

Avaliação do Perfil de Mulheres que Receberam Assistência Durante a Classificação de Risco Obstétrica

Assesment of the Profile of Assisted Women During the Obstetric Risk Classification Process

Evaluación de Perfil de la Mujer que Recibieron Asistencia para la Clasificación de Obstétrico Riesgo

Rafaela Lira Mendes Costa¹; Amuzza Aylla Pereira dos Santos^{2*}; Maria Elisângela Torres de Lima Sanches³

Como citar este artigo:

Costa RLM,Santos AAP, Sanches METL, *et al.* Avaliação do Perfil de Mulheres que Receberam Assistência Durante a Classificação de Risco Obstétrica. Rev Fund Care Online.2019.11(n. esp):488-494. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.488-494>

ABSTRACT

Objective: The study's purpose has been to assess the profile of assisted women in the Welcoming and Risk Classification in a maternity hospital in the rural region of *Alagoas*. **Methods:** Herein, it was chosen a quantitative, retrospective and descriptive approach by going through 1,142 medical records and files registered from January to July 2015. **Results:** The results analyses have shown that the majority of the women attended were concentrated within the age group from 20 to 29 years old (52.4%); attended elementary school (62.4%); began to monitor pregnancy in the first trimester (72.0%); and were classified as a non-urgent risk (30.9%). **Conclusion:** Therefore, the clientele profile shows that the data found might provide subsidies for the health professionals' practice during the prenatal care.

Descriptors: Health Profile, Prenatal Care, Humanization of Assistance, Welcoming, Obstetric Nursing.

¹ Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal de Alagoas – UFAL, Especialista em Saúde Pública pela UFAL. Maceió, Alagoas, Brasil. E-mail: rafaelaliramc@gmail.com

² Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Alagoas. Docente da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas (ESENFAR/UFAL). Maceió, Alagoas, Brasil E-mail:amuzzasantos@bol.com.br

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas(ESENFAR/UFAL). Maceió, Alagoas, Brasil. E-mail: eli_sanches23@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Avaliar o perfil de mulheres assistidas no acolhimento e classificação de Risco em uma maternidade do agreste alagoano. **Método:** Optou-se pela abordagem quantitativa, retrospectiva e do tipo descritiva com 1.142 prontuários e fichas no período de janeiro a julho de 2015. **Resultados:** A análise dos resultados evidenciou que a maioria das mulheres atendidas se concentrou na faixa etária de 20 a 29 anos (52,4%); cursou até o ensino fundamental (62,4%); iniciou o acompanhamento da gravidez no primeiro trimestre (72,0%); e foi classificada como risco pouco urgente (30,9%). **Conclusão:** Portanto, o perfil dessa clientela mostra que os dados encontrados podem fornecer subsídios para a prática assistencial dos profissionais de saúde durante o pré-natal.

Descritores: Perfil de Saúde, Cuidado Pré-Natal, Humanização da Assistência, Acolhimento, Enfermagem Obstétrica.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el perfil de las mujeres asistieron a la recepción y Clasificación de Riesgos en la maternidad Alagoas salvaje. **Método:** Optamos por el enfoque cuantitativo, retrospectivo y descriptivo, con 1142 registros y expedientes registrados en el periodo de enero a julio de 2015. **Resultados:** mostraron que la mayoría de las mujeres que asisten se centraron en el grupo de edad de 20-29 años (52,4%); estudiados hasta la escuela primaria (62,4%); iniciado el seguimiento del embarazo en el primer trimestre (72,0%); y se clasificó como poco riesgo de urgencia (30,9%). **Conclusión:** Por lo tanto, el perfil de estos clientes muestra que los datos encontrados pueden proporcionar subsidios para la práctica de la atención de los profesionales sanitarios durante la atención prenatal.

Descritores: Perfil de salud, Cuidado prenatal, Humanización de la atención, Host. Obstétrica.

