

Planejamento estratégico para fortalecer o cuidado de gestantes de alto risco na atenção primária: relato de experiência

Strategic planning to strengthen care for high-risk pregnancy women in primary care: experience report

Victor Edney de Carvalho Maio¹  <https://orcid.org/0009-0009-7099-1130>

Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes¹  <https://orcid.org/0000-0001-7238-5999>

Amanda Martins Cardoso¹  <https://orcid.org/0009-0008-8747-3017>

Stéfane Daiane da Silva Pacheco¹  <https://orcid.org/0009-0004-8152-3627>

Relato de experiência

Como citar

Maio VEC, Fernandes DER, Cardoso AM, Pacheco SDS. Planejamento estratégico para fortalecer o cuidado de gestantes de alto risco na atenção primária: relato de experiência. Revista Científica Integrada. 2025, 8(spe.), e202534. <https://doi.org/10.59464/2359-4632.2025.3867>

Conflito de interesses

Não há conflito de interesses.

Enviado em: 10/09/2025

Aceito em: 23/10/2025

¹Universidade Federal de Rondônia (UNIR). Porto Velho, Rondônia, Brasil.

Autor correspondente

Victor Edney de Carvalho Maio
edneymaio@gmail.com

Revista Científica Integrada (ISSN 2359-4632)

<https://revistas.unaerp.br/rci>

RESUMO

Objetivo: relatar a experiência da elaboração e implementação de um plano de ação participativo para garantir a continuidade do acompanhamento de gestantes de alto risco por uma equipe da Estratégia de Saúde da Família em Porto Velho, Rondônia. **Métodos:** trata-se de um estudo descritivo, no formato relato de experiência, desenvolvido por acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal de Rondônia, junto a uma equipe da Estratégia de Saúde da Família. Foram utilizadas ferramentas do planejamento estratégico situacional. **Resultados:** a experiência evidenciou que o problema prioritário era a dificuldade na continuidade do acompanhamento das gestantes encaminhadas aos serviços de alto risco, relacionado à comunicação ineficiente entre níveis de atenção, à baixa compreensão do papel da Atenção Primária à Saúde e à fragilidade no vínculo das usuárias com a equipe. A implementação do plano resultou na pactuação coletiva de estratégias, como a intensificação da busca ativa semanal, o agendamento contínuo na Unidade de Saúde da Família e a criação de uma planilha de monitoramento. O impacto na prática clínica foi o realinhamento da equipe com seu papel de coordenadora do cuidado. **Conclusão:** conclui-se que o uso de ferramentas do planejamento estratégico situacional potencializou o protagonismo da equipe, qualificando o cuidado e fortalecendo o papel da Atenção Primária à Saúde como coordenadora da atenção, com recomendações para consolidação de fluxos de contrarreferência e replicação do modelo em outros contextos.

Descritores: Gestação de Alto Risco. Cuidado Pré-Natal. Educação em Saúde. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: To report the experience of developing and implementing a participatory action plan to ensure continued monitoring of high-risk pregnant women by a Family Health Strategy team in Porto Velho, Rondônia. **Methods:** This is a descriptive study, in the form of an experience report, developed by nursing students from the Federal University of Rondônia, working with a Family Health Strategy team. Situational strategic planning tools were used. **Results:** The results showed that the difficulty in continuing monitoring of pregnant women referred to high-risk services was the primary problem, related to inefficient communication between levels of care, a lack of understanding of the role of Primary Health Care, and a weak connection between users and the team. The main contributions were the collective agreement on strategies, such as intensifying weekly outreach, continuous scheduling at the Family Health Unit, and the creation of a monitoring spreadsheet, culminating in the team's realignment with its role as care coordinators. **Conclusion:** it is concluded that the use of situational strategic planning tools enhanced the team's protagonism, qualifying care and strengthening the role of Primary Health Care as a care coordinator, with recommendations for consolidating counter-referral flows and replicating the model in other contexts.

Descriptors: Pregnancy, High-Risk. Prenatal Care. Health Education. National Health Strategies.

