

Assistência pré-natal e complicações obstétricas em um Centro de Saúde da Família em Goiânia, Goiás

Prenatal care and obstetric complications at a Family Health Center in Goiânia, Goiás

Atención prenatal y complicaciones obstétricas en un Centro de Salud de la Familia en Goiânia, Goiás

Recebido: 07/06/2023 | Revisado: 17/06/2023 | Aceitado: 18/06/2023 | Publicado: 22/06/2023

Rafaela Joy Falcão

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5488-5049>
Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil
E-mail: rafaelajoyfalcao@gmail.com

Bruna Costa Alves

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4997-9013>
Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil
E-mail: brunactsalves@gmail.com

Andrea Alves Ribeiro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1692-7025>
Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil
E-mail: andrea.ribeiro13@gmail.com

Resumo

O objetivo desse estudo foi avaliar o perfil sociodemográfico e a qualidade da assistência pré-natal oferecida a gestantes atendidas em um Centro de Saúde da Família e verificar a associação entre a realização de pré-natal adequado com possíveis complicações na gravidez. É um estudo transversal realizado no serviço de pré-natal do SUS na cidade de Goiânia, Goiás de Janeiro de 2021 a Julho de 2022. Os dados foram coletados a partir de prontuários eletrônicos de Fevereiro de 2022 a Julho de 2022. As variáveis foram sociodemográficas, relacionadas à cobertura e qualidade do pré-natal e à gestação e ao histórico de saúde da gestante. Foi aplicado o teste do χ^2 para avaliar associação entre complicações obstétricas e demais variáveis. Foram analisados 157 prontuários. A maioria das gestantes tinha 21-34 anos (62,4%), ensino médio completo (47,1%) e era casada (39,5%). Apenas 38,9% das gestantes realizaram ≥ 6 consultas. 75,8% realizaram a primeira consulta no primeiro trimestre. 45,1% realizaram no mínimo duas Ultrassonografias. Apenas 24,8% realizaram duas fases do Teste da Mamãe. Menos da metade teve acesso ao pré-natal adequado ou mais que adequado (38,9%). Em relação as complicações obstétricas, 58,6% das gestantes as apresentaram, sendo infecção do trato urinário (29,9%) a principal. Teve associação entre complicações e a não realização da consulta no primeiro trimestre ($p=0,0482$), além da realização de nenhum, ou só um Teste da Mamãe ($p=0,0463$). Todas as gestantes com histórico de ISTs também apresentaram complicações ($p=0,0172$). Assim, melhorias precisam ser feitas para que o pré-natal cumpra seu papel protetor.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal; Complicações na gravidez; Gestação; Saúde da mulher.

Abstract

The objective of this study was to evaluate the sociodemographic profile and the quality of prenatal care offered to pregnant women attended at a Family Health Center and to verify the association between adequate prenatal care and possible pregnancy complications. It is a cross-sectional study carried out at the SUS prenatal service in the city of Goiânia, Goiás from January 2021 to July 2022. Data were collected from electronic medical records from February 2022 to July 2022. The variables were sociodemographic, related to the coverage and quality of prenatal care and pregnancy and the pregnant woman's health history. The χ^2 test was applied to assess the association between obstetric complications and other variables. 157 medical records were analyzed. Most pregnant women were 21-34 years old (62.4%), had completed high school (47.1%) and were married (39.5%). Only 38.9% of pregnant women had ≥ 6 consultations. 75.8% had their first consultation in the first quarter. 45.1% underwent at least two ultrasounds. Only 24.8% performed two phases of the Mom's Test. Less than half had access to adequate or more than adequate prenatal care (38.9%). Regarding obstetric complications, 58.6% of the pregnant women had them, with urinary tract infection (29.9%) being the main one. There was an association between complications and not having a consultation in the first trimester ($p=0.0482$), in addition to having none or only one Mother's Test ($p=0.0463$). All pregnant women with a history of STIs also had complications ($p=0.0172$). Thus, improvements need to be made so that prenatal care fulfills its protective role.

Keywords: Prenatal care; Pregnancy complications; Pregnancy; Women's health.

Resumen

El objetivo de este estudio fue evaluar el perfil sociodemográfico y la calidad de la atención prenatal ofrecida a las embarazadas atendidas en un Centro de Salud de la Familia y verificar la asociación entre la atención prenatal adecuada y las posibles complicaciones del embarazo. Se trata de un estudio transversal realizado en el servicio de prenatal del SUS en la ciudad de Goiânia, Goiás, de enero de 2021 a julio de 2022. Los datos fueron recolectados de registros médicos electrónicos de febrero de 2022 a julio de 2022. Las variables fueron sociodemográficas, relacionadas con la cobertura y calidad de la atención prenatal y del embarazo y el historial de salud de la gestante. Se aplicó la prueba de χ^2 para evaluar la asociación entre las complicaciones obstétricas y otras variables. Se analizaron 157 historias clínicas. La mayoría de las gestantes tenían entre 21 y 34 años (62,4%), tenían estudios secundarios completos (47,1%) y estaban casadas (39,5%). Solo el 38,9% de las gestantes tuvieron ≥ 6 consultas. El 75,8% tuvo su primera consulta en el primer trimestre. Al 45,1% se les realizó al menos dos ecografías. Sólo el 24,8% realizó dos fases del Mom's Test. Menos de la mitad tuvo acceso a atención prenatal adecuada o más que adecuada (38,9%). En cuanto a las complicaciones obstétricas, el 58,6% de las gestantes las presentaron, siendo la infección del tracto urinario (29,9%) la principal. Hubo asociación entre complicaciones y no tener consulta en el primer trimestre ($p=0,0482$), además de no tener o tener solo un Test de la Madre ($p=0,0463$). Todas las gestantes con antecedentes de ITS también presentaron complicaciones ($p=0,0172$). Por lo tanto, es necesario mejorar para que la atención prenatal cumpla su función protectora.