INTRODUÇÃO

Os elevados índices de mortalidade materna e neonatal e as taxas crescentes de cirurgia cesariana dos últimos anos evidenciam a necessidade de aprofundar as discussões que subsidiem mudanças mais arrojadas no modelo de atenção obstétrica e neonatal predominante no país. Mesmo com o avanço na melhoria da assistência ao pré-natal, parto e nascimento, a redução dos óbitos maternos e infantis ainda permanece como um desafio a ser vencido.¹

No Brasil, muitos serviços de urgências e emergências convivem com extensas filas nas quais as pessoas disputam o atendimento sem critério de risco, levando em consideração apenas a ordem de chegada. Essa conjuntura resulta na baixa satisfação dos usuários, pois a racionalidade das ações priorizadas nos atendimentos, somada às exigências de ritmo acelerado e intensificação do fazer devido à superlotação, têm propiciado interações desumanizadas no atendimento.²⁻³

Na tentativa de organizar os processos de trabalho, o Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Humanização, propõe a implantação do Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR) como principal estratégia de regulação do atendimento, tendo como ator principal o enfermeiro. A atuação desse profissional no A&CR tem sido descrita como resultado da combinação de conhecimentos teóricos e práticos, envolvimento com políticas públicas

e organização do ambiente de trabalho, associados à preocupação com o acolhimento das usuárias e humanização da assistência.⁴⁻⁵

Mediante o exposto, é importante enfatizar a realização do A&CR nos serviços de atenção obstétrica e neonatal, o qual se apresenta como um dispositivo que assume peculiaridades próprias às necessidades e demandas relacionadas ao processo gravídico, tendo como meta principal reorganizar a porta de entrada e todo o atendimento nos serviços que realizam partos.¹

Desse modo, acompanhar a tendência e o perfil da assistência obstétrica nos municípios e nas instituições de saúde brasileiras é fundamental para o direcionamento das principais demandas requeridas por este importante setor de atenção à saúde da parturiente e do neonato, aceitando que características maternas, tais como a idade, a escolaridade, a ocupação, a situação conjugal, e neonatais, como o peso ao nascer, a duração da gestação e o tipo de parto, influenciam nas condições de saúde materno-infantil.⁶

Com base em tal compreensão, o presente estudo teve como objetivo avaliar o perfil de mulheres assistidas no A&CR em uma maternidade do agreste de Alagoas. O interesse pela temática surgiu mediante a escassez de estudos científicos direcionados à perspectiva da mulher gestante como sujeito social que deve ser percebido de forma holística, segundo as suas peculiaridades durante o acolhimento e a classificação de risco.

Nesse sentido, a relevância de se trabalhar com esse tema justifica-se pelo fato de que esse estudo pode subsidiar os profissionais comprometidos com a obstetrícia, sobretudo o enfermeiro durante o pré-natal, no planejamento e na implementação de práticas e modelos assistenciais que melhor atendam às necessidades femininas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e documental, de abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada em uma Maternidade pública do agreste alagoano, responsável pelo atendimento prestados as gestantes de baixo e alto risco provenientes de mais de 50 municípios que compõem o agreste alagoano.

Para a composição da amostra, foi realizado um levantamento documental arquivado, através de prontuários, fichas de atendimento obstétrico e livros de registro, utilizados durante o acolhimento da gestante até o parto, no ano de 2013 e parte de 2014. No total foram analisados 1.142 prontuários no período de janeiro a julho de 2015, com uma média de 100 prontuários por mês.

Para a coleta de dados foi elaborado um formulário semiestruturado com dados de identificação para caracterizar a amostra e dados específicos sobre o atendimento realizado. Os dados foram coletados após aprovação do projeto

pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, sob o processo nº: 22043213.0.0000.5013.

As variáveis utilizadas no estudo foram: preenchimento do formulário de coleta de dados, idade, procedência, cor/raça, estado civil, escolaridade, gestações e paridade da paciente, quantidade de consultas de pré-natal, trimestre gestacional, ocorrência de cesáreas prévias, classificação de risco e idade gestacional.