Introdução

A gestação é um momento profundamente transformador na vida da mulher, marcado não apenas por mudanças fisiológicas, mas também por intensas experiências emocionais e sociais. Para muitas gestantes e suas famílias, esse período é cercado de expectativas e sentimentos ambivalentes, mesclando alegria, ansiedade e incertezas. Embora a maioria das gestações evolua sem maiores complicações, algumas mulheres enfrentam condições que as colocam em uma situação de maior vulnerabilidade, caracterizando a gravidez como de alto risco. Essa classificação pode surgir desde as primeiras semanas, devido a condições pré-existentes, ou se desenvolver ao longo da gestação, exigindo acompanhamento contínuo e cuidados especializados.¹

Diante desse contexto, estudos evidenciam que a inadequação do pré-natal está associada a maiores taxas de mortalidade fetal, neonatal e materna, prematuridade e baixo peso ao nascer. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), é notório desafios no acesso à assistência qualificada, refletindo um cenário global preocupante: a cada dois minutos, uma mulher morre por complicações na gestação ou parto. Além disso, aproximadamente um terço das gestantes não realiza o mínimo de consultas de pré-natal recomendado, enquanto cerca de 270 milhões de mulheres não possuem acesso a métodos modernos para o planejamento familiar.²

De acordo com dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), cerca de 830 mulheres morrem diariamente em todo o mundo devido a complicações na gestação e no parto que poderiam ser prevenidas. A grande maioria desses óbitos (99%) ocorre em nações em desenvolvimento, com maior incidência entre populações de baixa renda e residentes em zonas rurais. Adolescentes grávidas constituem o grupo mais vulnerável, apresentando elevadas taxas de morbimortalidade materna.³

A realidade da assistência pré-natal no Brasil revela profundas disparidades regionais que impactam diretamente nos desfechos materno-infantis. Estudos baseados na Pesquisa Nacional de Saúde demonstram que, já em 2013, as regiões em desenvolvimento apresentavam taxas de mortalidade materna 14 vezes superiores às das regiões desenvolvidas, evidenciando um grave quadro de desigualdade em saúde. Esse cenário é particularmente preocupante nas regiões Norte e Nordeste, onde, apesar da maior prevalência de partos vaginais, observa-se uma significativa deficiência no acompanhamento pré-natal, com número insuficiente de consultas por gestante.⁴

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel central na coordenação do cuidado, devendo garantir o acompanhamento

longitudinal e integral da gestante, independentemente do nível de risco.⁵ Contudo, na prática, observa-se uma fragmentação desse cuidado. Em uma Unidade de Saúde da Família (USF), localizado em Porto Velho, Rondônia, identificou-se uma fragilidade significativa no acompanhamento de gestantes de alto risco. Após serem referenciadas para serviços especializados, muitas gestantes perdem o vínculo com a equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), comprometendo a continuidade e a integralidade da assistência.

A equipe multiprofissional da USF, preocupada com essa dificuldade do cuidado, demonstrou engajamento em buscar soluções. A falta de acompanhamento dessas gestantes foi priorizada como o problema mais crítico por meio da Matriz GUT, que apontou para a necessidade urgente de intervenção. A análise com o Diagrama de Ishikawa revelou causas complexas, como a falta de compreensão sobre o papel da ESF, a sobrecarga de trabalho e a comunicação ineficiente com os serviços especializados. Outras dificuldades incluíam a baixa adesão das gestantes a atividades educativas e a ausência de uma rotina de busca ativa.

Diante do exposto, a implementação de um plano de ação se justifica pela necessidade de fortalecer o papel da APS como coordenadora do cuidado, resgatando o acompanhamento contínuo e integral das gestantes de alto risco. A utilização de um planejamento estratégico participativo, envolvendo toda a equipe, foi fundamental para alinhar as ações às diretrizes da PNAB e promover uma assistência mais humanizada e resolutiva. A intervenção visou não apenas reorganizar os processos de trabalho, mas também qualificar a assistência, para redução dos riscos de complicações e melhoraria nos indicadores de saúde materno-infantil no território.

O objetivo deste estudo é relatar a experiência da elaboração e implementação de um plano de ação participativo para garantir a continuidade do acompanhamento de gestantes de alto risco por uma equipe da Estratégia de Saúde da Família em Porto Velho, Rondônia.

