

## **Atenção ao Pré-natal de alto risco e o manejo por profissionais da Estratégia de Saúde da Família: Um relato de experiência profissional**

## **Attention to high-risk prenatal care and management by professionals in the Family Health Strategy: A report of professional experience**

DOI:10.34119/bjhrv4n1-304

Recebimento dos originais: 12/01/2021

Aceitação para publicação: 18/02/2021

### **Richardson Lemos de Oliveira**

Especialista em Gestão em Saúde as Família pela Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Fenf/UERJ)  
E-mail: richardsonmedicina@gmail.com

### **Maiton Bernardelli**

Doutor e Mestre em Saúde Coletiva, especialista em Psicologia Clínica e Psicoterapia sistêmica. Docente no centro Universitário Serra Gaúcha.  
E-mail: bernardelli.maiton@gmail.com

### **Carla Pereira dos Santos**

Pós-graduada em Emergências e Unidade de Terapia Intensiva  
E-mail: carpdossmc@gmail.com

### **Sarah Kelley Ribeiro de Almeida**

Residente em Enfermagem obstétrica pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ)  
E-mail: sarahkelley@outlook.com.br

### **Luana Araújo Carvalho Felipe de Souza**

Residente em Enfermagem obstétrica pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ)  
E-mail: araujoluana2014@gmail.com

### **Barbara Santos de Almeida**

Residente em Enfermagem obstétrica pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ)  
E-mail: barbara\_sts@outlook.com

### **Lidiane Dias Reis**

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).  
Especialista em Saúde da Família. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Estácio de Sá (UNESA)  
E-mail: lidianerj2014@gmail.com

### **Rebecca Rodrigues de Barros**

Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica pela Escola de Enfermagem Anna Nery na Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ)  
E-mail: rebeccarbarros@hotmail.com

**Juliana dos Santos Cardoso**

Pós-graduação em Urgências e Emergências  
E-mail: juliana-cardoso20@hotmail.com

**Flávia Martins Pena Lube**

Especialista em Enfermagem Clínica e Estomaterapia pela Faculdade de Enfermagem  
do Estado do Rio de Janeiro (Fenf/UERJ)  
E-mail: enfa.flaviampena@gmail.com

**RESUMO**

**Introdução:** Segundo Ministério da Saúde (2012), em dados percentuais, o pré-natal de alto risco, abrange apenas 10% das gestações de riscos, isto faz com que possua um aumento significativo de intercorrências no curso da gestação e óbitos maternos e/ou fetais. O intuito da assistência pré-natal de alto risco é interferir no curso de uma gestação que possui maior chance de ter um resultado desfavorável, de maneira a diminuir o risco ao qual estão expostos a gestante e o feto, ou reduzir suas possíveis consequências adversas. **Método:** Foi realizado a construção de um relato de experiência, de natureza exploratória e de abordagem qualitativa. O relato de experiência busca descrever de forma relevante a dada experiência/vivência dos autores ou equipe de forma exitosa ou não, mas que possa trazer contribuição para a discussão, troca de ideias e proposições, objetivando trazer novos ideais e melhorias para o cuidado em saúde. **Resultados:** Segundo a Organização Mundial da Saúde, estima-se que, em 2015, 303 mil mulheres morreram por causas relacionadas à gravidez; 2,7 milhões de bebês morreram durante os 28 primeiros dias de vida; e 2,6 milhões de bebês eram natimortos. Em dados percentuais, o pré-natal de alto risco, abrange apenas 10% das gestações de riscos, isto faz com que possua um aumento significativo de intercorrências no curso da gestação e óbitos maternos e/ou fetais. **Conclusão:** no percurso de construção do estudo, que houve alteração no quantitativo de consultas durante a atenção ao pré-natal na Atenção Básica. Anteriormente, sugerido pela OMS o mínimo de 6 consultas até o final da gestação e a partir do ano de 2016 passou-se a sugerir o mínimo de 8 consultas. Além disso, percebeu-se com clareza, através de outros estudos, que a dificuldade do manejo do pré-natal de alto risco e o uso da ferramenta de referência e contrarreferência, não era um déficit particular da unidade abordada no estudo, mas sim de muitas outras unidades