Para a organização, tabulação e análise dos dados estatísticos descritivos utilizou-se o programa Microsoft Excel 2010. A análise descritiva ocorreu a partir de frequência absoluta (n) e percentual (F%) e os resultados foram apresentados de forma descritiva, por meio de tabelas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 1.142 (100%) prontuários analisados, 698 (61,1%) estavam com o preenchimento completo, com relação a todos os dados analisados e 444 (38,9 %) estavam parcialmente preenchidos, ou seja, faltavam dados essenciais de identificação da parturiente, do diagnóstico para classificação de risco.

A **tabela 1** refere-se aos dados sociodemográficos das mulheres analisadas no período do estudo.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico das mulheres assistidas numa Maternidade do agreste alagoano. Maceió, AL, Brasil, 2015.

Variáveis	N	%
Faixa etária (em anos)		
14-19	285	25,0
20-29	598	52,4
30-39	221	19,3
40-49	36	3,1
≥50	1	0,1
Não informada	1	0,1
Situação conjugal		
União consensual	577	50,5
Casada	350	30,7
Solteira	191	16,7
Viúva	5	0,4
Divorciada	4	0,4
Não informada	15	1,3
Raça/ Cor		
Parda	1102	96,5
Branca	20	1,8
Preta	7	0,6
Não informada	13	1,1
Escolaridade		
Fundamental I (1ª a 4ª série)	208	18,2
Fundamental II (5ª a 8ª série)	505	44,2
Médio (antigo 2º grau)	285	25,0
Analfabetas	47	4,2
Superior completo	36	3,1
Superior incompleto	25	2,2
Não informada	36	3,1
Total	1142	100

Fonte– Dados da pesquisa.

No que concerne ao tempo atual de gestação, a pesquisa revelou que, no momento em que as mulheres foram assistidas, mais da metade, 773 (67,7%), encontravam-se no terceiro trimestre gestacional (28 a 41 semanas e 6 dias. Outro dado relevante foi a ausência de registro

da Idade Gestacional (IG), com 190 (16,6%) ocorrências, conforme descrito na **tabela 2**.

Tabela 2 – Dados obstétricos das mulheres do estudo assistidas numa Maternidade do agreste alagoano. Maceió, AL, Brasil, 2015.

Variáveis	N	%
Trimestre gestacional		
1º trimestre	82	7,2
2º trimestre	97	8,5
3º trimestre	773	67,7
Não informado	190	16,6
Paridade		
Nulípara	447	39,1
Primípara	303	26,5
Secundípara	158	13,8
Múltipara	122	10,7
Não informada	112	9,9
Número de abortos prévios		
Nenhum	855	74,9
≥1	175	15,3
Não informado	112	9,8
Cesárea prévia		
Presente	159	13,9
Ausente	686	60,1
Não informada	297	26,0
Tipo de gestação		
Única	1132	99,1
Múltipla	10	0,9
Não informada	0	0,0
Número de consultas no pré-natal		
<6	426	37,3
≥ 6	663	58,1
Não realizaram pré-natal	49	4,3
Não informado	4	0,3
Período de início no pré-natal		
1º trimestre	822	72,0
2º trimestre	147	12,9
3º trimestre	10	0,8
Não informado	163	14,3
Total	1142	100

Fonte– Dados da pesquisa.

Outro achado importante foi o quantitativo expressivo de 344 mulheres (30,2%) com ausência de informações registradas sobre a classificação de risco, o que dificultou a realização de uma análise mais precisa dessa variável. É oportuno salientar as principais queixas que foram relatadas pelas mulheres durante a assistência prestada (**Tabela 3**).

Tabela 3 – Classificação de risco das mulheres do estudo assistidas numa Maternidade do agreste alagoano. Maceió, AL, Brasil, 2015.

