

Indicadores da Qualidade da Assistência Pré-Natal de Alto Risco em uma Maternidade Pública

The Quality Indicators of High-Risk Prenatal Care in a Public Maternity Hospital

JAMISCLEIA RODRIGUES DA SILVA¹
MARICELIA BORGES TAVARES DE OLIVEIRA²
FRANCISCODIMITRE RODRIGO PEREIRA SANTOS³
MARCELINO SANTOS NETO⁴
ADRIANA GOMES NOGUEIRA FERREIRA⁵
FLORIACY STABNOW SANTOS⁵

RESUMO

Objetivo: Descrever os indicadores de qualidade da assistência pré-natal de alto risco, traçar o perfil socioeconômico e identificar os fatores de risco apresentados pelas gestantes pesquisadas. **Material e Métodos:** Estudo descritivo, transversal, quantitativo realizado com gestantes de alto risco em maternidade de referência em Sudoeste maranhense, entre janeiro e junho de 2015. No universo de 300 mulheres que são atendidas mensalmente, considerando um intervalo com 95% de confiança, a amostra compreendeu 140 sujeitos. Dados coletados através de formulário estruturado. **Resultados:** Iniciaram as consultas de pré-natal até a 14^a semana de gestação em 95,7% dos sujeitos, 63,6% realizou seis ou mais consultas; 16,4% tinham características individuais e condições sociodemográficas para gestação de alto risco; 12,1% tiveram complicações anteriores; 24,3% tinham condição clínica preexistente; 47,2% tiveram doença obstétrica na gravidez atual. **Conclusão:** Evidenciou-se que as gestantes iniciaram o pré-natal em tempo oportuno, realizaram seis ou mais consultas conforme a recomendação do Ministério da Saúde e não tiveram acesso a ações de educação em saúde voltadas para a gestação, denotando a necessidade de revisão das ações executadas na assistência à saúde da mulher no cenário investigado.

DESCRIPTORIOS

Pré-Natal. Assistência Pré-Natal. Gestação de Alto Risco.

ABSTRACT

Objective: To describe the quality indicators for high-risk prenatal care, as well as to outline the social-economic profile and to identify the risk factors among the interviewed women. **Materials and Methods:** This was a descriptive, cross-sectional, quantitative study conducted with high-risk pregnant women in a reference maternity hospital in south western Maranhão State, between January and June 2015. Out of the universe of 300 women who are serviced monthly, and considering a 95% confidence interval, the sample comprised 140 subjects. The data were collected using a structured form. **Results:** Prenatal consultations started at the 14th week of pregnancy in 95.7% of participants; 63.6% of them attended 6 or more appointments; 16.4% showed personal and sociodemographic features for high-risk pregnancy; 12.1% had history of complications; 24.3% had preexisting medical condition; 47.2% had obstetric disease in the current pregnancy. **Conclusion:** It was evidenced that pregnant women began pre-natal care in a timely manner, attended six or more consultations according to the recommendation of the Ministry of Health. On the other hand, they did not have Access to health education actions related to pregnancy, which indicate needed to review the actions that are taken towards these women in this scenario.

DESCRIPTORS

Prenatal. Prenatal Care. High-Risk Pregnancy.

1 Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Governador Edison Lobão. Governador Edison Lobão. Maranhão. Brasil.

2 Enfermeira da Gerência Regional de Saúde. Imperatriz. Maranhão. Brasil.

3 Fisioterapeuta, professor da Unidade de Ensino Superior do Sul do Maranhão – UNISULMA. Imperatriz. Maranhão. Brasil.

4 Farmacêutico Bioquímico, professor da Universidade Federal do Maranhão – UFMA. Imperatriz. Maranhão. Brasil.

5 Enfermeira, professora da Universidade Federal do Maranhão – UFMA. Imperatriz. Maranhão. Brasil.

O atendimento pré-natal pode ser caracterizado como um programa de assistência à gestante, historicamente realizado pela medicina e pela enfermagem, objetivando prevenir, diagnosticar e tratar eventos indesejáveis à gestação, ao parto e ao recém-nascido¹.