**Palavras-Chaves:** Consulta de pré-natal, Gestação, Gestação de alto risco, Saúde da Família.

**ABSTRACT**

**Introduction:** According to the Ministry of Health (2012), the percentage given, or high-risk prenatal care, covers only 10% of cliff pregnancies, it is the face that there is a significant increase in complications in the course of pregnancy and maternal deaths and / or fetal. Or I intend to perform high-risk prenatal care and interfere with the course of a pregnancy that is more likely to have an unfavorable result, to reduce the risk or for those who are exposed to a pregnant woman or fetus, or to reduce its possible adverse consequences. **Method:** It was carried out with the construction of an experience report, of an exploratory nature and qualitative approach. The experience report seeks to disseminate in a relevant way for a given experience two successful or unsuccessful authors or team, instead of having a contribution to discussion, exchange of ideas and proposals, aiming to bring new ideas and improvements to or health care. **Results:**

According to the World Health Organization, it is estimated that, in 2015, 303 thousand women died from causes related to pregnancy; 2.7 million babies died during the first 28 days of life; and 2.6 million babies were born to death. Percentage data, or high-risk prenatal care, covers only 10% of high-risk pregnancies, which is why there is a significant increase in complications not during pregnancy and maternal and / or fetal deaths. Conclusion: there was no construction of a study course, where there was a non-quantitative change in consultations during prenatal care in Primary Care. Previously suggested WHO or at least 6 consultations at the end of pregnancy and from 2016 onwards at least 8 consultations will be suggested. In addition, it can be seen that, due to other studies, due to the difficulty in handling high-risk prenatal care or the use of reference and counter-reference hardware, it was not a particular deficit of the unit attended, I did not study, but many other units.

**Keywords:** Prenatal consultation, Gestation, High-risk pregnancy, Family Health.

## 1 INTRODUÇÃO

A gestação é um momento extremamente importante e delicado na vida da mulher. É uma fase que ocorrerá muitas mudanças no físicas e fisiológicas e isso pode ser um pouco impactante para quem está vivenciando esta etapa. Muitas dessas mudanças, ocorrem de forma esperada com o desenvolvimento da gestação, já outras apresentam algumas dificuldades nesta trajetória.

Ao abordar ou vivenciar uma gestação nos faz pensar que, concomitante a isso, devemos nos preocupar com o pré-natal e otimizá-lo. As consultas, ou melhor dizendo, a assistência de pré-natal, segundo o Ministério da Saúde (2010), é uma avaliação dinâmica, e prontidão de profissionais para notar problemas e tentar corrigi-lo o mais breve possível. Ressaltamos que a ausência ou não aderência da gestante as consultas de pré-natal, pode gerar grandes riscos e prejuízos a sua vida e a vida do recém-nascido.

Preferencialmente, o início da assistência de pré-natal, deve ser iniciado o mais breve possível, antes da 12<sup>a</sup> semana, a realização da primeira consulta com objetivo reduzindo riscos para a vida da gestante no desenvolvimento da gravidez e do feto.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016), recomenda que a gestante possua o mínimo de 8 consultas de acompanhamento, sendo preferencialmente a primeira consulta nas 12<sup>a</sup> semanas de gestação e subsequentemente 20<sup>a</sup>, 26<sup>a</sup>, 30<sup>a</sup>, 34<sup>a</sup>, 36<sup>a</sup>, 38<sup>a</sup> e 40<sup>a</sup> semana de gestação.

Segundo o Ministério da Saúde (2012), as consultas devem iniciar de forma mensal no primeiro trimestre, passando para quinzenal após a 28<sup>a</sup> semana de gestação e após a 36<sup>a</sup> semana com consultas semanais.

- Abaixo de 13 semanas - 1º trimestre;
- entre 14 e 27 semanas - 2º trimestre;
- acima de 28 semanas - 3º trimestre; (Brasil, 2000)

De modo generalista, pré-natal não envolve procedimentos que requeiram o uso de tecnologias duras, deste modo pode ser facilmente manejado na APS. Basicamente o profissional necessita estar aberto para ouvir e compreender a demanda das gestantes, fornecer apoio e resolutividade, demonstrar confiança em suas condutas, não subnotificar a queixa trazida pela gestante, fortalecer vínculos emponderando-a e promovendo autonomia.

Além disso, é necessário que o profissional esteja atento para identificar prontamente os fatores de risco durante as consultas de pré-natal. É necessário ter atenção e habilitada com as etapas da consulta, como a anamnese, exame físico, ginecológico e atento para ausência das gestantes e se necessária realização de buscas ativas.