Variável	N	%
Classificação de Risco		
Risco verde (pouco urgente)	353	30,9
Risco azul (não urgente)	231	20,2
Risco amarelo (urgente)	164	14,4
Risco laranja (muito urgente)	37	3,2
Risco vermelho (atendimento imediato)	13	1,1
Não informada	344	30,2
Total	1142	100

Fonte– Dados da pesquisa.

Considerando que a idade materna inferior a 15 anos e superior a 35 anos oferece maior risco gestacional e permite

a realização do pré-natal pela equipe da atenção básica, foi demonstrado que o perfil das mulheres do estudo delinea-se como uma população jovem e com faixa etária ideal (entre 20 a 29 anos) para a procriação.⁷

As condições de nascimento são determinantes para a saúde de uma criança, e essas condições podem ser fortemente influenciadas pela idade materna. Sabe-se que a gravidez ocorrendo tanto na adolescência quanto em idades mais avançadas do período reprodutivo feminino, pode ser considerada como preocupante e merecedora de atenção em função das possíveis consequências tanto sobre a saúde materna quanto sobre os indicadores de saúde do recém-nascido, ou seja, sobre as condições perinatais.⁸

Logo, entende-se que a idade reprodutiva é uma questão prioritária para a saúde pública e que um adequado planejamento familiar com redução do número de gestações indesejadas e uma maior promoção de atividades educativas durante o pré-natal poderá interferir significativamente no aumento de riscos gestacionais.

No que tange à situação conjugal, foi demonstrado que a maioria das mulheres vivia em união consensual. No entanto, ressalta-se que, no momento da consulta de enfermagem, não é exigido nenhum documento que comprove o estado civil da mulher, podendo haver omissão da verdadeira situação conjugal por considerarem uma união conjugal estável como um casamento. A situação conjugal segura é considerada um fator que reduz as possibilidades do aparecimento de complicações gestacionais, indicando que a presença do pai deve ser estimulada durante as atividades de consulta e de grupo, para o preparo do casal para o parto.^{7,9}

Reportando-se a variável raça/cor, nesse estudo predominou a parda. Um dado relevante sobre a questão racial é que, no Brasil, de 2000 a 2009, observou-se que 7.064 casos de doenças hipertensivas e hemorrágicas foram registrados em mulheres da cor/raça parda, representando 42,74% dos óbitos maternos brasileiros.¹⁰

Tendo como premissa o local de procedência, o estudo apontou um maior número de gestantes oriundas de Arapiraca. Vale enfatizar que houve uma demanda significativa de mulheres provenientes de outras cidades alagoanas, que pode ser justificada pelo fato do hospital local ser uma referência para a segunda macrorregião de Alagoas e para os municípios circunvizinhos, além de disponibilizar uma gama de serviços especializados que conseguem suprir as necessidades da clientela.

No que concerne ao grau de escolaridade, houve um maior predomínio de mulheres que alcançaram uma média de estudos menor do que nove anos. Todavia, o Ministério da Saúde classifica o período inferior a cinco anos como um fator de risco gestacional.⁷

Ademais, a predominância de mulheres com mais tempo de estudo tende a uma redução na probabilidade do desenvolvimento de morbidades graves e do óbito materno por causas evitáveis, visto que, quanto maior a escolaridade materna, maior número de consultas de pré-natal são realizadas, fator

que amplia a chance da detecção precoce e tratamento de morbidades.⁽⁷⁾ Portanto, torna-se relevante que a enfermagem analise o grau de escolaridade dessas gestantes, pois ele pode influenciar na compreensão das informações fornecidas durante a consulta, inclusive sobre os hábitos de vida saudável.¹¹

Em relação à profissão, o estudo revelou que a grande maioria das mulheres eram agricultoras. Durante a gestação, a carga de trabalho árdua e atividades físicas cansativas exercidas pelas gestantes podem estar relacionadas ao surgimento de crescimento intra-uterino restrito e parto prematuro.¹²

