífilis, a eletroforese de hemoglobina em gestantes negras, com antecedentes familiares de anemia falciforme ou história de anemia crônica, não foram solicitados pelos profissionais do estudo.

Para o adequado acompanhamento pré-natal, os procedimentos técnicos requeridos - os exames clínico, obstétrico, complementares - devem ser realizados corretamente. Do contrário, haverá prejuízos à interpretação dos achados e à comparação entre eles.¹ A adequação da solicitação e da análise, a partir de parâmetros conhecidos, propicia qualidade, rapidez e precisão na avaliação e no diagnóstico dos riscos, assim como a tomada de decisão pertinente às condutas.

A realização dos exames complementares, além da solicitação e interpretação apropriadas dos profissionais, requer uma rede de suporte diagnóstico ao pré-natal, suficiente, ágil e eficiente. Isto é, é importante a capacidade clínica do profissional aliada a condições na rede de serviços de saúde, que propiciem a ação diagnóstica.

A avaliação diagnóstica das suscetibilidades e dos problemas de saúde da mulher está sujeita às referências dos trabalhadores e à sua capacidade clínica de identificar e interpretar as situações, de julgar a sua gravidade e importância, e de eleger e efetivar o que deve ser feito. Mas também depende da estrutura da rede, do que é priorizado para os serviços locais e dos modos de organização do trabalho nestes.

Uma rede de apoio eficiente deve garantir, no tempo necessário, não somente os exames laboratoriais e diagnósticos mas também medicamentos, insumos, equipamentos biomédicos, além do próprio transporte das

Avaliação e diagnóstico de maior risco gestacional...

mulheres aos serviços especializados, quando preciso.²⁶

Os enfermeiros e médicos devem atuar de forma integrada, tanto na identificação e avaliação do que pode afetar a mulher, a gravidez e o feto, no sentido da maior chance de terem um resultado desfavorável, como no reconhecimento e na viabilização ou corresponsabilização em torno do que as mulheres grávidas precisam para bem participar do próprio cuidado. Para isso, é importante que os profissionais saibam lidar apropriadamente não só com os aspectos clínicos e obstétricos mas também com aspectos socioeconômicos, culturais, institucionais, familiares, comportamentais e intersubjetivos.

Nas USF participantes da pesquisa, médicos e enfermeiros, por meio do julgamento clínico das informações levantadas e priorizadas, concluíram sobre a existência, ou não, de fatores, suscetibilidades e/ou complicações na saúde da mulher e/ou do concepto. Isto é, traduziram de algum modo os achados no diagnóstico de risco habitual ou maior risco gestacional. Isso não significou, contudo, a explicitação do diagnóstico e de seus termos, seja para a mulher ou nos registros pré-natais. Nesse sentido, a presença de fatores de risco desfavoráveis, particularmente os apreendidos da história pessoal e de saúde prévia da mulher (dados sociodemográficos, dados comportamentais, dados clínicos e obstétricos precedentes), parece não ter influenciado significativamente nas interpretações, assim como não resultou em condutas específicas, nem modificou a rotina habitual de atendimento. Deu-se destaque, particularmente, aos problemas médicos manifestos.

A presença de um ou mais dos fatores a serem investigados e controlados não significa a necessidade imediata de recursos propedêuticos com tecnologias diferenciadas das pertinentes à atenção básica, mas demandam maior atenção da equipe da ESF e, em algumas situações, em maior frequência da mulher às consultas e em realização de visitas domiciliares, conforme o fator identificado e a condição da mulher.² Isso significa que o profissional, diante de fatores geradores de suscetibilidades e problemas, deve valorizar todos os achados e interpretá-los, mesmo que nos limites do que a adoção da perspectiva de risco oferece, para que medidas adequadas sejam tomadas.