Palabras clave: Cuidado prenatal; Complicaciones del embarazo; Embarazo; Salud de la mujer.

1. Introdução

O pré-natal é definido como o acompanhamento contínuo desde a descoberta da gravidez até o parto. No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que sejam realizadas no mínimo seis consultas, sendo uma no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo e três no terceiro. Seu objetivo é realizar vigilância contínua sobre o desenvolvimento da gestação, identificando precocemente fatores de risco relacionados às características individuais da gestante, morbidades crônicas e agudas, história reprodutiva e contexto familiar e comunitário, além de direcionar as intervenções preventivas ou de cuidado necessárias para a proteção da mulher e da criança (Pré-natal – Secretaria de Saúde, 2019). Desse modo, o pré-natal configura um dos principais fatores protetores contra a mortalidade materna (Magalhães et al., 2021; Barreto, 2021).

A morte materna, considerada quando ocorre em mulheres durante a gestação ou no prazo de até 42 dias após o seu término, é evitável em 92% dos casos, se suas causas forem detectadas precocemente e tratadas de forma adequada (Barreto, 2021; Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, 2021). Consequentemente, evidencia uma grave violação dos direitos das mulheres, causada por brechas nas diretrizes políticas de atenção à saúde dessa classe (Moura et al., 2018; Brasil, 2019). A mortalidade materna, fetal e infantil está diretamente relacionada a morbidades durante a gestação (Moura et al., 2018; Brasil, 2019), definida pela OMS como qualquer condição de saúde atribuída e/ou complicando a gravidez e o parto que tenha um impacto negativo no bem-estar e/ou funcionamento da mulher (Vanderkuik et al., 2013).

Assim, para efetiva redução da morbimortalidade materna, é essencial o acompanhamento pré-natal qualificado, com acolhimento precoce da gestante, frequência, periodicidade e cobertura adequadas, o que infelizmente ainda não ocorre no Brasil, sendo as características sociodemográficas e econômicas as principais limitações (Duberstein et al., 2021). Por isso, melhorar a qualidade e o acesso ao cuidado pré-natal continua sendo uma prioridade na saúde pública.

Desse modo, o objetivo desse estudo transversal é avaliar o perfil demográfico e a qualidade da assistência pré-natal oferecida a gestantes atendidas no Programa de Pré-natal de um Centro de Saúde da Família (CSF) de Goiânia, Goiás, e verificar a associação entre a realização de um pré-natal adequado com possíveis morbidades maternas e complicações obstétricas.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo observacional transversal, conforme metodologia proposta por Estrela (2018). Foi realizado no serviço público de assistência pré-natal de um CSF na região Noroeste de Goiânia, Goiás, em mulheres que utilizam o Serviço Único de Saúde, no período de Janeiro de 2021 a Julho de 2022. As coletas de dados foram realizadas a partir de prontuários

eletrônicos, no período de Fevereiro de 2022 a Julho de 2022.

Os prontuários eletrônicos foram coletados por meio da plataforma CELK SAÚDE© Atenção Básica, software implantado pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e utilizado pelas Unidades Básicas de Saúde do município. Foi gerado, a partir do sistema, um relatório de Acompanhamento Pré-Natal das gestantes atendidas no período de 01/01/2021 até 01/06/2022, divididas por Unidade de Saúde, de acordo com a Data Provável do Parto incluindo todos os desfechos, microáreas, equipes e situação (aberto ou fechado).

Foram incluídas as gestantes e puérperas com idade igual ou maior que dezoito anos atendidas no CSF. Foram excluídas as mulheres com idade menor que dezoito anos, mantendo o sigilo médico ético relacionado a pacientes menores de idade, e cujos prontuários não possuíam os dados necessários por estarem incompletos. Tendo em vista os critérios de exclusão, a amostra final resultou em uma amostra de 157 gestantes.