No momento em que foram atendidas no A&CR, a maioria das mulheres estava gestante pela primeira vez. Tal achado reflete a importância das consultas de enfermagem para esse grupo, pois é através delas que as mulheres irão conhecer todos os aspectos da gestação, acompanhando o crescimento e desenvolvimento do feto, e vivenciar a preparação para o processo do primeiro parto. O conhecimento sobre o quantitativo de gestações é imprescindível, pois mulheres que apresentam um elevado número (cinco ou mais) possuem um maior risco de morbimortalidade materna.¹³⁻¹⁴

Ao se analisar a paridade, obteve-se um maior predomínio da nuliparidade, sendo caracterizada pelo Ministério da Saúde como um fator de risco gestacional para as mulheres. A incidência de pré-eclâmpsia é influenciada pela paridade, ou seja, as nulíparas apresentam maior risco (7 a 10%) em comparação com as múltiparas.^{7,15}

A gestação é um evento especial na vida da mulher e muitas vezes a sensação de ser mãe é permeada por incertezas e inseguranças. As transformações vividas no período gestacional são novidades, principalmente para as gestantes nulíparas, e dúvidas relacionadas aos tipos de partos geralmente tornam-se um dilema. Com a evolução da gravidez a termo, o medo do desconhecido associado à falta de informação correta muitas vezes precipita a escolha por um parto cirúrgico.¹⁶ Vale ressaltar que a grande multiparidade também é uma condição que aumenta as chances de agravos durante a gestação. As múltiparas não realizam ou não frequentam todas as consultas do pré-natal, pois se sentem seguras devido as experiências anteriores.¹⁷⁻¹⁸

Sobre a existência de abortos prévios, o estudo demonstrou que uma maior porcentagem de mulheres não possuía antecedentes para tal. Esse dado é semelhante a um estudo transversal, realizado em São Paulo, sobre a prevalência e características de mulheres com aborto, que possuem histórico de gestação. Foi demonstrado que, entre as 555 mulheres que engravidaram, 380 (68,5%) declararam nunca ter ocorrido algum tipo de aborto. A existência de aborto prévio é apontada, em outro estudo, como fator de risco para o baixo peso ao nascer.¹⁹⁻²⁰

Quanto ao tipo de parto anterior, foi observado que a maioria das mulheres não apresentou passado obstétrico de cesárea prévia. Para que as mulheres possam escolher adequadamente o melhor tipo de parto, segundo sua condição

de saúde, crenças e valores pessoais, é fundamental que elas se sintam completamente informadas.¹⁶

É relevante enfatizar que, ao desconsiderarem as situações clínicas indicativas para uma cesariana, as mães se submetem a riscos desnecessários, além de acarretar em uma recuperação mais lenta e de elevar os gastos com internações hospitalares e medicamentos, condições que não estão presentes quando acontece o nascimento do feto por via vaginal.¹⁶

Em relação ao tipo de gestação, o estudo demonstrou que a prenhez única teve maior prevalência entre as mulheres. Um dado de importante significância que chamou atenção foi o completo preenchimento de informações na ficha de classificação de risco, o qual contribuiu para uma análise diferencial da variável em questão.

A ocorrência de nascimento prematuro é o fator de maior impacto na mortalidade perinatal e morbidade a curto e longo prazo nas gestações múltiplas. Até 48% dos recém-nascidos decorrentes de gestações gemelares nascem antes das 34 semanas, em comparação com 9,7% dos que são frutos de gestações únicas.⁷

No tocante ao número de consultas no pré-natal, foi demonstrado que a maioria das mulheres conseguiu alcançar uma quantidade relevante, o que implica em menores riscos maternos. Entretanto, apesar do início precoce do pré-natal ser essencial para a adequada assistência perinatal, o número ideal de consultas ainda permanece controverso.⁸

Um estudo publicado em 2013 evidenciou aumento da mortalidade perinatal no cuidado pré-natal com número reduzido de consultas, indicando a importância da vigilância no final da gravidez (32 a 36 semanas) para identificar situações de risco e garantir intervenções específicas.²¹