Devido os altos coeficientes de mortalidade materna e infantil, a assistência pré-natal tem merecido destaque, o que culminou na criação de políticas públicas de saúde voltadas para a atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal². A maioria das mortes maternas acontecem em países em desenvolvimento e óbitos são evitáveis. O Ministério da Saúde (MS) aponta que, no Brasil, ocorrem 70 mortes a cada 100.000 nascidos vivos³.

Com o objetivo de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil e reduzir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade materno-infantil no Brasil, o MS instituiu em todo o País a Rede Cegonha, estratégia que visa estruturar e organizar a atenção à saúde materno infantil a ser implantada, gradativamente⁴.

A assistência pré-natal deve ser organizada com intuito de atender às reais necessidades das gestantes, de modo a assegurar assistência integral à mulher, mediante a utilização de conhecimentos técnico-científicos, meios e recursos disponíveis mais adequados⁴. Apesar de a gestação ser um fenômeno fisiológico há uma parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe, constituindo o grupo denominado “gestantes de alto risco”⁵.

Dados do MS dão conta de que no Brasil, de 70 a 150 mulheres em cada 100 mil morrem por alguma causa relacionada à gestação e ao parto, entretanto 90% desses óbitos poderiam ser evitados se tivessem assistência adequada⁵.

Nesse sentido, este estudo teve por objetivo descrever os indicadores de qualidade da assistência pré-natal de alto risco oferecidos às usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) atendidas em maternidade pública de referência no interior do Nordeste brasileiro, bem como traçar o perfil socioeconômico das gestantes e identificar os fatores de risco apresentados pelas gestantes pesquisadas.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo, transversal, quantitativo realizado com gestantes de alto risco atendidas no ambulatório de maternidade pública do sudoeste maranhense, no município de Imperatriz, única maternidade pública de referência para toda a região. Mensalmente são atendidas aproximadamente 300 gestantes nas consultas de pré-natal de alto risco. Considerando um intervalo com 95% de confiança, a amostra selecionada por conveniência, compreendeu 140 gestantes de alto risco.

Foram incluídas as gestantes com idade gestacional maior ou igual a 32 semanas de gestação, residentes em Imperatriz e foram excluídas as que tinham problemas mentais que poderia interferir na qualidade das informações dadas.

A coleta de dados ocorreu de janeiro e junho de 2015, utilizando-se formulário estruturado, com perguntas fechadas e abertas contendo informações sobre variáveis sociodemográficas, motivo da gestação de alto risco, variáveis obstétricas e de pré-natal.

Os indicadores de qualidade da assistência pré-natal avaliados foram: início do pré-natal até o primeiro trimestre de gestação, realização de seis ou mais consultas, realização de alguns procedimentos durante a consulta de pré-natal com registros no cartão da gestante (palpação obstétrica, altura uterina, idade gestacional, data provável do parto, registros dos Batimentos Cardíacos Fetais); além de prescrição de sulfato ferroso, prescrição de ácido fólico, imunização com vacina antitetânica, orientações sobre a gestação, verificação do peso, pressão arterial e exames laboratoriais solicitados na 1ª consulta e repetidos no 3º trimestre.

Os fatores de risco que caracterizam uma gestação de alto risco serão apresentados segundo classificação elaborada pelo MS, que descreve fatores de risco anteriores à gestação, que englobam: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior com intercorrências para a mulher ou para o feto; condições clínicas preexistentes e doença obstétrica na gravidez atual⁵.

Os dados foram agrupados, ordenados, contabilizados e tabulados utilizando-se planilha Excel® (Microsoft, versão 2013), depois compilados e apresentados considerando valores relativos e absolutos.

Este estudo atendeu aos princípios éticos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da

Universidade Federal do Maranhão, sob parecer nº 924.876/14.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta dados sobre os indicadores da assistência pré-natal. O exame obstétrico inclui a palpação obstétrica (Manobras de Leopold), medida da altura uterina, ausculta dos

batimentos cardíacos fetais, cálculo da idade gestacional e data provável do parto. As orientações incluem cuidados e higiene, alimentação, modificações corporais, atividade sexual, atividade física, parto, cuidados com o recém-nascido (RN) e a importância do aleitamento materno.