Todos os dados foram organizados em planilha eletrônica do Microsoft Excel®. As variáveis coletadas foram: idade; escolaridade; estado civil; gravidez planejada; gravidez simples ou gemelar; número de consultas; intervalo das consultas; se a primeira consulta ocorreu no primeiro trimestre; qual o trimestre da gestação; número de Ultrassonografias Obstétricas; Teste da Mamãe; número de gestações, paridade e abortos (GPA); tipo de parto anterior; vacinas aplicadas (tríplice bacteriana e hepatite B); complicações obstétricas; histórico de depressão ou depressão pós-parto; histórico de infecção sexualmente transmissível (IST); antecedentes obstétricos; comorbidades; fator de risco; e modalidade do parto da gestação atual. No tocante ao Teste da Mamãe, este se refere a uma iniciativa que compõe o Programa de Proteção à Gestante do Estado de Goiás. Ele é realizado em duas etapas, por isso, foi analisada se foram realizadas nenhuma, somente a primeira, ou a primeira e a segunda fases.

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), as complicações obstétricas são definidas no Capítulo XV – Gravidez, Parto e Puerpério, sendo elas: infecções, doenças hipertensivas, diabetes mellitus, hemorragias, doenças do aparelho respiratório complicando a gravidez, assistência prestada à mãe por reação de isoimunização, hiperêmese gravídica, outros transtornos das membranas e do líquido amniótico, doenças do aparelho circulatório complicando a gravidez, doenças nutricionais, complicações venosas na gravidez e placenta prévia. No caso das comorbidades, foram consideradas sobrepeso, obesidade, hipotireoidismo, asma, diabetes e hipertensão anteriores a gestação. Os fatores de risco considerados foram o uso de álcool, tabaco e outras drogas, como maconha, exposição passiva ao tabagismo, e histórico de violência doméstica.

Foram realizadas as estatísticas: descritiva e inferencial. Para a estatística descritiva, foram calculadas, para as variáveis categóricas: as frequências absolutas (n) e relativas percentuais [f(%)]; e para as variáveis contínuas: média (medida de tendência central), desvio padrão (DP, medida de dispersão) e valores mínimo e máximo.

Para a estatística inferencial, foi calculada a normalidade dos dados, por meio dos testes de Kolmogorov-Smirnov e de Shapiro-Wilk. Constatou-se com isso que os dados tinham distribuição não paramétrica. Assim foi aplicado o teste de Mann-Whitney para amostras independentes, para comparar a mediana das variáveis número de consultas vs. Complicações obstétricas. Adicionalmente, foram aplicados os testes do qui-quadrado ou G para avaliação da associação entre as complicações obstétricas e as demais variáveis. Finalmente, foi realizada correlação de Spearman entre as variáveis: Número de Consulta vs. Número de Ultrassonografias Obstétricas (USG) realizadas; e Número de Consultas vs. Teste da mamãe. Para a realização dos cálculos estatísticos, foi utilizado o software IBM® SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences), adotando o nível de significância de 5% (p-valor<0,05).

A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, conforme parecer nº 4.322.752 de 06 de outubro de 2020 e Certificado de Apresentação para a Apreciação Ética nº 26795819.9.0000.0037.

3. Resultados

No total, foram analisados 157 prontuários de gestantes atendidas no período de 01/01/2021 até 01/06/2022. Na Tabela 1, foram apresentadas as frequências absolutas e relativas das características sociodemográficas, das características relacionadas à cobertura e qualidade do pré-natal e dos fatores relacionados à gestação e à saúde da gestante. A idade média encontrada foi de 25,3 anos, sendo o intervalo de idade mínima e máxima igual a 18-45 anos. Quanto ao estado civil, 62 eram casadas (39,5%), 55 estavam em uma união consensual (35%), 32 eram solteiras (20,4%), 2 eram separadas (1,3%) e em 3,8% dos prontuários, esse dado havia sido ignorado. Com respeito à escolaridade, 18 gestantes possuíam o Ensino Fundamental Incompleto (11,5%) e 15, Ensino Fundamental Completo (9,6%), 27 possuíam Ensino Médio Incompleto (17,2%) e 74, Ensino Médio Completo (47,1%), e por fim, 7 possuíam Ensino Superior Incompleto (4,5%) enquanto 4 tinham Ensino Superior Completo (2,5%). Em 7,6% dos prontuários, esse dado havia sido ignorado pelo profissional de saúde. Assim, a maioria das gestantes estava entre 21 e 34 anos (62,4%), era casada (39,5%), e havia completado o ensino médio (47,1%).

Sobre a cobertura e qualidade do pré-natal, o intervalo de consultas de pré-natal realizadas variou entre 1-12. Das 157 gestantes, apenas 61 (38,0%) realizaram 6 consultas ou mais e a média de consultas realizada foi igual a 5,1. No caso de 8 gestantes, o número de consultas foi ignorado e não estava disponível no prontuário eletrônico. Por outro lado, 119 gestantes realizaram a primeira consulta de pré-natal no primeiro trimestre, o que equivale a 75,8%. Quanto ao número de Ultrassonografias obstétricas realizadas, o intervalo foi de 0-6 Ultrassonografias, com uma média de 1,8. Em 24 prontuários, o número de Ultrassonografias foi ignorado (15,3%). Já em relação ao Teste da Mamãe, enquanto 14 gestantes não realizaram o Teste por completo (8,9%), 73 realizaram somente a primeira fase (46,5%) e 39 realizaram as duas fases (24,8%). Em 31 prontuários, a realização do Teste da Mamãe foi ignorada (19,7%). Desse modo, foi obtida uma média de 1,2 Testes da Mamãe realizados. Sobre a imunização das gestantes contra Hepatite B e dTpa, 69 gestantes foram imunizadas (43,9%) contra 15 não vacinadas (9,6%). No entanto, 73 gestantes tiveram esse dado ignorado (46,5%).