Vale enfatizar que, nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste do Brasil, no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, 75,6% das gestantes com maior idade e escolaridade foram atendidas por um profissional médico. Em contrapartida, nas regiões Norte e Nordeste, metade das mulheres com três ou mais gestações e com desfechos negativos anteriores foram atendidas em maior proporção por enfermeiros, quando comparadas àquelas com menor número de gestações e sem desfechos negativos.²²

Ademais, verificou-se que a maioria das consultas foi realizada em estabelecimentos públicos, sendo a realização do pré-natal nesses serviços mais frequente em residentes nas regiões Norte e Nordeste, em mulheres de menor idade e escolaridade, de raça/cor preta ou indígena, sem companheiro, com maior número de gestações e com desfechos negativos anteriores.²²

Foi demonstrado que a maioria das mulheres do estudo iniciou o pré-natal no primeiro trimestre. Esse achado torna-se relevante para a assistência obstétrica, considerando que o Ministério da Saúde recomenda a captação precoce da mulher no pré-natal, com o propósito de que sejam realizadas as intervenções oportunas durante o período gestacional, sejam elas preventivas ou terapêuticas.

De acordo com o protocolo de Manchester, grande parte da população feminina apresentou risco pouco urgente. Considerando que o estudo ocorreu em um hospital especializado no atendimento às gestações de alto risco, esse resultado refletiu em uma demanda inadequada ao nível de complexidade da instituição hospitalar.^{9,20}

No Brasil, o sistema de referência e contra-referência é ainda deficitário e há muito que se caminhar em relação ao acesso a serviços de referência no atendimento de complicações obstétricas. Alcançar essa condição ideal é fator determinante para a diferença significativa na contenção dos índices elevados de mortalidade materna por causa direta e, em decorrência, na redução dos indicadores vitais do país. Sendo assim, torna-se necessário reorganizar a rede de atendimento à mulher no ciclo gravídico puerperal e a sua vinculação à maternidade, com o intuito de adequar o perfil de atendimento dessa clientela e garantir uma assistência resolutive e responsável.^{20,23}

Nessa percepção, o acolhimento, nas suas variadas dimensões, desencadeia uma série de transformações no processo de trabalho, nas relações estabelecidas nos espaços de cuidado e no âmbito da organização dos serviços de saúde que prestam atendimento à população.²⁴

Na organização do fluxo de atendimento, segundo a gravidade ou agravamento da queixa apresentada pelo paciente, ganha notoriedade o papel desempenhado pelo enfermeiro que, exercendo sua liderança, desponta como protagonista na porta dos serviços de urgência. Considera-se que esse papel lhe é pertinente, pois sua formação profissional abrange não somente questões técnicas e biológicas, mas também aspectos sociais e emocionais, que viabilizam uma prática acolhedora e responsiva às necessidades das pessoas.²⁵

O atendimento humanizado da enfermeira, respeitando o tempo de cada mulher, facilita o esclarecimento de dúvidas e o aprendizado em relação ao processo de gestar e parir. O diferencial no atendimento da enfermeira obstetra está no acolhimento das mulheres respeitando os direitos da gestante como cidadã e auxiliando no processo de educação em saúde, valorizando a escuta atenta. Vale enfatizar que o uso da ficha obstétrica durante a consulta facilita o acesso rápido às principais informações sobre a gestante, agilizando durante o atendimento e até mesmo fora do horário agendado a identificação de problemas para a tomada de decisões.²⁶⁻²⁷

CONCLUSÕES

A partir da análise dos resultados sobre o perfil de mulheres assistidas em uma maternidade do agreste alagoano, foi evidenciado que a população feminina, em sua maioria, concentrou-se na faixa etária de 20 a 29 anos; vivia em união consensual; era parda; com baixa escolaridade; estava no curso do terceiro trimestre gestacional; era primípara e nulípara; sem antecedentes abortivos e de cesáreas; gestação era única; realizou sete ou mais consultas de pré-natal com

início precoce no primeiro trimestre; e foi classificada em risco pouco urgente.