Método

Trata-se de um estudo descritivo por meio de um relato de experiência sobre a construção e implementação de um plano de ação, desenvolvido por acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal de Rondônia (UNIR), sob a supervisão de uma docente orientadora. A ação foi realizada em uma USF, localizada na zona urbana de Porto Velho-RO, que tradicionalmente, recebe estudantes em nível de graduação e pós-graduação. O público-alvo do plano de ação foram 14 profissionais da equipe de saúde da família, incluindo enfermeiros, médico, odontólogo,

residentes, internos de medicina e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A metodologia adotada foi a do planejamento estratégico participativo, utilizando metodologias ativas para engajar a equipe na identificação e solução de problemas. O processo iniciou-se com uma reunião para levantamento dos principais desafios da equipe, resultando na priorização da "dificuldade de acompanhamento das gestantes de alto risco" por meio da Matriz de Gravidade, Urgência e Tendência (GUT).

Em seguida, o Diagrama de Ishikawa foi utilizado para analisar as causas do problema, onde foram agrupadas em categorias conhecidas como os 6M's; método, mão de obra, material, meio ambiente, máquina e medida, colaborando assim, para uma análise ampla, favorecendo para a identificação de fragilidades prioritárias e ajudando na formulação de estratégias mais concentradas e direcionadas.

Para a análise de viabilidade e elaboração das estratégias, foi levado em consideração o contexto local da USF, recursos humanos e materiais disponíveis, bem como o apoio da equipe multiprofissional, incluindo enfermeiros, médicos, odontólogos, residentes, acadêmicos e agentes comunitários de saúde, que reconhecem a necessidade de melhorar o acompanhamento das gestantes de alto risco.

Ademais, foi empregada a Matriz SWOT (Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças), que permitiu uma avaliação sistemática dos fatores internos e externos que impactam o cuidado. As ações foram detalhadas na ferramenta 5W2H, que estrutura o planejamento respondendo a sete questões: o quê, quando, por quê, onde, quem, como e quanto custa. Como instrumentos de apoio, foram elaborados um folheto informativo para as gestantes e um roteiro para a condução de uma reunião técnica com a equipe. A fundamentação teórica baseou-se em uma revisão bibliográfica em bases de dados como a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed.

A etapa de implementação iniciou-se com uma reunião técnica no formato de roda de conversa com a equipe multiprofissional, realizada em 8 de maio de

2025, em um espaço da comunidade acompanhada pela equipe do estudo. A reunião incluiu dinâmicas de grupo, discussão de casos, e debate sobre os atributos da APS, com o objetivo de sensibilizar e alinhar os profissionais sobre a importância de seu papel. Outras ações planejadas incluíram o reforço da busca ativa semanal, o agendamento contínuo de consultas na USF mesmo para gestantes em acompanhamento especializado, e a criação de uma planilha de monitoramento compartilhada.

Resultados

A experiência de planejamento e intervenção iniciou-se com a aplicação das ferramentas de gestão da qualidade, onde foram identificados alguns problemas centrais que impactam a qualidade do acompanhamento. De acordo com a equipe, os problemas elencados foram: a dificuldade de acompanhamento das gestantes de alto risco, onde gestantes encaminhadas ao pré-natal de alto risco deixam de retornar à unidade básica, rompendo o vínculo com a equipe da ESF. Outra dificuldade é a incipiente estratificação de risco familiar e a estratificação de risco cardiovascular inexistente, essencial para o planejamento das ações.

O primeiro momento da vivência foi a aplicação da Matriz GUT (Figura 1), que serviu como um dispositivo para que a equipe pudesse visualizar, debater e pactuar coletivamente quais eram os problemas mais críticos do seu processo de trabalho. Durante esta etapa, a "Dificuldade na continuidade do acompanhamento das Gestantes encaminhadas aos serviços de Alto Risco" emergiu com pontuação máxima (125), sendo unanimemente priorizada. Esta definição foi um marco na experiência, pois validou a angústia da equipe e direcionou o foco da intervenção, distinguindo este problema de outras fragilidades também identificadas, como a "Incipiente estratificação de risco familiar" (60 pontos) e a "Estratificação de risco cardiovascular inexistente" (36 pontos).

Figura 1. Indicador de problemas na USF Agenor de Carvalho por Matriz GUT. Porto Velho, Rondônia, Brasil, 2025.

Problemas	Gravidade	Urgência	Tendência	Resultados
Dificuldade na continuidade do acompanhamento das Gestantes encaminhadas aos serviços de Alto Risco	5	5	5	125
Incipiente estratificação de risco familiar	4	3	5	60
Estratificação de risco cardiovascular inexistente	4	3	3	36

Fonte: elaborado pelos autores (2025).