É de suma importância ter em mente que, conforme diz o Ministério da Saúde (2010), não há alta do acompanhamento de pré-natal. É necessário realiza-lo até o final da gestação.

## EIXO TEÓRICO SOBRE OS SINAIS DE ALERTA PARA O FATOR ALTO RISCO NA GESTAÇÃO

Segundo Ministério da Saúde (2010), as equipes de Saúde da Família que atuam diretamente com o manejo do pré-natal de risco habitual, necessitam ter olhar clínico e sensível para identificar fatores de risco em gestantes, e conduzir as situações de forma responsável, realizando o primeiro atendimento, dando orientações de forma precisa e segura ao paciente, retirando dúvidas e agindo em situações imprevistas.

O quadro abaixo, trás características, para que possa nortear os profissionais como um sinal de alerta.

QUADRO 2: Atenção profissional aos sinais de alerta e presença de alterações significativas

<b>Sinais de alerta:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sangramento Vaginal de qualquer natureza e em qualquer período;</li><li>• Cefaleia;</li><li>• Escotomas Visuais;</li><li>• Epigastralgia, principalmente associado ao aumento da Pressão arterial sistólica;</li><li>• Edema excessivo, principalmente associado ao aumento da pressão arterial sistólica;</li><li>• Perda de líquido vaginal,</li><li>• Sintomas indicativos de trabalho de parto, como contrações rítmicas e final de gestação;</li><li>• Redução de movimentos fetais;</li><li>• Presença de hipertermia;</li></ul>
--------------------------	--

FONTE: Brasil, Ministério da Saúde (2016)

É importante ressaltar que sintomas que se apresentam juntos, como edema excessivo principalmente em membros inferiores, apresentando sinal de cacifo positivo, aumento a pressão arterial sistólica, cefaleia, principalmente ao final da gestação, podem ser sintomas que estão sugerindo pré-eclâmpsia.

Assim como, pacientes de final de gestação que apresentam contrações rítmicas e perdas de líquidos vaginais e perceberem redução da mobilidade fetal, devem ser encaminhados ao serviço de referencia pois podem estar em trabalho de parto e sofrimento fetal.

## EIXO TEÓRICO SOBRE AS CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

“A Gestação de Alto Risco e “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido tem maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”. (Brasil, 2010)

Algumas características que podem ser trazidas pela gestante em seu histórico anterior ou no desenvolvimento da gestação, servirão de norte para que o profissional já identifique, inicialmente, a gestante que precisa prontamente ser inserida no Sistema de Regulação (SisREG), para acompanhamento bimodal entre o serviço especializado e a APS.

Essas características são:

QUADRO 2: Fatores que caracterizam a gestação de alto risco

<p><b>Condições prévias:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiopatias;</li> <li>• Pneumonias graves, Asmas Brônquicas não controladas;</li> <li>• Nefropatias graves (Insuficiência renal crônicas e transplantadas);</li> <li>• Endocrinopatias (Diabete Mellitus, Hipertireoidismo, Hipotireoidismo);</li> <li>• Doenças Hematológicas (Anemia falciforme e Talassemias);</li> <li>• Doenças neurológicas (Epilepsia);</li> <li>• Doenças psiquiátricas (Psicoses, Depressão e entre outras);</li> <li>• Doenças Autoimunes (Lúpus eritematoso sistêmico e outras);</li> <li>• Alterações Genéticas;</li> <li>• Histórico de Trombose Venosa Profunda (TVP), Embolia Pulmonar;</li> <li>• Ginecopatias (Má formação uterina, tumores anexais);</li> <li>• Doenças Infecciosas (Hepatites, Toxoplasmose, HIV e entre outras);</li> <li>• Má formação fetal em Ultrassom;</li> <li>• Hanseníase;</li> <li>• Tuberculose;</li> <li>• Qualquer outra patologia que necessite de atenção especializada;</li> </ul>
<p><b>Histórico reprodutivo anterior:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Morte intrauterina, perinatal em gestação anterior (Principalmente por causa desconhecida);</li> <li>• Abortamento habitual (Histórico de duas ou mais gestações precoces e consecutivas);</li> <li>• Esterilidade ou Infertilidade;</li> <li>• Histórico de DHEG, interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, Eclâmpsia, Síndrome de HELLP, Internação da mãe em UTI);</li> </ul>
<p><b>Fatores relacionados a gestação atual:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restrição de crescimento uterino;</li> <li>• Polidrâmnio ou Oligodrâmnio</li> <li>• Gemelaridade;</li> <li>• Má formação fetal ou arritmia fetal;</li> <li>• Proteinúria;</li> <li>• Diabetes Gestacional;</li> <li>• Desnutrição Materna severa;</li> <li>• Obesidade Mórbida;</li> <li>• NIC III em resultado de colpocitológico;</li> <li>• Mamografia com Bi-RADS III ou maior;</li> <li>• Distúrbios hipertensivos (Hipertensão Crônica preexistente, Hipertensão Gestacional ou transitória);</li> <li>• Infecção Urinária de Repetição, apresentando dois ou mais casos de pielonefrite;</li> <li>• Anemia grave e não responsiva;</li> <li>• Infecção por Rubéola e; ou Citomegalovírus;</li> <li>• Adolescentes com fatores de risco psicossocial;</li> </ul>