Por fim, no que se refere aos fatores relacionados a gestação, somente 43 gestantes tiveram uma gravidez planejada (27,4%), contra 82 gestantes que não planejaram engravidar (52,2%). Quanto a Idade Gestacional, a maioria das gestantes estavam entre o segundo e terceiro trimestres (54,8%), enquanto 58 já haviam dado a luz (36,9%). Acerca dos abortos, 97 gestantes não tinham nenhum histórico de aborto (61,8%), enquanto 29 já haviam tido um aborto (18,5%), 4 haviam tido dois abortos (2,5%) e 2 haviam tido três abortos (1,3%), sendo a média de abortos igual a 0,3. 25 gestantes tiveram seus dados sobre Número de Gestação, Paridade e Abortos ignorados (15,9%) (Tabela 1). O parto da gestação atual, no caso dos bebês que já haviam nascido, foi ignorado em 140 (89,2%) prontuários. Dos 17 partos que foram descritos, 14 foram cesáreas (8,9%) e 3 foram normal (1,9%) (Tabela 1).

O histórico de IST foi positivo em 11 gestantes (7,0%) e negativo em 78 (49,7%), tendo sido ignorado em 68 (43,3%). 34 grávidas possuíam antecedentes obstétricos patológicos positivos (21,7%) e 54 não (34,4%), sendo que 69 foram ignorados (43,9%). No caso das comorbidades, 47 gestantes possuíam comorbidades (29,9%) e 54 não (34,4%). Já os fatores de risco, 26 gestantes possuíam fatores de risco (16,6%) e 67 não (42,7%), com 64 Ignorados (40,8%) (Tabela 1).

Em relação às complicações obstétricas, 92 gestantes apresentaram complicações obstétricas (58,6%), enquanto 21 gestantes não tiveram complicações (13,4%), e 44 tiveram esse dado Ignorado (28,0%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas, relacionadas à cobertura e qualidade do pré-natal e fatores relacionados à gestação e à saúde da gestante.

Variáveis (N=157)	n	f(%)
Características sociodemográficas		
Idade		
Até 20 anos	49	31,2
21 a 34	98	62,4
35 ou mais	10	6,4
Média (DP)	25,3	6,1
Mín – Máx	18	45
Estado Civil		
Casada	62	39,5
União consensual	55	35,0
Solteira	32	20,4
Separada	2	1,3
Ignorado	6	3,8
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	18	11,5
Ensino Fundamental Completo	15	9,6
Ensino Médio Incompleto	27	17,2
Ensino Médio Completo	74	47,1
Ensino Superior Incompleto	7	4,5
Ensino Superior Completo	4	2,5
Ignorado	12	7,6
Características relacionadas à cobertura e qualidade do pré-natal		
Número de Consultas		
1	9	5,7
2	23	14,6
3	11	7,0
4	22	14,0
5	23	14,6
6	22	14,0
7	17	10,8
8	8	5,1
Tabela 1. Continuação		
Variáveis (N=157)	n	f(%)
9	3	1,9
10	3	1,9
11	6	3,8
12	2	1,3
Ignorado	8	5,1
Média (DP)	5,1	2,6
Mín – Máx	1	12
Intervalo de Consultas		
Menor que 6	89	56,7
6 ou mais	61	38,9
Ignorado	7	4,5
Primeira Consulta no Primeiro Trimestre		
Sim	119	75,8
Não	30	19,1
Ignorado	8	5,1
Número de Ultrassonografias obstétricas		
0	8	5,1
1	54	34,4

2	39	24,8
3	25	15,9
4	4	2,5
5	1	0,6
6	2	1,3
Ignorado	24	15,3
Média (DP)	1,8	1,1
Mín – Máx	0	6
Teste da Mamãe		
0	14	8,9
1	73	46,5
2	39	24,8
Ignorado	31	19,7
Média (DP)	1,2	0,6
Mín – Máx	0	2
Vacinação da gestante (hepatite B e dTpa)		
Sim	69	43,9
Não	15	9,6
Ignorado	73	46,5

Tabela 1. Continuação

Variáveis (N=157)	n	f(%)
Fatores relacionados à gestação e à saúde da gestante		
Gravidez Planejada		
Sim	43	27,4
Não	82	52,2
Ignorado	32	20,4
Gravidez Simples ou Gemelar		
Simples	152	96,8
Gemelar	4	2,5
Ignorado	1	0,6
Idade Gestacional (Trimestres)		
1	4	2,5
2	35	22,3
3	51	32,5
Nascido	58	36,9
Aborto	1	0,6
Ignorado	8	5,1
GPA: Gestação		
1	49	31,2
2	37	23,6
3	27	17,2
4	10	6,4
5	4	2,5
6	2	1,3
8	1	0,6
9	1	0,6
10	1	0,6
Ignorado	25	15,9
Média (DP)	2,3	1,6
Mín – Máx	1	10
GPA: Paridade		
0	61	38,9
1	37	23,6
2	20	12,7
3	9	5,7
4	1	0,6

