

Perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres em pré-natal em um Hospital de Ensino no sul do Brasil

Marizieli Beatriz Ferreira dos Santos^a, Diana Cecagno^a, Susana Cecagno^b, Mônica Saviani^b, Caroline de Leon Link^a, Camilla Benigno Biana^{b*}, Marilu Correa Soares^a

^aUniversidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil

^bHospital Escola – Ebserh, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil

Histórico do artigo

Recebido em 09/12/2023

Aceito em 01/10/2024

Palavras-chave:

cuidado pré-natal;
maternidades; gestantes;
gravidez

Keywords:

prenatal care; maternity;
pregnant women;
pregnancy

RESUMO

O objetivo do estudo foi identificar o perfil sociodemográfico e obstétrico de gestantes de um Hospital de Ensino no sul do Brasil. Trata-se de estudo observacional descritivo, de recorte transversal, no qual foram analisados os dados obtidos de 606 gestantes, referentes a assistência pré-natal num hospital escola em Pelotas. As variáveis sociodemográficas e gestacionais foram analisadas e classificadas a fim de obter o perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres participantes. A maioria das participantes fez o acompanhamento pré-natal (98,2%) e começou no momento adequado (59,4%). Quanto ao número de consultas, 17,4% fizeram mais de 11, 47,7% de 7 a 10, 25,1% de 4 a 6 e 9,8% menos de 4. Em relação ao perfil sociodemográfico, a maioria das participantes tinha entre 20 e 24 anos (27,3%), era branca (64,6%), possuía ensino fundamental completo (54%), tinha um parceiro (89,8%). Quanto às variáveis obstétricas 35,5% tiveram apenas uma gestação anterior, 54,6% não planejaram a gestação atual e 56% tiveram uma gestação de baixo risco. O estudo alcançou seu objetivo, identificando que a maioria das mulheres eram brancas, com parceiros, estavam na segunda gestação e tinham um número adequado de consultas pré-natais (65,1% fizeram mais de 7 consultas).

Sociodemographic and obstetric profile of women in pre-natal care at southern Brazil school hospital

ABSTRACT

The objective of the study was to identify the sociodemographic and obstetric profile of pregnant women at a Teaching Hospital in southern Brazil. This is a descriptive observational cross-sectional study, in which data from 606 pregnant women receiving prenatal care at a teaching hospital in Pelotas were analyzed. Sociodemographic and gestational variables were analyzed and classified to obtain the sociodemographic and obstetric profile of the participating women. The majority of the participants received prenatal care (98.2%) and started at the appropriate time (59.4%). Regarding the number of consultations, 17.4% had more than 11, 47.7% had between 7 and 10, 25.1% had between 4 and 6, and 9.8% had less than 4. In terms of the sociodemographic profile, most participants were between 20 and 24 years old (27.3%), white (64.6%), had completed elementary school (54%), and had a partner (89.8%). Regarding gestational variables, 35.5% had only one previous pregnancy, 54.6% did not plan the current pregnancy, and 56% had a low-risk pregnancy. The study achieved its objective, identifying that the most of women were white, had partners, were in their second pregnancy, and had an adequate number of prenatal consultations (65.1% had more than 7 consultations).

1. Introdução

O Pré-Natal (PN) é uma estratégia implementada para melhorar a assistência à saúde de quem gesta, visando garantir a diminuição dos indicadores de morbimortalidade materna e infantil. Consiste no acompanhamento contínuo e na assistência adequada as gestantes, com o objetivo de identificar e intervir precocemente em situações de riscos (1,2).

* Autor correspondente: camillacbb@gmail.com (Biana C.B.)

No contexto da Atenção Primária em Saúde (APS), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), as equipes de Estratégia de Saúde da família (ESF) tem uma significativa contribuição, por meio do acolhimento a gestante de baixo risco, garantindo uma assistência de qualidade a fim de evitar agravos durante a gestação, parto e puerpério, que venham a comprometer mãe e bebê (2).