A Tabela 2 mostra os exames clínicos realizados pelas gestantes pesquisadas.

Tabela 1. Indicadores de qualidade da assistência pré-natal de alto risco. Imperatriz-MA, Brasil, 2015

INDICADORES	SIM		NÃO		TOTAL(%)
	N	%	n	%	
Início do pré-natal até a 14 ^a semana	134	95,7	6	4,3	100
Seis ou mais consultas	89	63,6	51	36,4	100
Realização do exame obstétrico	120	85,7	20	14,3	100
Prescrição de sulfato ferroso	131	93,6	9	6,4	100
Prescrição de ácido fólico	130	92,8	10	7,2	100
Vacinação antitetânica	114	81,4	26	18,6	100
Orientações sobre a gestação	12	8,6	128	91,4	100
Verificação do peso e pressão arterial	140	100	0	00,0	100

Tabela 2. Distribuição de frequência de exames realizados pelas gestantes de alto risco. Imperatriz-MA, Brasil 2015

EXAMES SOLICITADOS	Sim		Não		TOTAL (%)
	n	%	n	%	
Citologia oncótica	100	71,4	40	28,6	100
Exame parasitológico de fezes	140	100	0	0,0	100
Exame de urina tipo I	140	100	0	0,0	100
Glicemia jejum	140	100	0	0,0	100
Grupo sanguíneo e fator Rh	140	100	0	0,0	100
Hemograma completo	140	100	0	0,0	100
Sorologia para Hepatite B (HBsAg)	140	100	0	0,0	100
Sorologia para Rubéola	140	100	0	0,0	100
Sorologia para Sífilis (VDRL)	140	100	0	0,0	100
Sorologia para Toxoplasmose	140	100	0	0,0	100
Teste Anti-HIV	135	96,4	5	3,6	100
Ultrassonografia obstétrica	140	100	0	0,0	100

Tabela 3. Caracterização sociodemográfica das gestantes atendidas no pré-natal de alto risco. Imperatriz-MA, Brasil 2015

VARIÁVEIS MATERNAS	n	%
Idade		
< 20 anos	23	16,4
20 a 25 anos	32	22,9
26 a 35 anos	72	51,4
> 35 anos	13	9,3
Grupo racial		
Branca	27	19,3
Preta	16	11,4
Parda	97	69,3
Estado civil		
Casada	57	40,7
Solteira	51	36,4
União Estável	32	22,9
Escolaridade		
Ensino Fundamental	29	20,7
Ensino Médio	91	65,0
Ensino Superior	20	14,3
Renda familiar (salário mínimo) *		
= 1	70	50,0
1 a 2	53	37,8
= 3	17	12,2
Número de filhos		
Primípara	52	37,2
1 a 2	53	37,8
3 a 4	30	21,4
5 a 6	5	3,6
Residência própria		
Sim	83	59,3
Não	57	40,7
Ocupação		
Dona de casa	69	49,3
Estudante	6	4,3
Trabalho fora de casa	65	46,4
Total	140	100

*Valor do salário mínimo R\$788,00

A Tabela 3 mostra dados sobre a caracterização sociodemográfica das gestantes pesquisadas.

A Tabela 4 mostra a caracterização dos fatores de risco para gestação de alto risco.

Tabela 4. Caracterização dos fatores de risco para gestação de alto risco. Imperatriz, MA, Brasil, 2015

FATORES DE RISCO	n	%
1 Características individuais e condições sociodemográficas	23 (26)	16,4
2 História reprodutiva anterior	17	12,1
3 Condições clínicas preexistentes	34	24,3
4 Doença obstétrica na gravidez atual	66	47,2
Total	140	100

DISCUSSÃO

Após apresentar os resultados constatou-se que, no presente estudo, 95,7% das gestantes iniciaram o pré-natal até a 14^a semana (Tabela 1). Estudo semelhante demonstrou que 66,9% das gestantes iniciaram o pré-natal até a 14^o semana de gestação⁶. A promoção da saúde da gestante e do feto deve ser feita por meio de boa assistência pré-natal. O início do pré-natal deve ocorrer o mais precocemente possível, assegurando abordagens adequadas em todo o período gestacional, sem impacto para a saúde da mãe e possibilitando o nascimento de um recém-nascido saudável⁷.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda no mínimo 6 consultas de pré-natal, sendo mensais até a 28^a semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais até que venha a termo⁴. Entretanto, em se tratando de uma situação de risco, o número de consultas tende a ser mais elevado, pois essas gestantes já possuem uma complicação gravídica.