5	2	1,3
6	1	0,6

Tabela 1. Continuação

Variáveis (N=157)	n	f(%)
9	1	0,6
Ignorado	25	15,9
Média (DP)	1,0	1,4
Mín – Máx	0	9
Natureza do Parto Anterior		
Cesárea	33	21,0
Normal	26	16,6
Ignorado	98	62,4
GPA: Aborto		
0	97	61,8
1	29	18,5
2	4	2,5
3	2	1,3
Ignorado	25	15,9
Média (DP)	0,3	0,6
Mín – Máx	0	3
Complicações Obstétricas		
Sim	92	58,6
Não	21	13,4
Ignorado	44	28,0
Histórico de Depressão ou Depressão Pós-Parto		
Sim	8	5,1
Não	80	51,0
Ignorado	69	43,9
Histórico de Infecção Sexualmente Transmissível		
Sim	11	7,0
Não	78	49,7
Ignorado	68	43,3
Antecedentes Obstétricos Patológicos		
Sim	34	21,7
Não	54	34,4
Ignorado	69	43,9
Comorbidades		
Sim	47	29,9
Não	54	34,4
Ignorado	56	35,7

Tabela 1. Conclusão.

Variáveis (N=157)	n	f(%)
Sim	26	16,6
Não	67	42,7
Ignorado	64	40,8
Parto da Gestação Atual		
Cesárea	14	8,9
Normal	3	1,9
Ignorado	140	89,2

Observe o perfil sociodemográfico das gestantes atendidas no período do estudo e as características da cobertura pré-natal. Embora a maioria seja casada (39,5%) e tenha 21-34 anos (62,4%), também há uma prevalência considerável de mulheres com menos de 20 anos (31,2%) e solteiras (20,4%). Apenas 38,9% das gestantes realizaram as 6 consultas mínimas preconizadas pelo Ministério da Saúde. 58,6% das gestantes tiveram complicações obstétricas reportadas ao longo do pré-natal. Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

A principal complicação observada foi a Infecção do Trato Urinário (ITU), com 46 gestantes afetadas (29,9%),

seguido de Hemorragias, complicação que afetou 40 gestantes (25,4%). 9 gestantes apresentaram anemia (4,7%), 7 apresentaram diabetes gestacional (4,5%) e 6 doenças hipertensivas (3,8%). A principal Infecção Sexualmente Transmissível (IST) observada foi a sífilis, com 3,8% (Tabela 2).

Tabela 2 - Frequências das principais complicações obstétricas e Infecções Sexualmente Transmissíveis encontradas.

Complicações obstétricas (N=157)	n	f(%)
Infecção trato urinário	47	29,9
Hemorragias	40	25,4
Anemia	9	4,7
Diabetes mellitus gestacional	7	4,5
Doenças hipertensivas	6	3,8
IST (N=157)	n	f(%)
Sífilis	6	3,8

Observe as complicações obstétricas e IST mais encontradas, sendo as infecções, representadas pela Infecção do Trato Urinário, a mais prevalente com 29,9%. Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

Foi realizado a correlação entre as características sociodemográficas, as características relacionadas à cobertura e à qualidade do pré-natal e os fatores relacionados à gestação e à saúde da gestante, com as complicações obstétricas. Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a gestante não ter realizado a consulta no primeiro trimestre e a ocorrência de complicações obstétricas ($p=0,0482$). Além disso, foi encontrada associação entre a realização de nenhum, ou somente um Teste da Mamãe, com complicações na gestação. Mais da metade daquelas que tiveram complicações não fizeram, ou fizeram somente a primeira fase do Teste ($p=0,0463$). Uma história prévia positiva de IST também apresentou significado estatístico com a ocorrência de complicações obstétricas: todas as gestantes que tiveram ISTs também apresentaram complicações, e todas as livres de complicações também não tiveram ISTs ($p=0,0172$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Correlação entre as características sociodemográficas, relacionadas a cobertura e qualidade do pré-natal e a gestação e saúde da gestante, com complicações obstétricas.

Variáveis (N=113)	Complicações Obstétricas				p-valor*
	Sim (n=92)		Não (n=21)		
	n	f(%)	n	f(%)	
Características sociodemográficas					
Idade					
Até 20 anos	25	27,2	10	47,6	0,2018
21 a 34	62	67,4	10	47,6	
35 ou mais	5	5,4	1	4,8	
Escolaridade					
Ensino Fundamental Incompleto	8	8,7	1	4,8	0,7137
Ensino Fundamental Completo	8	8,7	2	9,5	
Ensino Médio Incompleto	15	16,3	4	19,0	
Ensino Médio Completo	45	48,9	9	42,9	
Ensino Superior Incompleto	6	6,5	0	0,0	
Ensino Superior Completo	3	3,3	1	4,8	
Ignorado	7	7,6	4	19,0	
Estado Civil					
Casada	37	40,2	10	47,6	0,6090
União consensual	21	22,8	3	14,3	
Solteira	30	32,6	8	38,1	
Separada	2	2,2	0	0,0	