Após a priorização do problema central, optou-se pela utilização do Diagrama de Ishikawa (Figura 2) como ferramenta de apoio para as análises das possíveis causas relacionadas ao tema proposto, por sua vez, permitiu desmembrar o problema central em causas-raiz. As causas foram agrupadas em categorias conhecidas como os 6M's (método, mão de obra, material, meio ambiente, máquina e medida), colaborando assim, para uma análise ampla, favorecendo para a identificação de fragilidades

prioritárias e ajudando na formulação de estratégias mais concentradas e direcionadas dentro da proposta do plano. O uso desta ferramenta proporcionou uma análise ampla, e a categoria "Mão de Obra" gerou o debate mais aprofundado, revelando os nós críticos que sustentavam a dificuldade: a "falta de compreensão sobre o papel da ESF no acompanhamento destas gestantes" e a "falha no acompanhamento das gestantes do território referenciadas".

Figura 2. Diagrama de Ishikawa (espinha de peixe) adaptado. Porto Velho, Rondônia, Brasil, 2025.

Dificuldade na continuidade do acompanhamento das Gestantes encaminhadas aos serviços de Alto Risco		
Categoria	Principais Causas	Possíveis Intervenções (Governabilidade da Equipe)
Material	- Folhetos educativos insuficientes - Prontuários desatualizados	- Criar materiais educativos simples; - Criar "kits gestante" com cartão, sulfato ferroso e cartilha ilustrada.
Máquina	- Compartilhamento de computadores, exigindo do o escalamento da equipe para utilização; - Internet instável para agendamentos; - Computadores lentos, dificultando o acesso aos prontuários eletrônicos.	- Elaboração de escala para utilização dos computadores pelos ACS
Mão de Obra	- Falta de compreensão sobre o papel da ESF no acompanhamento da gestante de alto risco; - Falha no acompanhamento das gestantes do território referenciadas para o pré-natal de alto risco; - Rotatividade de profissionais; - Sobrecarga de trabalho.	- Ações de educação permanente em saúde com a ESF; - Discussão de casos entre a equipe.
Meio Ambiente	- Cultura local de desvalorização do pré-natal realizado na APS e hipervalorização do alto risco; - Comunicação equivocada no alto risco quanto à dispensa do acompanhamento pela ESF.	- Adaptar espaço para acolhimento humanizado; - Campanhas de conscientização em igrejas/escolas. - Parceria com CRAS para casos de vulnerabilidade social, violência doméstica, etc.
Método	- Agendamento não prioritário. - Pouca comunicação entre a Atenção Básica e os serviços de referência; - Baixa adesão ao grupo de gestantes; - Inexistência de cuidado compartilhado entre APS e AAE (alto risco); - Não há rotina de busca ativa das gestantes faltosas.	- Sistema de busca ativa estruturada; - Fortalecer a comunicação e vínculo com os serviços de referência por telefone, mensagem, e-mail, reuniões. - Agendar o retorno na Atenção Básica após consultas na referência. - Fazer uma busca ativamente e para a participação do grupo de gestantes, com abordagem motivacional explicando a importância do grupo e como pode ajudar especificamente. E ao final, quem tiver maior número de participações ganha um brinde/kit.
Medida	- Falta de indicadores de acompanhamento; - Falta de uma Planilha de Acompanhamento; - Não registro dos motivos de faltas.	- Criar uma Planilha de Acompanhamento; - Entrevistas com gestantes faltosas para saber o motivo; - Reuniões de análise de casos com a rede.

Fonte: elaborado pelos autores (2025).

Para complementar esta análise, a vivência incluiu a aplicação da Matriz SWOT (Figura 3), que permitiu uma avaliação sistemática dos fatores internos e externos. Nesta análise, identificamos Forças importantes, como uma "Equipe multiprofissional engajada" e o "Vínculo

territorial" dos ACS, mas também Ameaças significativas, como a "Percepção cultural das gestantes" de que o serviço especializado é superior e a "Falta de registro compartilhado" entre os níveis de atenção.

Figura 3. Plano estratégico por meio da Matriz SWOT. Porto Velho, Rondônia, Brasil, 2025.