Com relação ao diagnóstico dos problemas médicos isso ocorreu de outro modo. Como esses têm precedência na organização do trabalho das USF, os profissionais

Oliveira DC, Mandú ENT.

rotineiramente avaliaram, concluíram e se posicionaram a respeito das: morbidades pré-existentes (hipertensão arterial, toxoplasmose, citomegalovírus, rubéola, hepatite B e C, diabetes, e outras); complicações clínicas intervenientes (anemias, infecções urinárias recorrentes, obesidade, dentre várias); doenças obstétricas (hipertensão específica da gravidez, placenta prévia, retardo de crescimento fetal, sofrimento fetal, dentre outras). Essa objetividade se expressou nas consultas de pré-natal, nos registros em prontuários e nas falas dos profissionais

Normalmente, o critério é biológico (de identificação de riscos). Então, é uma hipertensão, uma alteração de glicemia, alteração durante a ausculta, o crescimento intrauterino é restrito ou avançado, um resultado de ultrassom alterado [...]. (E5 - USF E)

Os diagnósticos feitos e registrados nos prontuários e na ficha de encaminhamento de mulheres ao serviço especializado (das participantes do estudo) relacionaram-se, nomeadamente, a um ou mais distúrbios morfológico-funcionais e/ou a aspectos da história obstétrica, como: gestação gemelar dicoriônica; diabetes e hipertensão arterial pré-existentes e atuais; diabetes gestacional e idade maior que 35 anos; diabetes gestacional; hipertireoidismo; sorologia IgG e IgM positiva para citomegalovírus; sangramentos vaginais irregulares durante a gestação e adolescência; excesso de varizes em membros inferiores; quadro epiléptico; nefrolitíase; hipertensão arterial na gestação atual e histórico de óbito neonatal; microcefalia congênita da mulher.

Os profissionais afirmaram considerar, na definição do maior risco, além dos problemas médicos, tais como os apresentados acima, outras situações tidas como desfavoráveis: individuais (idade da mulher), do passado obstétrico (histórico de aborto recente, óbito neonatal), da gestação atual (gemelaridade), além de alguns aspectos sociais e do cotidiano familiar das mulheres.

(Profissional enfermeiro citando os riscos considerados)

Gestantes que apresentam hipertensão na gravidez, diabetes, obesidade, questão hereditária, resultados de exames com infecções urinárias. Muitas vezes, elas têm outros riscos, que estão associados à questão social, ao convívio do dia a dia. Então procuramos estar identificando para diminuir esses riscos. (E4 - USF D)

Nas consultas, algum aspecto dessa ordem foi eventual e também nos registros em prontuário, e este não se encontrou implicado

Avaliação e diagnóstico de maior risco gestacional...

no diagnóstico e nas condutas adotadas. Em síntese, os critérios usados e mencionados para o diagnóstico relacionaram-se a dois conjuntos de fatores sugestivos de um desfecho comprometedor da gravidez: os atrelados à própria gestação e às condições fisiopatológicas identificadas; e os relativos às características individuais da mulher.

No geral, dentre os fatores considerados para o diagnóstico de risco habitual ou maior risco encontrou-se pequena variação entre os profissionais médicos e, de igual modo, entre os enfermeiros. Foi em torno da consideração a fatores individuais que os profissionais mais divergiram. Nesse sentido, encontrou-se uma situação de gemelaridade na qual o profissional remeteu a avaliação e o diagnóstico do grau de risco ao serviço especializado. Essa vivência também resultou em diagnóstico de maior risco gestacional e em encaminhamento da mulher ao serviço de referência. Mas essas interpretações variam entre os profissionais. Para outros, essa conclusão depende das condições de bem-estar físico da mãe e do concepto.

Médicos e enfermeiros expressaram que a idade da mulher era um fator de risco, se adolescente. Para alguns, essa característica era suficiente para o diagnóstico de maior risco e encaminhamento da mulher ao serviço especializado. Outros consideraram que, para essa classificação, a idade da mulher deveria estar associada a outros fatores desfavoráveis, como não aceitação da gravidez, carência de conhecimentos, dificuldades em seguir recomendações pré-natais, consumo de álcool, tabaco e drogas, relações familiares enfraquecidas.

A idade também foi considerada fator de maior de risco, que demandava o apoio do serviço especializado, no caso de a mulher possuir 35 anos ou mais; ou possuir esta idade e, ainda, concomitantemente, alguma complicação de ordem física e/ou mental.