Diante dos desafios lançados pela Organização das Nações Unidas (ONU) na Declaração do Desenvolvimento do Milênio, o Brasil assumiu o compromisso de redução dos índices de Mortalidade Infantil e Materna por causas obstétricas diretas e por mortalidade neonatal precoce, respectivamente, e o PN assume um importante papel nessa redução (3).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o MS, que coletou dados entre julho de 2011 a julho de 2013, fornece uma visão geral da situação do país relacionado as desigualdades socioeconômicas que geram disparidades na cobertura e assistência PN. A PNS avaliou os indicadores de orientações recebidas durante as consultas e realização de procedimentos e exames. O presente estudo detectou que apesar de 1851 mulheres realizarem o pré-natal das 1.918 mulheres elegíveis (moradoras de todas as regiões do país), apenas 30% realizaram 6 consultas ou mais. Quanto as variáveis sociodemográficas dessas mulheres, 50,8% relataram ser pardas e 58,2% relataram ser solteiras, 54,6% tinham ensino médio completos e somente 23,2% pertencem ao quintil mais rico (4,5).

Diante do contexto apresentado, tem-se por objetivo identificar o perfil sociodemográfico e obstétrico de gestantes cujos partos ocorreram no período de agosto de 2018 a fevereiro de 2019 em um Hospital de Ensino numa cidade no sul do país.

2. Materiais e métodos

Esse estudo caracteriza-se por ser observacional descritivo e de recorte transversal (6,7).

Para este estudo, foram utilizados os dados obtidos pela caderneta de 606 gestantes, referentes a assistência PN realizada no município de Pelotas, que tiveram parto no Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (HE/UFPEL/EBSERH), e que participaram da macropesquisa. “Variáveis do pré-natal associadas ao perfil dos partos e nascimentos no município de Pelotas/RS”. Os dados das cadernetas foram coletados e transferidos para o banco de dados da macropesquisa.

Foram incluídas as puérperas com assistência de parto na rede pública de Pelotas/RS, tendo desfecho de nascido vivo, independente do peso e idade gestacional, ou nascido morto, com peso maior de 500g ou idade gestacional maior que 22 semanas. Não houve critérios de exclusão, por se tratar de um banco de dados.

A macropesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas e recebeu o Parecer favorável com o nº 2.794.122 e CAAE: 94216418.7.0000.5337.

Foi utilizado o software Excel para estruturação dos elementos relacionados as variáveis sociodemográficas- idade materna, raça declarada, situação conjugal, escolaridade materna, renda, município da gestante; e obstétricas- número de gestações, realização do pré-natal, idade gestacional da primeira consulta de PN, número de consultas de PN, local onde realizou o pré-natal, planejamento da gestação, classificação de risco gestacional, antecedentes clínicos de diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial (HAS), presença de acompanhante nas consultas.

Os dados foram analisados por estatística descritiva no Software *Stata* (versão 12.0). Foram utilizados distribuição de frequências, absolutas, relativas e medidas de tendência central (média).

3. Resultados

As variáveis analisadas foram classificadas em variáveis sociodemográficas e obstétricas, conforme descritas nas Tabela 1 e 2, respectivamente. Algumas variáveis, cujos dados foram extraídos das cadernetas das gestantes, estavam sem informações, gerando um “n” variado.

Tabela 1 - Características sociodemográficas das gestantes incluídas no estudo (n=606)