Matriz SWOT		
Fatores Internos	Forças	• Equipe multiprofissional engajada; • Disposição ativa da equipe para enfrentamento de problemas; • Vínculo territorial (ACS conhecem as gestantes e suas realidades sociais).
	Fraquezas	• Dificuldade de acompanhamento das Gestantes de Alto Risco; • Sobrecarga da equipe dificultando acompanhamento individualizado; • Fragilidade no vínculo das gestantes de alto risco com a equipe da ESF após encaminhamento.
Fatores Externos	Oportunidades	• Vínculo entre acadêmicos da UNIR e equipe multiprofissional; • Diretrizes nacionais (PNHPN, PNAB) que respaldam a atuação da APS; • Tecnologias leves (acolhimento, vínculo, educação em saúde).
	Ameaças	• Percepção cultural das gestantes ("serviço especializado é melhor que a APS"); • Falta de registro compartilhado entre níveis de atenção (prontuários não integrados).

Fonte: elaborado pelos autores (2025).

O ponto alto da fase de implementação foi a reunião técnica com a equipe multiprofissional, realizada em uma igreja no território pertencente à unidade, para promover um ambiente neutro e acolhedor. A reunião teve duração de 1 hora e 30 minutos, foi estruturada como uma roda de conversa e desenvolveu-se com vistas a Educação Permanente em Saúde.

A dinâmica inicial consistiu em registrar expectativas e disposições individuais revelou um forte alinhamento com os objetivos do plano, como o desejo de "empoderar os participantes sobre a importância da vigilância das gestantes de alto risco e desfechos ruins" e "elaborar estratégias para melhorar o acesso da gestante na APS". As respostas sobre as contribuições pessoais, como "levar informações para as mães" e "acolhimento, informações e divulgações da APS", demonstraram o comprometimento da equipe.

As perguntas disparadoras sobre a importância do trabalho de cada um e as dificuldades enfrentadas geraram um debate rico e reflexivo. Profissionais compartilharam o sentimento de "perder" a gestante para o serviço especializado e a sensação de impotência diante da falta de um fluxo de contrarreferência. A discussão sobre os atributos da APS, como a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, apoiada pelo roteiro e materiais teóricos, serviu para reforçar que a responsabilidade da equipe da ESF não cessa com o encaminhamento, mas se transforma em um cuidado compartilhado. Ao final, a avaliação pela metodologia dos "Três Q's" (O que foi bom? O que foi ruim? O que

pode melhorar?) Permitiu um feedback imediato e a pactuação coletiva dos próximos passos.

Como resultado prático e imediato, foi pactuada a intensificação da busca ativa semanal das gestantes faltosas, a ser realizada pelos ACS e outros profissionais em casos prioritários, utilizando abordagens como visitas domiciliares e contato telefônico ou via aplicativo de mensagens realizadas por profissionais da equipe de ensino superior em casos mais prioritários, com uma abordagem acolhedora e respeitosa, valorizando a escuta ativa e empatia, de forma que possa fortalecer o vínculo entre a gestante e a equipe de saúde.

Além disso, a equipe se comprometeu a realizar o agendamento das consultas na USF, desmistificando a ideia de que o acompanhamento especializado exclui o acompanhamento da atenção primária, além da criação de uma planilha de monitoramento compartilhada. Adicionalmente, a elaboração do folheto informativo foi outra contribuição tangível, fornecendo uma ferramenta para orientar as gestantes e reforçar a importância do vínculo com a USF.

Discussão

A gestação é uma fase permeada por um universo de mitos, dúvidas e expectativas. Diante disso, o cuidado pré-natal transcende o acompanhamento físico, tornando-se crucial para a promoção da saúde e o desenvolvimento saudável do bebê. Para tanto, é indispensável que os profissionais de saúde adotem uma comunicação clara e acessível, abrindo espaço para

o esclarecimento das incertezas das gestantes. A aplicação de práticas de cuidado humanizado, baseadas na escuta ativa e no acolhimento, é o que transforma a experiência profissional em um suporte efetivo durante esse período.⁶

A experiência na USF de estudo evidencia que a fragmentação do cuidado a gestantes de alto risco é um desafio multifatorial, mas que pode ser enfrentado com planejamento estratégico e envolvimento da equipe. A utilização de ferramentas do planejamento estratégico situacional, como a Matriz GUT e o Diagrama de Ishikawa, foi fundamental não apenas para identificar e priorizar problemas, mas para construir um diagnóstico compartilhado e responsabilizar a equipe. Esse processo de análise coletiva do trabalho permite que os profissionais compreendam as causas-raiz das fragilidades e, a partir daí, elaborem intervenções mais assertivas, alinhadas aos princípios do planejamento em saúde, que preza pela ação racional e organizada para alcançar os objetivos de forma eficiente.⁷⁻⁸