O Ministério da Saúde advoga que a adolescência, em si, não é fator de risco para a gestação. Mas, que há a possibilidade do risco psicossocial, associado à aceitação, ou não, da gravidez e a outros aspectos, que podem se traduzir na adesão, ou não, ao preconizado no pré-natal.² Quer dizer, as peculiaridades associadas à idade ou fase da vida devem ser apreendidas e analisadas para o adequado diagnóstico de maior risco e a decisão acerca do acompanhamento em outro serviço. Essa perspectiva aplica-se tanto à mulher adolescente ou com maior idade, considerada inapropriada.

Da perspectiva de risco, é importante para o diagnóstico que os profissionais trabalhem

Oliveira DC, Mandú ENT.

com critérios que sirvam de subsídios à classificação de graus diferenciados de riscos. Essa classificação orientará a oferta de cuidados necessários e onde isso deverá ocorrer.

A despeito da necessidade de categorizar o risco em graus diferenciados, de acordo com as suas possíveis consequências, inexistem parâmetros propostos para tal. Essa prática, assim, acaba por depender da avaliação de cada profissional e de determinações explicitadas em protocolos específicos. A OMS ressalva a necessidade de identificação e avaliação de fatores de risco que permitam classificar as mulheres grávidas apenas em dois grupos: alto e baixo risco.²⁷

Localizou-se apenas um estudo que classifica os elementos a serem considerados no estabelecimento do risco gestacional, da década de 1970. Os seus autores propõem tanto a avaliação de determinados aspectos como a atribuição de notas, cuja soma resultaria em um valor indicativo da intensidade do risco da gestação.²⁸

Os primeiros sistemas de avaliação de risco foram elaborados com base na observação e na experiência de seus autores e, ainda hoje, há dúvidas sobre a qualidade deles, principalmente os baseados em pontuação, que apresentam o problema de precisão do valor atribuído a cada fator e das associações existentes entre eles. A avaliação do risco é considerada uma ação difícil^{27:47}:

O conceito de risco é fundamentalmente probabilístico e os elos que associam fatores de risco a danos nem sempre estão definidos. Em alguns casos, por exemplo, o dano “morte fetal” é claramente associado a um fator; porém, existem outros casos em que a relação é muito mais difícil de se estabelecer pelo desconhecimento do fator ou fatores intervenientes ou pela dificuldade em se estabelecer o peso individual de cada um quando o problema é multifatorial.

O Ministério da Saúde observa, em publicação sobre a gestação de alto risco, que, apesar dos esforços para criar um sistema de pontuação e tabelas para discriminar as gestantes de maior e de menor risco, não foi possível, até o momento, criar uma classificação capaz de prever problemas de maneira satisfatória. Desse modo, trabalha-se com fatores de risco conhecidos mais comuns na população em geral e nas gestantes.²

A despeito dessas dificuldades, os profissionais da ESF sempre terão que adotar algum critério de classificação de risco, para determinar a necessidade de articular outros níveis de assistência, de sua urgência, ou para adequar a rotina local de pré-natal à

Avaliação e diagnóstico de maior risco gestacional...

necessidade de cada mulher. Isso significa que esses certamente se defrontam com incertezas frente à multiplicidade de fatores de risco e as suas possíveis consequências.

CONCLUSÃO

No contexto estudado, a característica predominante da ação de avaliação e diagnóstico em torno das suscetibilidades e dos problemas de saúde de mulheres grávidas, no pré-natal, foi a sua efetivação da perspectiva de risco.

A usualidade dessa prática tem por substrato o modelo biomédico, fundamentado em saberes da epidemiologia clássica, que apresenta limitação, sobretudo, no que concerne à apreensão e à abordagem das questões sociais e subjetivas relacionadas à saúde. Contudo, a perspectiva de risco tem sua importância, pois historicamente tem permitido o controle de potenciais fontes de agravos à saúde gestacional, bem como o controle das manifestações destes, em especial, por meio de medidas preventivas e de cura.

Na pesquisa, além do reducionismo típico dessa orientação, também se encontrou outras insuficiências, expressas particularmente na simplificação tanto do histórico de saúde familiar e da mulher como da avaliação das condições físicas maternas e do conceito. Desse modo, antes de qualquer coisa, é necessário investir na melhoria da qualidade da abordagem em pauta, em sua efetivação prática.