Ignorado	2	2,2	0	0,0	
Características relacionadas à cobertura e qualidade do pré-natal					
Número de Consultas					
1	1	1,1	3	14,3	
2	9	9,8	3	14,3	
3	7	7,6	0	0,0	
4	16	17,4	3	14,3	
5	10	10,9	5	23,8	
6	16	17,4	2	9,5	
7	14	15,2	2	9,5	
8	4	4,3	1	4,8	
9	2	2,2	1	4,8	
10	3	3,3	0	0,0	
11	4	4,3	1	4,8	
12	2	2,2	0	0,0	0,1954

Tabela 3. Continuação.

Variáveis (N=113)	Complicações Obstétricas				p-valor*
	Sim (n=92)		Não (n=21)		
	n	f(%)	n	f(%)	
Ignorado	4	4,3	0	0,0	
Intervalo de Consultas					
Menor que 6	44	47,8	14	66,7	
6 ou mais	45	48,9	7	33,3	0,1560
Ignorado	3	3,3	0	0,0	
Primeira Consulta no Primeiro Trimestre					
Sim	75	81,5	13	61,9	
Não	13	14,1	7	33,3	0,0482
Ignorado	4	4,3	1	4,8	
Número de Ultrassonografias Obstétricas					
0	4	4,3	2	9,5	
1	29	31,5	10	47,6	
2	28	30,4	6	28,6	
3	19	20,7	1	4,8	
4	3	3,3	1	4,8	
5	1	1,1	0	0,0	
6	2	2,2	0	0,0	0,3692
Ignorado	6	6,5	1	4,8	
Teste da Mamãe					
0	4	4,3	5	23,8	
1	48	52,2	9	42,9	
2	28	30,4	7	33,3	0,0463
Ignorado	12	13,0	0	0,0	
Fatores relacionados à gestação e à saúde da gestante					
Gravidez Planejada					
Sim	29	31,5	5	23,8	
Não	40	43,5	12	57,1	0,3334
Ignorado	23	25,0	4	19,0	
Gravidez Simples ou Gemelar					
Simples	91	98,9	19	90,5	
Gemelar	1	1,1	2	9,5	0,0632
Idade Gestacional (Trimestres)					
1	1	1,1	0	0,0	
2	18	19,6	3	14,3	
3	34	37,0	7	33,3	

Tabela 3. Continuação.

Variáveis (N=113)	Complicações Obstétricas				p-valor*	
	Sim (n=92)		Não (n=21)			
	n	f(%)	n	f(%)		
Nascido	34	37,0	11	52,4	0,7217	
Aborto	1	1,1	0	0,0		
Ignorado	4	4,3	0	0,0		
GPA: Gestação						
1	33	35,9	10	47,6	0,4178	
2	25	27,2	4	19,0		
3	14	15,2	3	14,3		
4	4	4,3	2	9,5		
5	2	2,2	0	0,0		
9	1	1,1	2	9,5		
10	1	1,1	0	0,0		
Ignorado	12	13,0	0	0,0		
GPA: Paridade						
0	39	42,4	12	57,1		0,8375
1	25	27,2	4	19,0		
2	10	10,9	2	9,5		
3	4	4,3	1	4,8		
5	1	1,1	0	0,0		
9	1	1,1	0	0,0		
Ignorado	12	13,0	2	9,5		
Natureza do Parto Anterior						
Cesárea	21	22,8	3	14,3	0,4052	
Normal	14	15,2	4	19,0		
Ignorado	57	62,0	14	66,7		
GPA: Aborto						
0	62	67,4	14	66,7	0,6338	
1	15	16,3	5	23,8		
2	1	1,1	0	0,0		
3	2	2,2	0	0,0		
Ignorado	12	13,0	2	9,5		
Vacinação da gestante (hepatite B e dTpa)						
Sim	50	54,3	13	61,9	0,9474	
Não	11	12,0	3	14,3		
Ignorado	31	33,7	5	23,8		