Além do número de consultas (Tabela 1), outro indicador da qualidade do pré-natal é a eficácia da consulta, evidenciada no exame obstétrico (Tabela 1) que deve ser realizado em cada consulta, além do registro na caderneta da gestante⁵. Apesar de 85,7% das gestantes pesquisadas citarem a realização de exame obstétrico, cabe ressaltar que ao observar as cadernetas das mesmas, dados como ausculta dos batimentos cardíacos fetais foi registrado apenas com um sinal de positivo (+).

Outro achado relevante foi a medida da altura uterina, pois em nenhum dos cartões avaliados a curva da altura uterina estava preenchida. O objetivo da mensuração da altura uterina é acompanhar o crescimento fetal e detectar qualquer alteração precocemente⁴. Diante desses resultados, ressalta-se a importância da realização do exame clínico e físico detalhado em cada consulta, e sua anotação na caderneta da gestante.

A prescrição de Sulfato Ferroso e Ácido Fólico é recomendada pelo MS, o que pode ser observado na Tabela 1. A anemia acontece com

frequência entre as gestantes e a deficiência de ferro na gravidez ocorre principalmente pela ingestão insuficiente na dieta, devido à maior necessidade desse nutriente nesse período. A prescrição de suplementação de sulfato ferroso é feita para profilaxia da anemia e deve ser ofertada à gestante até a 6^a semana pós-parto e prescrição de ácido fólico para prevenção de malformação do tubo neural^{4,5}.

Quanto à vacinação contra o tétano, observou-se que 81,4% cumpriram o calendário vacinal (Tabela 1). Resultado semelhante a estudo realizado identificou cobertura de imunização antitetânica em proporções baixas, em torno de 60%⁸.

A atividade educativa com orientações sobre cuidados e higiene, alimentação, modificações corporais, atividade sexual, atividade física, parto, cuidados com o recém-nascido (RN) e a importância do aleitamento materno são de grande importância para a gestante⁴, mas constatou-se que 91,4% das gestantes pesquisadas não tiveram essas orientações (Tabela 1). Estudo anterior realizado na mesma instituição mostrou que 78,2% também não foram orientadas⁶. Assim reforça-se a necessidade de ações preventivas e educativas visando à melhoria da qualidade da assistência, em que os profissionais de saúde, durante a consulta de pré-natal, devem aproveitar para interagir com essas gestantes, esclarecendo todas as dúvidas existentes, com uma escuta ativa⁴.

Quanto à verificação do peso e pressão arterial, pôde-se observar que todas as mulheres estudadas tiveram esses índices anotados no cartão da gestante (Tabela 1).

Os exames laboratoriais de rotina do pré-natal foram realizados por todas as gestantes, com exceção do teste Anti-HIV (Tabela 2). Cabe ressaltar que a pesquisa foi realizada em gestantes com idade gestacional maior ou igual a 32 semanas, haja vista que esses exames devem ser repetidos na 30^a semana de gestação, o que não foi observado entre as mulheres desse estudo. O MS afirma que a testagem anti-HIV deve ser solicitada na primeira

consulta e repetida no início do terceiro trimestre de gestação⁵.