Para isso, uma das medidas é a construção e o seguimento, pelos profissionais do pré-natal, de guias flexíveis de orientação da busca e avaliação dos riscos reprodutivos, a serem aplicados de acordo com as especificidades encontradas, e não como um recurso generalizante e mecânico.

Contudo, é preciso também considerar os limites da perspectiva de risco, a insuficiência de suas possibilidades diagnósticas diante da abrangência das necessidades de saúde das mulheres e do que as produzem. Essas não se restringem a problemas de saúde reconhecidos como riscos ou doenças, mas dizem respeito também às vulnerabilidades e aos seus efeitos, que decorrem da inter-relação entre condições e modos de vida, subjetividades e processos biológicos. Investigar vulnerabilidades da mulher grávida propiciará a realização de diagnósticos de saúde mais abrangentes e ações assistenciais mais apropriadas.

Para isso, é importante ter por referência saberes críticos da epidemiologia e a síntese entre esses e o saber clínico clássico. Criar

Oliveira DC, Mandú ENT.

novas formas de, na prática, acessar e compreender o entrelaçamento de fatores objetivos, subjetivos, sociais, culturais e a produção dos problemas, dando espaço às mulheres com suas vivências, enfrentamentos e interpretações próprias. Nesse sentido, é preciso investimento no potencial de crítica dos profissionais, a respeito dos limites do que fazem, dos limites das propostas políticas e dos vários saberes que os orientam cotidianamente, para que exerçam protagonismo na criação de novas alternativas para o cuidado pré-natal.

Embora os resultados do estudo não admitam generalização, permitem o entendimento das conexões entre os achados e o sentido contextual coletivo, e podem ser usados para compreender situações similares. O tema, entretanto, requer novos estudos, em especial, no que se refere à construção criativa de caminhos operacionais para a apreensão e a interpretação dos determinantes sociais da saúde da mulher na clínica de pré-natal, assim como a atuação sobre eles.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Série A - Normas e Manuais Técnicos [Internet]. 2012 [cited 2013 June 12];32:1-320. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Técnico: gestação de alto risco. Série A - Normas e Manuais Técnicos [Internet]. 2012 [cited 2013 June 12];5:1-304. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf.
3. Ayres JRCM, França Junior I, Calazans GJ, Saleti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. de (org.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-139.
4. Castiel LD, Guilam MCR, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.
5. Lopes C. Risco: conceito fundamental em permanente discussão. Radis - Comunic em saúde [Internet]. 2011 June [cited 2013 Sept 27];106(1):12-7. Available from: http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/106/radis_106.pdf.

Avaliação e diagnóstico de maior risco gestacional...

6. Ayres JRCM. Desenvolvimento histórico-epistemológico da Epidemiologia e do conceito de risco. Cad saúde pública [Internet]. 2011 July [cited 2013 Oct 15];27(7):1301-11. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v27n7/06.pdf>.
7. Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. Epidemiologia básica. 2 ed., São Paulo; 2010.
8. Santos EMF, Amorim LP, Costa OLN, Oliveira N, Guimarães AC. Perfil de risco gestacional e metabólico no serviço de pré-natal de maternidade pública do Nordeste do Brasil. Rev bras ginecol obstet [Internet]. 2012 [cited 2013 June 25];34(3):102-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n3/a02v34n3.pdf>.
9. Benute GRG, Nomura RMY, Jorge VMF, Nonnenmacher D, Fráguas Junior R, Lucia MCS et al. Risco de suicídio em gestantes de alto risco: um estudo exploratório. Rev assoc med bras [Internet]. 2011 [cited 2013 June 29];57(5):583-87. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n5/v57n5a19.pdf>.
10. Luciano MP, Silva EF, Cecchetto FH. Orientações de enfermagem na gestação de alto risco: percepções e perfil de gestantes. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 Jul [cited 2013 Dec 15]; 5(5): 1261-266. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1727/pdf_559.
11. Oliveira VJ, Madeira AMF. Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco. Esc anna nery rev enferm [Internet]. 2011 Jan/Mar [cited 2013 Oct 15]; 15(1):103-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/15.pdf>.
12. Feitosa ACR, Queiroz AM, Vianna AM, Schleu M. Aplicação de programa educativo multidisciplinar em gestações de alto risco devido a doenças endócrinas. Rev bras ginecol obstet [Internet]. 2010 [cited 2013 Sept 10];32(10):504-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n10/v32n10a06.pdf>.
13. Carvalho VCP, Araújo TVB. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. Rev bras saúde matern infant [Internet]. 2007 July/Sept [cited 2013 Feb 27]; 7(3):309-17. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n3/10.pdf>.