FONTE: Brasil, Ministério da Saúde (2016).

## 2 MÉTODO

Foi realizado a construção de um relato de experiência, de natureza exploratória e de abordagem qualitativa. O relato de experiência busca descrever de forma relevante a dada experiência/vivência dos autores ou equipe de forma exitosa ou não, mas que possa trazer contribuição para a discussão, troca de ideias e proposições, objetivando trazer novos ideais e melhorias para o cuidado em saúde. (UFJF, 2016)

Já o estudo exploratório, segundo Gil (2008), objetiva-se em explicar determinado problema pois aproxima-se e tem maior familiaridade com os fatos, isto é, envolve levantamentos bibliográficos, conhecimento de pessoas com expertise na temática pesquisada, onde no seu desenvolvimento tende a assumir características de estudos bibliográficos e relatos de caso.

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Aplicada inicialmente em estudos de Antropologia e Sociologia, como contraponto à pesquisa quantitativa dominante, tem alargado seu campo de atuação a áreas como a Psicologia e a Educação. A pesquisa qualitativa é criticada por seu empirismo, pela subjetividade e pelo envolvimento emocional do pesquisador (Minayo, 2001, p. 14).

Foram realizadas buscas na Biblioteca virtual em saúde com a combinação dos seguintes descritores: *Consulta de pré-natal; Gestação; Gestação de alto risco; Saúde da Família.*

As informações trazidas nos relatos foram situações de consultas realizadas de forma individual em um CMS no município do Rio de Janeiro. Tais percepções e fatos aconteceram dentro do período de 2 anos (2019/2020). Período em que o autor vivenciou as experiências através do vínculo profissional com a UBS

## 3 DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A experiência ocorreu num Centro Municipal de Saúde (CMS), localizado na Região Sul do Município do Rio de Janeiro. O início se deu após o remanejamento de profissionais dentro das equipes. Após a reunião de equipe que acontecia em um turno de forma semanal, foi solicitado aos Agentes comunitários de Saúde (ACS) que buscasse a realizar as marcações das consultas, priorizando os que mais necessitavam de atendimento.

Após a realização das solicitações previamente estabelecidas na ata de reunião de equipe, o relator da experiência que prestava serviço assistencial nesta determinada

unidade, identificou um fato que chamava bastante atenção que era uma alta demanda de gestante cadastrada e sem acompanhamento adequado pelo déficit da gestão da Clínica. Vale ressaltar que o grande quantitativo de gestante que a equipe possuía e a maior parte delas vinham de uma microárea específica que por ventura, era a microárea com maior vulnerabilidade social.

Logo após consultar grande parte das gestantes marcadas, um fato chamou a atenção do relator, a maioria das gestantes que possuíam acima de 25 semanas de gestação, possuíam menos de 40 anos de idade, não chegariam ao mínimo de consultas 6 consulta de pré-natal até o final da gestação. Além disso, as gestantes não possuíam registro de Pressão arterial em todas as consultas, não apresentavam registro de sorologias de início de gestação no cartão de pré-natal e algumas que já apresentavam histórico de Hipertensão Arterial Sistólica (HAS) antes da gestação, algumas não tiveram a substituição de seus anti-hipertensivos pela Metildopa de 200 mg conforma orienta o protocolo do Ministério da Saúde (2016).