Variável (n)	n	% (IC 95%)
Idade Materna (anos) (604)		
13 – 19	75	12,4 (5,6 - 21,6)
20 – 24	165	27,3 (20,6 - 34,7)
25 – 29	162	26,8 (19,9 - 34,0)
30 – 34	117	19,4 (12,9 - 28,0)
≥ 35	85	14,1 (7,5 - 23,4)
Raça autodeclarada da gestante (605)		
Branca	391	64,6 (59,7 - 69,4)
Negra	100	16,5 (10,2 - 25,8)
Parda	111	18,4 (11,4 - 26,4)
Outras	3	0,5 (0,0 - 0,71)
Situação conjugal (606)		
Sem companheiro	62	10,2 (3,6 - 19,9)
Com companheiro	544	89,8 (86,8 - 92,1)
Escolaridade materna (606)		
Alfabetizada	171	28,2 (21,5 - 35,4)
Ensino Fundamental	328	54,1 (48,7 - 59,6)
Ensino Médio	78	12,9 (6,3 - 22,3)
Ensino Superior e mais	29	4,8 (0,1 - 17,8)
Renda familiar em reais (570)		
≤ 998,00	91	16,0 (9,5 - 25,7)
999,00 - 1.996,00	212	37,2 (30,7 - 44,1)
≥ 1.997,00	267	46,8 (40,7 - 53,0)
Município da gestante (606)		
Pelotas	489	80,7 (77,0 - 84,2)
Outros	117	19,3 (12,9 - 28,0)

n= número de participantes;

Fonte: banco de dados da macropesquisa “Variáveis do pré-natal associadas ao perfil dos partos e nascimentos no município de Pelotas/RS”

Tabela 2 - Características obstétricas das gestantes incluídas no estudo (n=606)

Variável (n)	N	% (IC 95%)
Número de gestações (606)	N	
1	215	35,5 (29,0 - 42,1)
2	185	30,5 (23,7 - 37,4)
3	106	17,5 (11,2 - 26,6)
≥ 4	100	16,5 (10,2 - 25,8)
Realizou pré-natal (606)		
Não	11	1,8 (0,0 - 28,5)
Sim	595	98,2 (96,7 - 99,1)
IG em semanas da 1º consulta pré-natal (564)		
≤ 12	335	59,4 (53,9 - 64,7)
13 – 26	200	35,5 (28,9 - 42,6)
27 – 41	19	5,1 (0 - 17,8)
Número de consultas pré-natal (574)		
1 – 3	56	9,8 (3,0 - 19,6)
4 – 6	144	25,1 (18,2 - 32,9)
7 – 10	274	47,7 (41,8 - 53,9)
≥ 11	100	17,4 (10,2 - 25,8)
Local de realização do pré-natal (591)		
UBS	357	60,4 (55,2 - 65,6)
Ambulatório	159	26,9 (20,3 - 34,7)
Consultório/Clínica Privada	75	12,7 (6,6 - 23,2)
Planejamento da gravidez (606)		
Não	331	54,6 (49,1 - 60,1)
Sim	275	45,4 (39,5 - 51,5)
Classificação risco gestacional (589)		
Baixo Risco Gestacional	330	56,0 (50,5 - 61,5)
Alto Risco Gestacional	259	44,0 (37,9 - 50,3)
Antecedentes clínicos de Diabetes (598)		
Não	584	97,7 (96,0 - 98,7)
Sim	14	2,3 (0,0 - 23,2)
Antecedentes clínicos de Hipertensão arterial (600)		
Não	536	89,3 (86,4 - 91,8)
Sim	64	10,7 (4,5 - 21,2)
Presença de acompanhante nas consultas (590)		
Sim	529	89,7
Não	61	10,3

n=número de participantes; IG= idade gestacional;

Fonte: banco de dados da macropesquisa “Variáveis do pré-natal associadas ao perfil dos partos e nascimentos no município de Pelotas/RS”

4. Discussão

Ao analisar as variáveis sociodemográficas, nota-se que: a idade materna predominante foi a faixa etária de 20 a 24 anos (27,3%), sendo a maioria de raça/cor autodeclarada branca (64,6%), com escolaridade de ensino fundamental completo (54%). A maioria das participantes recebe renda igual ou maior que R\$1.997,00 (um

mil novecentos e noventa e sete reais) (46%), possuem companheiro (89,8%) e moram no município onde o hospital escola está localizado (80,7%).