Oliveira DC, Mandú ENT.

Avaliação e diagnóstico de maior risco gestacional...

14. Linhares JJ, Coelho SFM, Vieira EM, Costa EA, Portela LC, Pinto T. High risk pregnancy referrals adequacy in the Basic Health Services of Sobral, Ceará, Brazil. *Einstein* [Internet]. 2009 [cited 2013 Feb 27];7(2):182-6. Available from: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1262-Einsteinv7n2p182-6_ing.pdf.

15. Albuquerque RA, Jorge MSB, Franco TB, Quinderé PHD. Produção do cuidado integral no pré-natal: itinerário de uma gestante em uma unidade básica de Saúde da Família. *Interface - comunic, saude, educ* [Internet]. 2011 July/Sept [cited 2014 Mar 28];15(38):677-86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n38/aop4011.pdf>.

16. Melo MCP, Coelho EAC. Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2011 [cited 2014 Mar 28]; 16(5):2549-58. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a25v16n5.pdf>.

17. Melo RM, Brito RS, Carvalho FPB, João Júnior JM, Barros SDOL. A integralidade da assistência no contexto da atenção pré-natal. *Rev Rene* [Internet]. 2011 Oct/Dec [cited 2014 Mar 28]; 12(4):750-7. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/293/pdf>.

18. Brasil. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha [Internet]. 2011 [cited 2013 June 12]. Available from: <http://www.saude.al.gov.br/federal/legislacao/portariano1459de24dejunhode2011>.

19. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad saúde pública* [Internet]. 2011 Feb [cited 2014 Mar 12];27(2):389-94. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27n2/20.pdf>.

20. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

21. Calderon IMP, Cecatti JG, Vega CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. *Rev bras ginecol obstet* [Internet]. 2006 [cited 2013 Mar 24]; 28(5):310-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n5/a08v28n5.pdf>.

22. Leite RMB, Araújo TVB, Albuquerque RM, Andrade ARS, Neto PJD. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do

Nordeste do Brasil. *Cad saúde pública* [Internet]. 2011 Oct [cited 2013 Mar 24];27(10):1977-985. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27n10/11.pdf>.

23. Lafaurie MM, Castañeda KV, Castro DM, Laverde SM, Balaguera LY, López CM et al. Vivencias de gestantes con embarazo de alto riesgo. *Rev colomb enferm* [Internet]. 2011 [cited 2013 Mar 24]; 6(6):15-28. Available from: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen6/vivencias_gestantes.pdf.

24. Santos N, Veiga P, Andrade R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. *Rev bras enferm* [Internet]. 2011 Mar/Apr [cited 2013 Dec 18]; 64(2):355-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a21v64n2.pdf>.

25. World Health Organization. Programme to map best reproductive health practices [Internet]. 2002 [cited 2014 Jan 24]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.30.pdf.

26. Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2010 [cited 2013 May 14];15(3):3579-586. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a33.pdf>.

27. Fescina RH, Mucio B, Diaz RJL, Martínez G, Granzotto JA. Saúde sexual e reprodutiva: guias para a atenção continuada de mulher e do recém-nascido focalizadas na APS. Montevideu. CLAP/SMR [Internet]. 2010 [cited 2013 May 14]. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2927.pdf>.

28. Ciari Júnior C; Almeida PAM. Elementos de avaliação do "risco gravídico". *Rev saúde pública* [Internet]. 1972 [cited 2013 May 25];6:57-78. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v6n1/07.pdf>.

Submissão: 31/03/2014

Aceito: 28/04/2015

Publicado: 15/05/2014

Correspondência

Daniela do Carmo Oliveira
Rua Miranda Reis, 09
Bairro Centro
CEP 78015-640 – Cuiabá (MT), Brasil