Um dos principais fatores de sucesso foi a abordagem participativa. Ao incluir os profissionais desde o diagnóstico, utilizando ferramentas como a matriz GUT, o plano de ação tornou-se um projeto coletivo, e não uma imposição externa. Isso está alinhado com a literatura, que aponta o gerenciamento participativo como essencial para reinventar o trabalho em saúde e superar deficiências institucionais. Essa construção conjunta fortalece o sentimento de pertencimento e engajamento da equipe, onde são elementos cruciais para a sustentabilidade das ações propostas e para a transformação real das práticas cotidianas no serviço.⁹

A principal dificuldade enfrentada foi a cultura organizacional e social que desvaloriza o papel da APS em detrimento do cuidado especializado. Muitas gestantes e, por vezes, os próprios profissionais, reproduzem a ideia de que, uma vez encaminhada, a gestante "pertence" ao serviço de alto risco, ignorando o princípio da longitudinalidade e da integralidade do cuidado. Essa percepção é uma ameaça externa significativa identificada na análise SWOT e é um problema documentado em outros estudos, que mostram a dificuldade do cuidado como um resultado de falhas na comunicação e na compreensão dos papéis de cada nível de atenção.^{10,11}

A estratégia de superação para essa barreira cultural foi a Educação Permanente em Saúde (EPS), materializada na reunião técnica. A EPS se diferencia da educação continuada por partir da análise crítica do processo de trabalho, utilizando os problemas do dia a dia como fonte de aprendizagem. Ao discutir os atributos da APS e o conceito de cuidado compartilhado em uma roda de conversa, a equipe foi instrumentalizada a reafirmar seu papel perante as usuárias e a si mesma. Essa abordagem transforma os

profissionais em protagonistas da sua própria qualificação, promovendo uma prática reflexiva e a reorganização dos serviços a partir das necessidades locais. A elaboração de materiais educativos simples, como o folheto, também foi uma estratégia para traduzir essa complexa organização do sistema de saúde para a gestante.^{12,13}

O Ministério da Saúde e diversos estudos preconizam que o acompanhamento no pré-natal de alto risco deve ser colaborativo, com a APS mantendo seu papel na vigilância das condições sociais, na construção de vínculo e na coordenação do cuidado. A ênfase na busca ativa e no monitoramento contínuo, pactuada pela equipe, associa essas práticas à redução de desfechos negativos e à melhor adesão ao pré-natal. A implementação de uma planilha de monitoramento compartilhada e o fortalecimento da busca ativa são exemplos de ações de baixo custo e alto impacto, que materializam o planejamento e reforçam o compromisso da equipe com a integralidade da assistência.^{14,15}

Conclusão

A experiência de elaborar e iniciar a implementação deste plano de ação proporcionou lições valiosas. A principal delas é que a transformação das práticas de saúde na Atenção Primária é um processo contínuo que demanda uma postura proativa, colaborativa e reflexiva por parte dos profissionais. A utilização de ferramentas de gestão, embora inicialmente possa parecer apenas um exercício acadêmico, demonstrou ser um potente catalisador para a organização do trabalho e para a construção de consensos. Aprendeu-se que a escuta atenta das necessidades da equipe é tão importante quanto o conhecimento técnico para propor intervenções viáveis e eficazes.

A aplicabilidade deste plano em outras realidades é alta, uma vez que a fragmentação do cuidado a gestantes de alto risco é um problema comum em muitos municípios brasileiros. As ferramentas e metodologias utilizadas – GUT, Ishikawa, SWOT, 5W2H – podem ser aplicadas a diferentes contextos e equipes, desde que se mantenha o princípio da construção participativa. As estratégias de educação permanente, monitoramento por planilhas e fortalecimento da busca ativa são ações de baixo custo e alto impacto, passíveis de replicação.

Entre as limitações do estudo, destaca-se que este relato foca na elaboração e no início da implementação do plano. A avaliação dos resultados a longo prazo, como a efetiva redução do absenteísmo e o impacto nos indicadores de saúde materno-infantil, demandará um monitoramento contínuo ao longo dos meses seguintes. Outra limitação é a dependência do engajamento contínuo da equipe, que pode ser afetado por fatores

como a rotatividade de profissionais e a sobrecarga de trabalho persistente.