Em relação a faixa etária das participantes, os achados do presente estudo são superiores aos relatados pelo DATASUS no estado do Rio Grande do Sul, no mesmo período, cujo percentual de nascidos vivos de mães com perfil etário similar foi de 68,55% (8). Pode-se constatar que a maior parte das mulheres possuem a idade materna considerada adequada para a ocorrência de uma gestação e desenvolvimento do RN, saudáveis.

Os desfechos negativos da gestação acima dos 35 anos são relatados em uma revisão integrativa como sendo aumento da ocorrência de doenças inerentes a gestação, como pré-eclâmpsia, hipertensão, diabetes gestacional, maior número de partos prematuros, aumento do risco de abortamentos, sofrimento fetal, anomalias, alterações de placenta e elevado risco de hemorragia puerperal. Tratando-se da idade materna precoce (≤ 20 anos), a gestação na adolescência acarreta um grande problema social (9).

Ao analisar a proporção de atendimentos de mulheres negras (pretas e pardas) e de mulheres brancas, de 34,9% e 64,6% respectivamente é possível observar que os resultados estão em dissonância com os dados nacionais, uma vez que a população negra representa a maior parte de usuários do SUS a nível nacional, sendo 76% dos atendimentos realizados e 81% das internações (10).

Um estudo nacional obteve que o perfil predominante das mulheres participantes é de raça/cor Mestiça/Parda/Preta/Outra (67,5%), enquanto 32,5% são de raça branca, em convergência com a prevalência da raça negra entre os usuários do SUS (11). Esta divergência entre os estudos e a média nacional pode ser explicada devido a predominância da população branca no estado do Rio Grande do Sul, que segundo o IBGE (2020), é de 80,16%, enquanto 19,84% das pessoas são pretas e pardas (12).

Quanto a “situação conjugal” 89,8% das participantes do presente estudo referiram ter companheiro. Quando comparados outro estudo com variáveis similares, no qual 67,8% das participantes referiram viver com seus respectivos companheiros, o percentual do presente estudo se mostrou expressivamente otimista (13).

Ao revisar literatura referente a este tema, pode-se compreender que a participação ativa do acompanhante durante o PN, repercute significativamente no período de parto e puerpério. Essa participação trouxe pontuou benefícios concretos tais como: a compreensão por parte do pai sobre o nascimento; o apoio emocional fornecido pelo pai à gestante; o aprendizado em relação aos cuidados com a mãe e o RN durante o PN; um melhor preparo do casal para enfrentar o período do parto; a potencialização da capacidade do casal de fazer escolhas que auxiliam no pré-natal, parto e puerpério; a satisfação da gestante em relação a capacidade de seu parceiro apoia-la durante o trabalho de parto; e por fim, o fortalecimento de vínculo entre o casal. Ou seja, os benefícios da presença do companheiro influenciam positivamente no pré-natal, parto e puerpério (14,15).

Em relação a escolaridade materna podemos constatar que a maioria das participantes deste estudo possuem ensino fundamental completo (54,1%), e em segundo lugar ficam as mulheres apenas alfabetizadas (28,2%), constatando que a porcentagem de mulheres com ensino médio e ensino superior completo ainda é baixa, 12,9% e 4,8% respectivamente.

Uma análise temporal que observou dados maternos do Brasil no período de 2000 a 2015, apresentou o aumento da escolaridade materna no país com o passar dos anos (16). Ao comparar os dados nacionais do estudo temporal com os dados analisados no presente estudo, foi possível observar que o percentual de mulheres com ensino fundamental (equivalente a 8-11 anos de estudo) e ensino médio (equivalente a ≥ 12

anos de estudo) completos, é inferior a porcentagem apresentada no referido estudo, sendo 54,1% para 58,7% e 12,9% para 18,3%, respectivamente. Já sobre mulheres apenas alfabetizadas (equivalentes a 1-7 anos de estudo), a taxa das participantes da presente pesquisa é maior quando comparada aos dados nacionais, 28,2% para 21,7%. Cabe ressaltar que a pesquisa comparativa mensura a escolaridade em anos de estudo, já a análise deste estudo mensura escolaridade em categorias.