Estudo realizado no interior do Maranhão mostrou que 34,0% tinha realizado o Teste Anti-HIV⁹ e em outro estudo, 67,8% receberam o resultado de algum exame anti-HIV durante o pré-natal, as demais ignoravam o status sorológico por não terem realizado o exame ou por não terem recebido o resultado¹⁰. O diagnóstico de infecção pelo HIV realizado no planejamento da gravidez ou no início da gestação possibilita a adoção de medidas preventivas e profiláticas, possibilitando um melhor controle da infecção materna e reduzindo significativamente o risco de transmissão vertical da mãe para o recém-nascido⁵. O elevado índice de gestantes que vivem com HIV merece investigações, pois tanto pode refletir situações de vulnerabilidade individual e programática, como pode significar avanços na garantia dos direitos reprodutivos¹¹.

A citologia oncótica foi realizada por 71,4% das gestantes (Tabela 2), mas deveria ser realizada por todas elas, visto que as mulheres gestantes têm o mesmo risco que as não gestantes de apresentarem câncer do colo do útero². Entretanto, um estudo revelou que em 15,0% das gestantes realizaram tal exame⁹. O rastreamento do câncer do colo do útero também deve ser realizado entre as mulheres gestantes, não sendo contraindicada a realização desse exame em qualquer momento da gestação, mas de preferência até o 7º mês⁴.

Quanto às características sociodemográficas (Tabela 3), observou-se que houve predomínio de mulheres de 26 a 35 anos, pardas e casadas. A ausência de parceiro fixo é um fator de risco para a gestação, mesmo quando a gravidez é desejada, considerando que é extremamente favorável um ambiente familiar durante a gestação, bem como para a criação dos filhos¹³.

Em relação ao grau de escolaridade, a maior frequência das mulheres (65%) possuíam ensino médio completo, seguido de mulheres com ensino fundamental e superior em menores percentuais (Tabela 3). O presente estudo encontrou dados divergentes de outro estudo realizado no interior do Maranhão, em que 38,0% das gestantes tinham ensino médio completo⁹. Vale considerar que no Brasil, o baixo nível de escolaridade que atinge milhares de indivíduos contribui para um baixo padrão de vida, podendo ser um agravante para a saúde das mulheres¹¹, sendo considerado pelo MS como um fator de risco gestacional⁴.

É relevante observar a renda familiar (Tabela

3), já que essa variável pode influenciar na qualidade de vida da população. A baixa renda foi associada com riscos reprodutivos, despertando questões sobre vulnerabilidades sociais e programáticas, que podem operar na produção das situações de risco à saúde reprodutiva e quais desafios são colocados aos serviços de saúde em face destas¹¹.

A ocupação da gestante é fator importante a ser investigado, cabe ao profissional de saúde se inteirar sobre a forma de trabalho destas, assim intervindo na redução de problemas secundários que possam surgir devido a sua exposição no local de trabalho. Entre as mulheres dessa pesquisa, muitas eram donas de casa (Tabela 3) e é importante observar que a maternidade transforma a vida da mulher nos aspectos físicos, emocionais e sociais, e muitas delas têm que abdicar de sua formação profissional para cuidar dos filhos¹⁴.

Fatores socioeconômicos como escolaridade, idade, situação laboral, possuem relação com resultados perinatais, mas não há uma definição clara dessa influência. Contudo, no Brasil, mulheres com menor renda familiar, menor escolaridade e não brancas são as que mais iniciam o pré-natal de forma tardia, e de mais baixa qualidade, revelando injustiças sociais presentes na assistência¹⁵.

Para que uma gestação seja classificada como sendo de alto risco, deve ser avaliada considerando características individuais da gestante, bem como sua história reprodutiva pregressa, patologias preexistentes e doença na gravidez atual, segundo recomendação do MS⁵.

O perfil sociodemográfico das mulheres na presente pesquisa é semelhante ao encontrado em outros estudos^{6,11}. Entre as características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis⁵ (Tabela 4), pode-se citar a idade da gestante, que incluem gestantes acima de 35 anos e menores que 15 anos. A gestação na adolescência é um problema mundial de saúde pública, pois atinge principalmente a classe social mais carente e de menor escolaridade, sendo, na maioria das vezes, não planejada¹¹. A gravidez depois dos 35 anos também se associa com doenças como hipertensão arterial, diabetes, neoplasias malignas e óbito fetal⁵.