As gestantes que se enquadram no perfil de alto risco, precisam adotar a modalidade de atenção ao pré-natal de alto risco necessitando ser avaliada com especialista na Atenção secundária a Saúde, além de manter-se com a continuidade das consultas com sua unidade de referência. Contudo, as pacientes precisam ser referenciadas através do Sistema de Regulação (SISREG) e o que pôde-se perceber é que nenhuma gestante de alto risco na gestação estava inserida no sistema para consulta com o especialista.

#### **4 DISCUSSÃO E PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO**

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016), estima-se que, em 2015, 303 mil mulheres morreram por causas relacionadas à gravidez; 2,7 milhões de bebês morreram durante os 28 primeiros dias de vida; e 2,6 milhões de bebês eram natimortos.

O intuito da assistência pré-natal de alto risco e interferir no curso de uma gestação que possui maior chance de ter um resultado desfavorável, de maneira a diminuir o risco ao qual estão expostos a gestante e o feto, ou reduzir suas possíveis consequências adversas. (Brasil, 2010)

O Fato é, que segundo Ministério da Saúde (2012), em dados percentuais, o pré-natal de alto risco, abrange apenas 10% das gestações de riscos, isto faz com que possua um aumento significativo de intercorrências no curso da gestação e óbitos maternos e/ou fetais.



“Existem vários tipos de fatores geradores de risco gestacional. Alguns desses fatores podem estar presentes ainda antes da ocorrência da gravidez.” (Brasil, 2010)

É justamente por isso que se faz importante que profissionais de assistência possuam percepção dos problemas no percurso do pré-natal. Em suma, precisa-se que profissionais que possuam capacidades de identificar os problema e prontamente buscar solucioná-los com os recursos disponíveis no momento ou através de encaminhamentos.

Um exemplo são os casos de Emergências obstétricas onde, a equipe deve estar capacitada para diagnosticar precocemente os casos graves, iniciar o suporte básico de vida e acionar o serviço de remoção, para que haja a adequada continuidade do atendimento para os serviços de referência de emergências obstétricas da Rede de Atenção à Saúde. (Brasil, 2012)

Outro exemplo, são os casos que precisam de atenção ambulatorial especializada, que justamente, são esses os pouco lembrados por profissionais na hora da regulação.

Como já é sabido, por mais que o paciente seja atendido no serviço especializado, ele jamais pode perder o vínculo com a sua Unidade de referência. Neste percurso, caso houver situações que envolvam fatores clínicos com relevância, apresentando risco real, e que necessitem de intervenções com maior densidade de tecnologias, será necessário encaminhamento por via referenciada.

Uma vez encaminhada para acompanhamento em um serviço especializado em pré-natal de alto risco e importante que a gestante seja orientada a não perder o vínculo com a equipe de atenção básica ou Saúde da Família que iniciou o acompanhamento. Por sua vez esta equipe deve ser mantida informada a respeito da evolução da gravidez e tratamentos administrados a gestante por meio de contrarreferência e de busca ativa das gestantes em seu território de atuação, por meio da visita domiciliar. O paciente retornará ao nível primário, quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada. De qualquer maneira, a unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada a um diferente serviço de saúde. (Brasil, 2012; 2010)

Contudo, durante as reuniões de equipe com os profissionais de saúde da Unidade, que aconteciam mensalmente, foi posposto, como medida de intervenção a discussão de manuais e protocolos de sobre fluxo de manejo e atendimento a gestante. Além disso, foram realizados investimentos de propostas de Educação em saúde/ grupos de gestantes para reparo do déficit identificado durante o percurso.

“A equipe deverá estar preparada para o trabalho educativo.” (Brasil, 2000) Além de que as ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando continuidade no atendimento,

acompanhamento e avaliação dessas ações sobre a saúde materna e perinatal. (Brasil, 2000)

No estudo de Medeiros et. al (2019), com clareza evidenciou que as mulheres de baixa renda, menor situação socioeconômica recebiam menos orientações durante o pré-natal. Além disso, o mesmo autor aponta que os assunto que mais era abordado era sobre a temática: *amamentação exclusiva*.