Em relação a renda das participantes deste estudo, pode-se constatar que a maioria das mulheres declararam renda familiar \geq 1.997,00 R\$ (46,8%), seguido de 999,00 – 1996,00 R\$ (37,2%) e \leq 998,00 R\$ (16%).

Um estudo do tipo integrativo que analisou publicações entre 1999 a 2018, a fim de compreender as variáveis associadas à mortalidade materno-infantil constatou que a renda influencia diretamente na saúde materno-infantil uma vez que o acesso a boa qualidade de alimentos, realização de PN adequado e identificação precoce de comorbidades estão associados a maiores rendas. Ainda, evidenciou que inequidades econômicas estavam associadas a prematuridade e ao risco de morte materno-infantil. A renda, juntamente com a idade materna e escolaridade da mãe, são as variáveis mais associadas e tem forte influência sobre os desfechos da mortalidade materna e infantil (17).

Sobre o município de moradia das gestantes, 489 mulheres (80,7%), moram no município de Pelotas, onde está situado o HE UFPEL, e 61 mulheres (10,3%) residem em outros municípios. Pelotas é uma referência em saúde para macrorregião região Sul que é composta pela região 21 e 22 do estado do Rio Grande do Sul, correspondente a 3^a e 7^a Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), respectivamente.

Um estudo transversal que analisou variáveis das 19 coordenadorias regionais de saúde do Rio Grande do Sul no ano de 2012, teve o objetivo de demonstrar fatores associados a saúde materno-infantil no estado. A pesquisa revelou que a região onde está situado o município de Pelotas, possui indicadores socioeconômicos inferiores, em relação a maioria das regiões do estado, com médio grau de desenvolvimento no Bloco Saúde. Este fato pode ter contribuído para as proporções mais elevadas de baixa cobertura PN (contabilizando <4 consultas por gestante) onde a 3^a CRS de Pelotas (16%) liderou, seguidamente da CRS de Alegrete (11,3%). Além da baixa cobertura, o estudo evidenciou o maior percentual de RN com baixa vitalidade (18).

Sobre o contexto socioeconômico, podemos inferir que a idade materna das participantes correspondeu a uma idade considerada adequada para gestar; a questão da raça/cor declara no estudo diverge com os dados nacionais, possivelmente por a região Sul do país ser habitada predominantemente por pessoas brancas. A escolaridade materna e a renda, determinantes de saúde intrinsecamente relacionados, mostraram-se relativos, pois os estudos comparativos para estas variantes tinham análises distintas. A situação conjugal e presença de acompanhante durante o parto pode ser considerada positiva uma vez que a grande maioria possuía cônjuge e acompanhante durante o parto; por fim, o fato de quase a totalidade das gestantes residirem no município onde ocorreu os partos podem influenciar positivamente no desfecho por possibilitar a gestante não percorrer longos trajetos até o local do parto, apesar de não ter sido avaliado o quesito peregrinação.

Em relação as variantes gestacionais, as participantes apresentaram as seguintes características, predominantemente: tiveram apenas uma gestação anterior (35,5%), realizaram pré-natal (98,2%), iniciaram o PN com IG igual ou maior de 12 semanas (59,4%), tiveram de 7-10 consultas (47,7%), realizaram o acompanhamento pela UBS (60,4%), não planejaram a gestação atual (54,6%), não apresentaram gestação de alto risco (56,4%), não apresentaram antecedentes gestacionais avaliados (somente 2,3% possuíam DM, e 10,7% HAS)

Como pode-se perceber, a maioria das participantes tiveram assistência PN (98,2%), sendo que somente 1,8% não realizaram nenhum atendimento relacionados a gestação atual. Das participantes que receberam o atendimento PN, a maioria iniciou o PN com IG menor ou igual a 12 semanas (59,4%), e 40,6% iniciaram o PN tardiamente, ou seja, maior que 12 semanas de IG. Em relação ao número de consultas, 65,1% realizaram 7 ou mais consultas de PN, e 34,9% realizaram 6 consultas ou menos.