Segundo o MS, recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado, macrossomia fetal, abortamento, entre outros, são fatores a serem considerados na história reprodutiva anterior⁵, visto que são relevantes e devem ser considerados durante o pré-natal¹⁶.

Nessa pesquisa, parte das mulheres apresentaram complicações reprodutivas em gestações anteriores (Tabela 4). Achados encontrados no estudo realizado em unidade de referência para gravidez de alto risco no estado do Rio de Janeiro mostraram que 41,7% eram gestantes com história reprodutiva anterior, como abortamento habitual e antecedente de prematuridade e baixo peso¹⁷.

Outro fator de risco para a gestação são as condições clínicas preexistentes (Tabela 4), e as mais citadas nesse estudo foram: o diabetes mellitus, hipertensão arterial e cardiopatias. Essas são as principais intercorrências que acometem as gestantes¹³ e podem ser as causas de complicações materno-fetais.

Em relação às doenças obstétricas da gestação atual podem-se citar ameaças de aborto, anemia, descolamento da placenta, diabetes gestacional, hipertensão gestacional, infecção urinária (IU), oligoidrâmnio e toxoplasmose, entre outras⁵. Observou-se que nessa casuística 47,2% apresentaram complicações na atual gravidez (Tabela 4), e estudo semelhante⁷ destacou doenças como infecção urinária (IU), anemia, diabetes gestacional e toxoplasmose.

A hipertensão também ocorreu entre as gestantes estudadas (Tabela 4). A hipertensão gestacional é detectada após a 20ª semana, caracterizada por Hipertensão Arterial Sistêmica, sem proteinúria, pode ser “transitória”, pois normaliza-se após o parto, mas também pode se tornar crônica quando a hipertensão persistir⁴. Vale destacar que a hipertensão arterial durante a gestação por vezes é decorrente de uma inadequada assistência prestada a estas, que necessitam de uma equipe de saúde qualificada direcionada a atender esse público¹³, além de que a hipertensão arterial é um fator de risco para desencadear a Pré-eclâmpsia/eclâmpsia⁵.

Já o descolamento da placenta, também chamada de placenta de inserção baixa, ocorre em 1 para cada 200 gestações. Corresponde a um processo patológico da segunda metade da gravidez, em que a implantação da placenta, inteira ou parcialmente, ocorre no segmento inferior do útero⁵, o que também aconteceu com as gestantes estudadas, tendo prevalência semelhante (Tabela 4).

Segundo o MS, a infecção do trato urinário é o problema mais comum durante a gestação⁵. Ocorre em 17 a 20% das gestações e se associa a complicações como rotura prematura de membranas uterinas, trabalho de parto prematuro,

corioamnionite, febre no pós-parto, sepse materna e infecção neonatal. Oligoidrâmnio é a diminuição do volume do líquido amniótico, ocorre entre 3,9 a 5,5% das gestações e é diagnosticado quando o volume está inferior a 250 ml, entre a 21ª e a 42ª semana de gestação⁴. Essa situação merece atenção por parte dos profissionais que realizam as consultas de pré-natal visando evitar complicações importantes.

Outra patologia que está entre os fatores de risco que acontecem durante a gestação é a toxoplasmose, que é uma zoonose que pode atingir a gestante e trazer grandes riscos ao feto. A toxoplasmose congênita pode causar restrição de crescimento intrauterino, morte fetal, prematuridade e até sequelas como microftalmia, lesões oculares, microcefalia, hidrocefalia, calcificações cerebrais, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e retardo mental^{4,5}. A gestante portadora de zoonoses deve ser tratada e o feto precisa ser acompanhado adequadamente, considerando as graves complicações que podem advir dessas patologias.

Os cuidados com a saúde nos períodos fora da gravidez e no pré-natal são fundamentais no controle dos fatores de risco reprodutivo e redução da morbi-mortalidade materna e perinatal, contudo, se os riscos são influenciados por situações de vulnerabilidades sociais, a instituição de saúde deve desenvolver abordagens que possibilitem o enfrentamento das desigualdades sociais, e que incorporem no cotidiano discussões sobre direitos fundamentais, cidadania e equidade¹¹.