Tabela 3. Conclusão

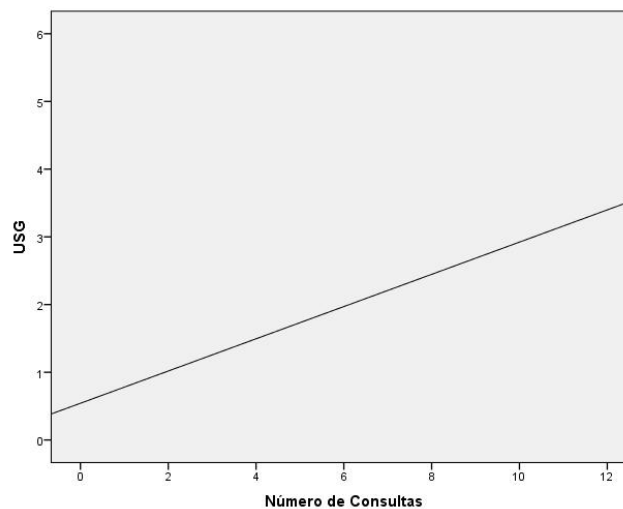
Variáveis (N=113)	Complicações Obstétricas				p-valor*
	Sim (n=92)		Não (n=21)		
	n	f(%)	n	f(%)	
Sim	6	6,5	0	0,0	0,0577
Não	57	62,0	21	100,0	
Ignorado	29	31,5	0	0,0	
Histórico de IST					
Sim	10	10,9	0	0,0	0,0172
Não	54	58,7	21	100,0	
Ignorado	28	30,4	0	0,0	
Antecedentes Obstétricos Patológicos					
Sim	19	20,7	6	28,6	0,7474
Não	42	45,7	11	52,4	
Ignorado	31	33,7	4	19,0	
Comorbidades					
Sim	33	35,9	5	23,8	0,0630
Não	36	39,1	15	71,4	

Ignorado	23	25,0	1	4,8	
Fator de Risco					
Sim	16	17,4	3	14,3	
Não	51	55,4	15	71,4	0,5035
Ignorado	25	27,2	3	14,3	
Pato da Gestação Atual					
Cesárea	8	8,7	3	14,3	
Normal	2	2,2	0	0,0	0,2826
Ignorado	82	89,1	18	85,7	

**Testes: Qui-quadrado ou G.* Nota: valores em negrito, $p < 0.05$. Observa-se uma relação estatística significativa entre as características sociodemográficas e as características quanto a qualidade do pré-natal e as complicações obstétricas em duas variáveis: O teste de mamãe e a realização da primeira consulta no primeiro trimestre tiveram correlação com a ocorrência de complicações obstétricas ($p=0,0463$ e $p=0,0482$, respectivamente). Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

Foi realizada correlação de Spearman entre as variáveis: Número de Consulta vs. Número de USG realizadas (Figura 1); e Número de Consultas vs. Teste da mamãe (Figura 2). Baseado na correlação de Spearman, foi encontrado uma correlação positiva moderada entre o número de consultas e o número de Ultrassonografias realizadas ($r_s=0.5512$) (Figura 1).

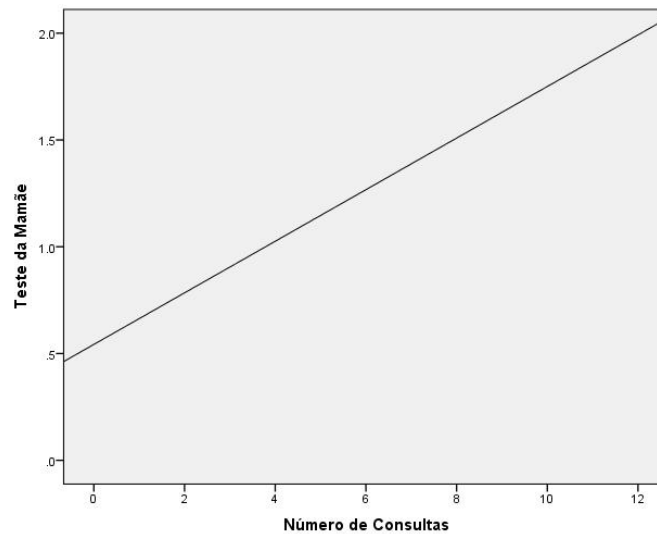
Figura 1 - Correlação Spearman: USG vs. Número de Consultas.



Observa-se que o número de consultas e o número de Ultrassonografias obstétricas (USG) foi concordante, com as gestantes com mais consultas apresentando mais USG realizadas. Fonte: Autores (2023).

Adicionalmente, também foi encontrada uma correlação positiva moderada entre o número de consultas e o Teste da Mamãe ($r_s=0.5066$) (Figura 2).

Figura 2 - Correlação de Spearman: Teste da Mamãe vs. Número de Consultas.



Observa-se que o número de consultas e o número de Testes da Mamãe foi concordante, com gestantes com maior número de consultas apresentando mais Testes realizados. Fonte: Autores (2023).

Como supracitado, foi calculada a normalidade dos dados, por meio dos testes de Kolmogorov-Smirnov e de Shapiro-Wilk. Constatou-se com isso que os dados tinham distribuição não paramétrica. Assim foi aplicado o teste de Mann-Whitney para amostras independentes, para comparar a mediana das variáveis número de consultas vs. Complicações obstétricas. No entanto, não houve associação significativa entre o número de consultas e a ocorrência de complicações obstétricas ($p=0.221$).

4. Discussão

O perfil sociodemográfico encontrado foi de gestantes entre 21 e 34 anos (62,4%), casadas (39,5%), e com o ensino médio completo (47,1%), o que é compatível com dados do Ministério da Saúde, fornecidas pelo DATASUS para nascidos vivos no estado de Goiás no ano de 2020 (DATASUS – SINASC, 2023). Embora não tenha sido encontrada associação significativa entre características sociodemográficas e a ocorrência de complicações obstétricas, é bem estabelecido na literatura que idade menor do que 15 anos e maior do que 35 anos, situação conjugal insegura e baixa escolaridade configuram fatores de risco gestacional, tendo maior associação com complicações obstétricas (Barreto, 2021) (Moura et al., 2018; Brasil, 2019; Duberstein et al., 2021; Vale et al., 2021).