Cumprido salientar que esse estudo possibilitou um olhar mais crítico e singularizado acerca das características socio-demográficas e obstétricas da população feminina. Nesse contexto, implantação do Acolhimento e Classificação de Risco surge como um novo modelo assistencial que insere o profissional de saúde como protagonista principal na tomada de decisão clínica e permite prover informações importantes para a assistência primária à saúde da gestante.

Ademais, destaca-se a importância de um registro das informações sobre as mulheres fidedignas obtidas durante o Acolhimento e Classificação de Risco, com o intuito de possibilitar o conhecer das particularidades da clientela assistida, bem como suas necessidades individuais e fatores de risco que mereçam atenção no período gravídico.

Consoante ao exposto, o perfil obtido demonstrou que esses achados colhidos do Acolhimento e Classificação de Risco corroboram com os da literatura científica e podem fornecer subsídios para a prática assistencial dos profissionais de saúde durante o pré-natal, no sentido de incrementar ações educativas que levem em conta as peculiaridades e necessidades específicas das mulheres, propiciando não só a prevenção de problemas futuros, mas também uma melhor qualidade do período gestacional e parturitivo.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia. Brasília (DF): MS; 2014.
2. Hedlund ACB, Ilha CB, Hoffmann IC, Krusche JB, Pimenta LF, Braz MM. Percepção de profissionais sobre Acolhimento com Classificação de Risco no Centro Obstétrico. Rev. Saúde (Santa Maria). 2015 Jul-Dez; 41(2):149-160.
3. Dal Pai D, Lautert L. Sofrimento no trabalho de enfermagem: reflexos do "discurso vazio" no Acolhimento com Classificação de Risco. Escola Anna Nery. 2011 Jul-Set; 15(3):524-530.
4. Souza CC, Diniz AS, Silva LLT, Mata LRF, Chianca TCM. Nurses' perception about risk classification in an emergency service. Investigación y Educación en Enferm. 2014 Jan-Apr; 32(1):78-86.
5. Shiroma LMB, Pires DEP. Classificação de Risco em Emergência – um desafio para as/os enfermeiras/os. Rev. Enferm. Foco. 2011 Fev; 2(1):14-7.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011: Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília (DF): MS; 2012.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Brasília (DF): MS; 2012.
8. Romero JAR, Simão AB, Souza LM. Resultados perinatais de nascidos vivos de mães adolescentes e adultas: uma análise exploratória do município de Belo-Horizonte. In: Anais do XIV Seminário sobre a Economia Mineira, 2010 Mai 24-28; Belo Horizonte, Brasil. Belo Horizonte (MG): Sessão de Demografia 1. População e Saúde em Minas.
9. Alves CN, Ressel LB, Sanfelice C, Bisognin P, Wilhelm LA, Zanini RR. Perfil de Gestantes Assistidas no Pré-Natal de Enfermagem de uma Unidade Básica de Saúde. Rev. Pesquisa Cuidado Fundamental (Online). 2013 Jul-Set; 5(3):132-141.
10. Ferraz L, Bordignon M. Mortalidade Materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. Rev. Baiana Saúde Pública. 2012 Abr-Jun; 36(2):527-38.
11. Peixoto CR, Lima T.M, Costa CC, Freitas L.V, Oliveira A.S, Damasceno AKC. Perfil das gestantes atendidas no serviço de pré-natal das Unidades Básicas de Saúde de Fortaleza - CE. Rev. Mineira. Enferm. 2012 Abri-Jun; 16(2):171-17.
12. Lima CRV, Silva CS. Perfil sócio demográfico clínico e obstétrico de gestantes admitidas numa maternidade de referência no Recife com diagnóstico de parto prematuro no ano de 2010. Rev. Trabalhos de Conclusão de Curso da Faculdade São Miguel. 2011 Jul-Dez; 2(2):646-682.