Portanto, apesar da redução importante da mortalidade materna no Brasil nas últimas décadas, a assistência pré-natal merece atenção, em especial a gestação de alto risco, de forma a garantir uma gravidez saudável e um parto seguro.

CONCLUSÃO

Na presente pesquisa os indicadores da assistência prestada mostram que as gestantes iniciaram o pré-natal em tempo oportuno, realizaram seis ou mais consultas conforme a recomendação do Ministério da Saúde. Observou-se ainda que o exame obstétrico quando realizado deixou de ser anotado na caderneta da gestante e nem todas as gestantes tiveram acesso a ações de educação em saúde voltadas para a gestação, denotando a necessidade de revisão das ações executadas na assistência à saúde da mulher no cenário investigado.

REFERÊNCIAS

- 1 Caldas DB, Silva ALR, Böing E, Crepaldi A, Custódios ZA. O Atendimento psicológico no pré-natal de alto-risco: a construção de um serviço. *Psic Hosp*. 2013; 11(1):66-87.
- 2 Arrais AR, Mourão MA, Fragalle B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saú Soc*. 2014; 23(1):251-64.
- 3 Souza JP. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013; 35(12):533-5.
- 4 Ministério da Saúde (BR). Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde. 2013.
- 5 Ministério da Saúde (BR). *Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- 6 Maia MG, Santos JLS, Bezerra MLR, Santos Neto M; Santos LH, Santos FS. Indicador da qualidade da assistência pré-natal em uma maternidade pública. *J Man PrimHeaCare* [Internet]. 2014 [acesso em 2015 jun 19]; 5(1):40-47.
- 7 Castro DFA, Fracolli LA. Qualidade de vida e promoção da saúde: em foco as gestantes. *O Mun da Sau*. 2013; 37(2):159-65.
- 8 Martinelli KG, Santos NET, Gama SGN, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014; 36(2):56-64.
- 9 Firmo WCA, Paredes AO, Almeida AC, Campos MC, Pimentel MIC, Pontes SRS. Perfil dos exames laboratoriais realizados por gestantes atendidas no Centro de Saúde Lago Verde, Maranhão, Brasil. *J Man PrimHeaCare* [Internet]. 2013; 4(2):77-86.
- 10 Soares ML, Oliveira MIC, Fonseca VM, Brito AS, Silva KS. Preditores do desconhecimento do status sorológico de HIV entre puérperas submetidas ao teste rápido anti-HIV na internação para o parto. *CiêncSaú Coletiva*. 2013 [acesso em 2016 out 09]; 18(5):1313-1320.
- 11 Xavier RB, Jannotti CB, Silva KS, Martins AC. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. *CiêncSaú Coletiva*. 2013; 18(4):1161-71.
- 12 Ministério da Saúde (BR). *Controle dos cânceres do colo e da mama. Cad de AtenBásica*, 13. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- 13 Rezende CL, Sousa JC. Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher. *RevInstMet de Ens Superior*. 2012; 6(16):45-69.
- 14 Valente MMQP, Freitas NQ, Áfio ACE, Sousa CSP, Evangelista DR, Moura ERF. Assistência pré-natal: um olhar sobre a qualidade. *Rev Rene*. 2013 [acesso em 2015 jun 14]; 14:280-9.
- 15 Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Pizzol TSD. Qualidade do processo de assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de estratégias de saúde da família em município no Sul do Brasil. *CadSau Pública*. Abril, 2012; 28(4):789-800.
- 16 Oyamada LH, Mafra PC, Guerreiro TA, Caires Junior MO, Silva FM. Gravidez na adolescência e o risco para a gestante. *BrazJourofSurandClinResearch-BJSCR*. 2014; 6(2):38-45.
- 17 Xavier RB, Jannotti CB, SILVA KS, Martins AC. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. *CienSau Coletiva*. 2013; 18(4):1161-1171.

Correspondência

Floriacy Stabnow Santos
 Endereço: Avenida da Universidade, S/N. Bairro Bom Jesus
 CEP: 65900000
 Imperatriz – Maranhão - Brasil
 E-mail: floriacy@gmail.com