Em relação a realização de PN, os resultados da pesquisa Nacional Nascer no Brasil, convergiram com os dados do presente estudo. A referida pesquisa foi realizada entre 2011 e 2012 e incluiu 19.117 mulheres que tiveram partos pelo SUS, o objetivo foi avaliar as desigualdades regionais no acesso e na qualidade da atenção ao PN e parto no SUS, tendo concluído que 98,5% realizaram PN e 56,5% deram início a primeira consulta de PN até 12 semanas de IG. Em relação ao número de consultas realizadas, 69,1% das entrevistadas realizaram 6 ou mais consultas (18,19).

Quanto as variáveis início do PN e nº de consultas, um estudo de coorte realizado em Vitória-ES de janeiro de 2013 a dezembro de 2014, com amostra composta por 443 mulheres, que avaliou prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade neonatal precoce em filhos de mulheres acompanhadas, encontrou como resultado que 80,5% das participantes iniciaram PN antes do 1º trimestre, divergindo do resultado do presente estudo que foi de 59,4% (13). O índice de nº de consultas de PN também foi distinto, pois 60% das mulheres realizaram 7 ou mais consultas, contrapondo-se ao encontrado na presente pesquisa que foi de 65,1% (13).

Em relação a variável número de gestações, pode-se constatar que a maioria das mulheres tiveram somente 1 gestação anterior (35,5%), seguido por 30,5% que tiveram 2 gestações, 17,5% com 3 gestações, e 16,5% tiveram > 4 ou mais gestações.

Para esta característica, na busca por referências, foram encontrados somente estudos que analisaram indicadores semelhantes, como número de partos anteriores e número de filhos anteriores. Portanto é válido elucidar que são características que se assemelham, mas ao mesmo modo, se diferem, pois uma mulher pode ter tido cinco gestações, das quais quatro evoluíram para o parto e uma para abortamento, logo esta mulher possui quatro filhos, por exemplo.

Enquanto um estudo identificou o índice de partos anteriores: 44,8% das gestantes não tiveram nenhum parto anterior, 42,8% tiveram 1-2 partos anteriores, 12,4% tiveram ≥ 3 partos anteriores (18). O outro, ao analisar a variável “número de filhos”, encontraram que 41,3% das participantes não possuíam nenhum filho anterior, 43,5% possuíam 1-2 filhos anteriores, e 15,2% possuíam 3 ou mais filhos (13).

Ao comparar o presente estudo com as duas pesquisas expostas acima, é possível inferir que há uma grande diferença nos índices, este fato pode ocorrer considerando que todas as participantes já tinham no mínimo uma gestação anterior (66% 1-2 gestações e 34% > 3 gestações), concluindo que os índices do presente estudo (nº de gestações) são consideravelmente maiores ao dos estudos comparativos (nº de partos e nº de filhos).

Sobre o planejamento da gestação, 45,4% das participantes planejaram a gestação atual e 54,6% não planejaram, inferindo-se que percentual de gestações não planejadas é maior que o de planejadas. Estes achados, são positivos quando comparados com os resultados do estudo realizado por Ruschi *et al.* (2021), no qual 31,7% das participantes responderam que realizaram planejamento gestacional e 68,3% responderam que não planejaram a gestação (13).

O planejamento reprodutivo é um campo prioritário na APS no país, pois apresenta grande repercussão na saúde materno-infantil, principalmente ao que tange a incidência de abortos provocados (expressiva causa da mortalidade materna). Contudo, o acesso

aos métodos contraceptivos deve ser universal, garantidos a homens e mulheres, e a escolha deve considerar as necessidades clínicas, psicológicas, culturais e religiosas dos usuários do SUS (20).