13. Carvalho IA, Santos VEP, Teixeira DS, Carvalho JA. Perfil ginecológico-obstétrico de gestantes atendidas em consulta de enfermagem. Rev. Pesquisa Cuidado Fundamental (Online). 2011 Abr-Jun; 3(2):1973-82.
14. Bisognin P, Alves CN, Barreto CN, Bublitz S, Stumm KE, Wilhelm LA, et al. Características sociodemográficas e obstétricas de gestantes assistidas em consulta de enfermagem. In: Anais do XVI Simpósio de Ensino, Pesquisa e Extensão, 2012 Out 03-05; Santa Maria, Brasil. Santa Maria (RS): Centro Universitário Franciscano, 2012.
15. Alexander JM, Bloom SL, Casey BM, Dashe JS, Roberts SW, Sheffield JS. Manual de Obstetrícia de Williams – Complicações na Gestação. Porto Alegre (RS): Artmed; 2014. p. 216.
16. Nunes ACF, Ramos DKR, Mesquita SKC. Preferência por cesarianas em gestantes nulíparas de um consultório particular de ginecologia e obstetrícia: um estudo de caso. Rev. Universidade Vale do Rio Verde. 2014 Ago-Dez; 12(2):743-753.
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Técnico Gestação de Alto Risco. Brasília (DF): MS; 2012.
18. Correia RA, Araújo HC, Furtado BMA, Bonfim C. Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000- 2006). Rev. Brasileira. Enferm. 2011 Jan-Fev; 64(1):91-7.
19. Silva RS, Carneiro MCMO, Drezett J, Andreoni S. Prevalência e características de mulheres com aborto entre mulheres com histórico de gestação. Rev. Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano. 2012 Out-Fev; 22(1):27-33.
20. Ferraz TR, Neves ET. Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas: um estudo transversal. Rev. Gaúcha Enferm. (Online). 2011 Mar; 32(1):86-92.
21. Hofmeyr GJ, Hodnett ED. Antenatal care packages with reduced visits and perinatal mortality: a secondary analysis of the WHO antenatal care trial — Commentary: routine antenatal visits for healthy pregnant women do make a difference. Reproductive Health Journal. 2013 Apr; 10(1):20.
22. Viellas E, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Filha MMT, Costa JV, et al. Assistência Pré-Natal no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2014 Ago; 30(1):85-100.
23. Ramos SCS. Análise de casos de mortes maternas em Manaus nos anos de 2001 a 2010 [tese]. Botucatu (SP): Universidade Estadual Paulista - UNESP. Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia; 2013.
24. Guerrero P, Mello ALSF, Andrade SR, Erdmann AL. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. Texto Contexto Enferm. 2013 Jan-Mar; 22(1):132-40.
25. Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em Serviço Hospitalar de Emergência: revisão integrativa da literatura. Rev. Gaúcha Enferm. 2011 Dez; 32(4):797-806.
26. Spindola T, Progiante JM, Penna LHG. Opinião das gestantes sobre acompanhamento da enfermeira obstetra no pré-natal de um hospital universitário. Cienc. Enferm. 2012 Ago; 18(2):65-73.
27. Marques AGB, Záchia AS, Schmidt MLS, Heldt E. Características de gestantes atendidas em consulta de enfermagem ambulatorial de pré-natal: comparação de quatro décadas. Rev. Gaúcha Enferm. 2012 Dez; 33(4): 41-47.

Recebido em: 15/04/2017
Revisões requeridas: Não houveram
Aprovado em: 16/05/2017
Publicado em: 15/01/2019

***Autor Correspondente:**

Amuzza Aylla Pereira dos Santos
Avenida Lourival Melo Mota, s/n
Cidade Universitária, Tabuleiro dos Martins, AL, Brasil
E-mail: luiza.rossi@funorte.edu.br
Telefone: +55 82 99697-5172/99998-3098
CEP: 57.072-900