Entretanto, é de extrema importância, abordar a amamentação exclusiva até os seis meses de vida do bebê, mas por outro lado durante toda trajetória gestacional, há um largo período de tempo para abordar outras temáticas que também possuam relevância na vida da gestante e impacto social. Através dos grupos semanais desenvolvidos pelos profissionais da unidade, abordamos temáticas de educação em saúde, como: *Planejamento familiar, Educação sexual e reprodutiva, prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis, aleitamento materno exclusivo e entre outras temáticas*.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pôde-se notar no percurso de construção do estudo, que houve alteração no quantitativo de consultas durante a atenção ao pré-natal na Atenção Básica. Anteriormente, sugerido pela OMS o mínimo de 6 consultas até o final da gestação e a partir do ano de 2016 passou-se a sugerir o mínimo de 8 consultas. Além disso, percebeu-se com clareza, através de outros estudos, que a dificuldade do manejo do pré-natal de alto risco e o uso da ferramenta de referência e contrarreferência, não era um déficit particular da unidade abordada no estudo, mas sim de muitas outras unidades. Como pontos positivos, podemos ressaltar as intervenções através de estratégias de educação permanente e discussão dos protocolos mensalmente como o objetivo de melhorar a assistência, sistematizar as ações e preencher os dados, prontuários e cartão gestante de forma otimizada, visando melhorar a comunicação de forma interdisciplinar e em todos os níveis de atenção a saúde. Pode-se contar também com estratégias de educação em saúde que passaram a ter atividades semanais aos cadastrados e o acesso, não só de gestantes, mas de cadastrado como um todos, viabilizado educar, reduzir a discrepância social e a vulnerabilidade no território. Por outro lado, como ponto negativo, por mais que melhoramos a inclusão dos pacientes que necessitam de atendimentos especializados em outros níveis de atenção no sistema de Regulação (SisREG), houve dificuldades de surgimentos de vagas de forma ágil para a demanda solicitada, além disso, os pacientes que conseguiam acesso ao nível de atenção especializada, grande parte traziam a guia de

contrarreferência com pobreza de detalhamento de informações, o que continua sendo um problema.

## REFERENCIAS

Brasil, Ministério da Saúde. (2000). Assistência de pré-natal – Manual Técnico. Distrito Federal – Brasil.

Brasil, Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de Baixo risco. Caderno da Atenção Básica, Nº 32. Distrito Federal – Brasil.

Brasil, Ministério da Saúde. (2010). Gestação de alto risco – Manual Técnico. 5<sup>a</sup> ed. Distrito Federal – Brasil.

Brasil, Ministério da Saúde. (2016). Protocolo de encaminhamento da Aten o Básica para aten o especializada. Volume IV, Ginecologia. Distrito Federal – Brasil.

Brasil, Ministério da Saúde. (2013). Saúde sexual e reprodutiva. Caderno da Aten o Básica, N  26. 1<sup>a</sup> ed. Distrito Federal – Brasil.

Brasil, Ministério da Saúde, Instituto S rio – Libanês de Ensino e Pesquisa. (2016). Protocolos da Aten o Básica – Saúde das Mulheres. Distrito Federal – Brasil.

Gil, A. C. (2008). Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6<sup>a</sup> ed. Editora Atlas. São Paulo – Brasil.

Medeiros, F.F., Santos, I. D. L., Ferrari, R. A. P., Serafim, D., Maciel, S. M., Cardelli, A. A. M., (2019). Acompanhamento pré-natal de alto risco no serviço público. REBEn.

Minayo, M. C. S. (2001). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 18<sup>a</sup> ed. Petrópolis: Vozes.

OPAS, Organiza o Pan-Americana da Saúde; OMS, Organiza o Mundial da Saúde. (2016). Mulheres grávidas devem ter acesso aos cuidados adequados no momento certo, afirma OMS. Brasil

Organiza o Mundial da Saúde, OMS. (2016). Recomenda es da OMS sobre cuidados de pré-natais para uma experiência positiva na gravidez.

Secretaria de Estado da Saúde; Departamento de A es em Saúde; Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial; Assessoria Técnica de Planejamento. (2018). Guia do Pré-natal na Aten o Básica. Rio Grande do Sul – Brasil.

Universidade Federal de Juiz de Fora. (2016). Instrutivo para elabora o de relato de experiência. Juiz de Fora – Brasil.