Alguns autores pontuam que apesar de o acesso ao planejamento reprodutivo ter aumentado, a disponibilidade dos insumos não atende toda demanda e é limitada, além de faltar variedades dos métodos contraceptivos de forma gratuita, contribuindo como uma barreira para utilização. Esse fato poderia explicar o maior número de gestações não planejadas do presente estudo (18,19).

Em relação ao local de realização do PN, 73,1% das participantes do presente estudo realizaram PN em locais que abarcam gestação de baixo risco (60,4% em UBSs e 12,7% em consultório ou clínicas privadas) e 26,9% acompanhamento ambulatorial, diferentemente dos resultados da pesquisa “Nascer no Brasil” que mostrou que a maioria (89,7%) das participantes faz PN em UBSs e casas de parto e somente 10,3% via ambulatorial (21). Cabe ressaltar que o presente estudo englobou clínicas/Consultórios privados que não constam no estudo mencionado, bem como as casas de parto que não constam na presente pesquisa, o que pode contribuir para a divergência dos resultados.

Em relação ao risco gestacional, 56% das mulheres tiveram gestação de baixo risco e 44% de alto risco. Das condições clínicas que são fatores para o desenvolvimento de uma gestação de alto risco, foram consideradas neste trabalho o DM (sem especificação), HAS (sem especificação) e gestações múltiplas. Apenas 10,7% das participantes tiveram HAS durante a gestação, 2,3% tiveram DM e 16,2% gestação múltipla (13,5% gestação gemelar e 2,7% gestação tripla). Estes achados corroboram com os resultados do estudo que evidenciou que 64% das mulheres tiveram gestação de baixo risco e 36%, gestação de alto risco (13).

Ao comparar os dados referentes a HAS E DM com o estudo nacional “Nascer no Brasil”, pode-se inferir que existe semelhança entre os dois estudos relacionados a HAS com diferença de 2,9% maior para o estudo nacional; já os resultados para DM possuem maiores diferenças entre os estudos dado que o índice da pesquisa nacional é 6,8% maior em comparação ao índice do presente estudo. No estudo mencionado, o índice de gestação de alto risco foi de 44% e a soma dos índices de mulheres que apresentavam condições clínicas que levam a gestação de alto risco (HAS, DM e Gestação Múltipla) foi de 29,2%, portanto essa diferença de 14,8% pode estar relacionada a outras condições e patologias não abordadas (20,21).

5. Considerações finais

Este estudo possibilitou conhecer o perfil sociodemográfico e obstétrico das participantes: a maioria branca, jovem, com companheiro, ensino fundamental completo, renda entre um e dois salários-mínimos, moradoras do município onde tiveram seus partos. Quanto ao perfil obstétrico, a maioria teve apenas uma gestação anterior, realizaram pré-natal, iniciaram o PN com IG igual ou maior de 12 semanas, tiveram de 7-10 consultas, realizaram o acompanhamento pela UBS, não planejaram a gestação atual e tiveram gestação de baixo risco.

Como limitação deste trabalho, destaca-se a incompletude dos registros das carteirinhas de gestantes em relação a PN do parceiro e dados de gestação anterior.

Espera-se que este trabalho possa servir como ferramenta de reflexão acerca da importância da assistência PN adequada uma vez que aspectos socioeconômicos, culturais e ambientais estão diretamente relacionados na forma de assistir a gestante, assim como as desigualdades destes aspectos configuram em fragilidades.

Espera-se que este trabalho contribua para a reflexão dos profissionais que realizam PN, instigando-os a pensar sobre como as ações preconizadas determinam a saúde da mulher e do conceito, além de tudo, mostrar que o modo de produzir saúde vive em constante mutação, é maleável e deve se adaptar ao contexto social que a gestante se insere.