Recomenda-se, portanto, a continuidade do monitoramento dos indicadores propostos, com reuniões periódicas de avaliação para ajustar as estratégias conforme necessário. Sugere-se também a tentativa de formalizar um fluxo de comunicação com os serviços de referência de alto risco, buscando estabelecer um canal oficial de contrarreferência. Por fim, recomenda-se que a experiência seja compartilhada com outras equipes de saúde e com a gestão municipal, a fim de inspirar iniciativas semelhantes e fortalecer a rede de atenção à saúde materno-infantil como um todo.

Referências

1. Rolim NRF, Gabriel IS, Mota AS, Quental OB. Fatores que contribuem para a classificação da gestação de alto risco: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Production Engineering - BJPE* [Internet]. 2020;6(6):60–8.
2. World Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division [Internet]. www.who.int. 2023.
3. Saúde materna - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. www.paho.org. Available from: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-materna>
4. Nunes ADSS, Amador AE, Dantas APQM, Azevedo UN, Barbosa IR. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev Bras Promoc Saúde* [Internet]. 29º de setembro de 2017;30(3). DOI: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/6158>
5. Chaves ACC, Scherer MD dos A, Conill EM. O que contribui para a resolubilidade na Atenção Primária à Saúde? Revisão integrativa da literatura, 2010-2020. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2023Sep;28(9):2537–51. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.15342022>
6. Moura e Silva CA, Rodrigues GO, Barbosa KM. ACOLOHIMENTO ÀS GESTANTES NO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. *Espac Para Saude Rev Saude Publica Parana* [Internet]. 17 out 2024 [citado 10 set 2025];25:1-9. DOI: <https://doi.org/10.22421/1517-7130/es.2024v25.e1024>
7. Barroso SG, Oliveira JM, Silva JVM, Caldeira FID, Gasque KCS. Planejamento Estratégico Situacional na atenção primária: aplicação da metodologia em uma Unidade Básica de Saúde. *Com. Ciências Saúde* [Internet]. 16º de maio de 2023 [citado 10º de setembro de 2025];33(04).
8. Figueiredo IDT, Torres GM, Cândido JA, Moraes AP, Pinto AG, Almeida MI. Planejamento estratégico como ferramenta de gestão local na atenção primária à saúde. *Rev Fam Ciclos Vida Saude No Contexto Soc* [Internet]. 1 abr 2020 [citado 10 set 2025];8(1):27. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v8i1.4454>
9. Clemente MP, Pinto AG, Martins AK. Gestão participativa na Estratégia Saúde da Família: reorientação da demanda à luz do Método Paideia. *Saude Em Debate* [Internet]. Jun 2021 [citado 10 set 2025];45(129):315-26. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112905>
10. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 6 jan 2020 [citado 10 set 2025];44:1. DOI: <https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.4>
11. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29(2):84–95. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1020-49892011000200003>
12. Pralon JA, Garcia DC, Iglesias A. Educação permanente em saúde: uma revisão integrativa de literatura. *Res Soc Dev* [Internet]. 4 nov 2021 [citado 10 set 2025];10(14):e355101422015. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22015>
13. Ferreira L, Barbosa JS, Esposti CD, Cruz MM. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saude Em Debate* [Internet]. Mar 2019 [citado 10 set 2025];43(120):223-39. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>
14. Mesquita AL, Araújo Júnior DG, Gomes FM, Ximenes Neto FR, Lira RC, Marinho GM, Da Silva MA, Oliveira EN, De Sousa FW, Vasconcelos LF. Atenção primária à saúde enquanto ordenadora das redes de atenção e coordenadora do cuidado. *CONTRIB CIENC SOC* [Internet]. 8 dez 2023 [citado 10 set 2025];

2025];16(12):30191-205. DOI:
<https://doi.org/10.55905/revconv.16n.12-068>

15. Rodrigues LB, Silva PC, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JD, Pinto IC, Monroe AA, Arcêncio RA. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. Cienc Amp Coletiva [Internet]. Fev 2014 [citado 10 set 2025];19(2):343-52. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.18032012>

Contribuições do autor

Todos os autores foram responsáveis pela concepção, redação e aprovação da versão final do artigo.

Editor chefe

José Cláudio Garcia Lira Neto

Copyright © 2025 Revista Científica Integrada.

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença Creative Commons CC BY. Esta licença permite que terceiros distribuam, remixem, modifiquem e desenvolvam seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe deem crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. Recomenda-se maximizar a divulgação e utilização de materiais licenciados.