6. Referências

1. Teixeira WL, Zocche DA de A, Zanotelli S dos S, Martins MFSV, Backes DS. Instructional guide to subsidize the nursing consultation in low-risk prenatal care: construction and validation. *Cogitare Enferm* 2023; 28: e89513.
2. Sehnem GD, Saldanha LS, Arboit J, Ribeiro AC, Paula FM. Prenatal consultation in primary health care: weaknesses and strengths of Brazilian nurses' performance. *Rev. Enferm.* 2020; 5(1):1-7.
3. Leal MC, Szwarcwal CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, Victoria C. Saúde reprodutiva materna, neonatal e infantil nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2018; 23(6): 191-95.
4. Mendes LB, Santos JM, Prado DS, Gurgel RQ, Bezerra FD, Gurgel RQ. Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2020; 25(3): 793-804.
5. Flores TR, Neves RG, Mielke GI, Bertoldi AD, Nunes BP. Desigualdades na cobertura da assistência pré-natal no Brasil: um estudo de abrangência nacional. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2021; 26(2): 593-600.
6. Richardson RJ. *Pesquisa Social: Métodos e técnicas*. 4ªed. São Paulo: Atlas; 2017.
7. Gil AC. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. 7ªed. Porto Alegre: Atlas; 2022.
8. Data SUS [Internet]. Brasil: Nascidos vivos. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvbr.def>
9. Barbosa VABF, Abreu LDP, Alencar OM, Moreira FJF. Pré Natal realizado por equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde. *Cadernos ESP*. 2020; 14(1): 63-70.
10. Matos CC de SA, Tourinho FSV. Saúde da População Negra: como nascem, vivem e morrem os indivíduos pretos e pardos em Florianópolis (SC). *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018;13(40): 1-13.
11. Tomasi E, Fesnandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Tumé E, Duro SMS, Saes MO, Nunes BP, Fassa AC, Facchini LA. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017; 33(3).
12. IBGE. Brasil: População por cor ou raça [cited 2022 Aug 8] Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6403>
13. Ruschi GEC, Ferrão F, Sarti ATD, Zandonade E, Miranda AE. Perinatal adverse outcomes and matrix support in Vitória, Espírito Santo, Brazil, 2013-2014: a cohort study. *Cad. saúde colet*. 2021; 29(2).
14. Mendes SC, Santos KCB. Pré-natal masculino: a importância da participação do pai nas consultas de pré-natal. *Enciclopedia Bioesfera*. 2019; 16(29):2120-34.

15. Batista WCA, Castro RC, Regazzi ICR, Motta CO, Lopes EB, Padilha GKM, Maia, YCS. Dificuldades presentes na adesão do pré-natal do parceiro mundialmente: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*. 2021; 10(10).
16. Mallmann MB, Boing AF, Tomasi YT, Anjos JCD, Boing AC. Evolution of socioeconomic inequalities in conducting prenatal consultations among Brazilian parturient women: analysis of the period 2000-2015. *Epidemiol Serv Saude* .2018; 27(4).
17. Martin IPM, Nakamura CY, Carvalho DR. Variables associated with maternal and child mortality: an integrative review. *Rev de Atenção à Saúde*. 2020; 18(64): 145-65.
18. Mattei F, Carreno I. Fatores associados à saúde materno-infantil no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2017; 17(3): 17 (3): 527-537.
19. Penso-Campos JM, Rached CDA, Silva PMS, Périco E. A geografia das condições obstétricas e neonatais em pequenos municípios do Rio Grande do Sul. *Geografia Ensino & Pesquisa*. 2022; 25: e26.
20. Ruivo ACO, Fachini LA, Tomasi E, Wachs LS, Fassa ACG. Availability of inputs for reproductive planning in three cycles of the Program for Improvement of Access and Quality in Basic Healthcare: 2012, 2014, and 2018. *Cad. Saúde Pública*. 2021; 37(6): e00123220.
21. Leal MC, Pereira APE, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama GN. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2020; 54: 8.