Além disso, a etnia negra e a baixa condição socioeconômica também são fatores de risco gestacionais conhecidos, pois representam uma população com poucas oportunidades nos serviços de saúde e acesso precário e limitado ao sistema (Magalhães et al., 2021; Barreto, 2021; Brasil, 2019; Duberstein et al., 2021; Vale et al., 2021). Desse modo, reforça-se a importância da estratificação dos riscos populacionais, por sua associação com melhor qualidade da atenção à saúde, impactos positivos nos resultados clínicos e maior eficiência no uso dos recursos de saúde (Brasil, 2019; Departamento de Atenção Básica, 2012), sendo passo fundamental do Programa de Acompanhamento Pré-Natal, já que permite a identificação precoce de fatores de risco para subsequente intervenção preventiva ou de cuidado necessário. Contudo, dados de raça e condição socioeconômica não constavam nos prontuários eletrônicos utilizados pelo município de Goiânia, mesmo que sejam essenciais para estratificação de risco das gestantes, portanto não puderam ser avaliados.

A respeito da cobertura e qualidade do pré-natal, o Ministério da Saúde recomenda que sejam realizadas no mínimo seis consultas: uma no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo e três no terceiro. O ideal é que a primeira consulta aconteça no primeiro trimestre e, se esse for o caso, que o primeiro ultrassom seja realizado entre a 10ª à 13ª semana e repetido

entre a 20a à 24a semanas (Pré-natal – Secretaria de Saúde, 2019). Assim, a adequação quantitativa do pré-natal é avaliada considerando o início do pré-natal no primeiro trimestre, com um mínimo de seis consultas, sendo adequada se ambos os critérios tiverem sido cumpridos (Ministério da Saúde, 2021). Apenas 38,9% das gestantes realizaram 6 consultas ou mais. Por outro lado, 75,8% das gestantes realizaram a primeira consulta de pré-natal no primeiro trimestre e 45,1% das gestantes realizaram no mínimo duas Ultrassonografias. Consequentemente, menos da metade das gestantes tiveram acesso a um pré-natal adequado ou mais que adequado. Isso difere dos dados do resto do Brasil, onde 26,4% das mulheres não tiveram acesso ou o acesso foi inadequado ou intermediário ao pré-natal (Brasil, 2019). Além disso, segundo a Pesquisa Nascer no Brasil, realizado em hospitais com puérperas e seus recém-nascidos no período de 2011 a 2012, embora a cobertura da assistência pré-natal no Brasil seja de 98,7%, a adequação não acompanhou a cobertura, já que apenas 73,1% tiveram o mínimo de consultas recomendadas e somente 60,6% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre (Leal, 2014). Tal comparação levanta a possibilidade de a baixa adequação do número de consultas encontrado ser devido a análise de gestantes em várias idades gestacionais, e não somente puérperas. No entanto, resultado semelhante foi encontrado por pesquisa descritiva-exploratória desenvolvida com mulheres que realizaram o Pré-natal na rede de atenção básica do município de Goiânia, Goiás, internadas para o parto em uma maternidade estadual, em 2013: foi encontrado apenas 35% de adequação do pré-natal, com 46,4% das gestantes captadas no primeiro trimestre e 52,7% com seis ou mais consultas (Costa et al., 2013). Isso indica não só que a amostra de gestantes da periferia de Goiânia possui um acesso ao pré-natal de qualidade inferior ao disponível no resto do Brasil, mas também que pouco ou nenhum progresso foi feito nos últimos oito anos em relação a adequação pré-natal. Todavia, houve um aumento da captação precoce das gestantes, o que não foi acompanhado pela continuidade das consultas, sendo o fator limitante da adequação do pré-natal encontrado.

Uma das deficiências mais significativas que influenciam a qualidade do pré-natal é a dificuldade que as gestantes encontram para realizar os exames laboratoriais. Nesse sentido, um grande avanço é o Teste da Mamãe, em execução no Mato Grosso do Sul desde 2002 e em Goiás desde setembro de 2003, compondo o Programa de Proteção à Gestante do Estado de Goiás. Estão inclusos os seguintes testes para triagem de doenças infecciosas: hepatite B (Ag HBs e Ac anti-HBc), hepatite C (Ac anti-HCV), HIV (Ac anti-HIV 1 e 2), rubéola (Ac anti-IgG e Ac anti-IgM), HTLV (Ac anti-HTLV 1e 2) e CMV (Ac anti-IgG e Ac anti- IgM); sífilis (Ac anti-Ig total); toxoplasmose (IgG e IgM) e infecção pelo *Trypanosoma cruzi* (IgG). A ampla cobertura e a qualidade do serviço têm sido reconhecidas como importante contribuição para a prevenção de transmissão vertical de agravos. Além dos resultados na prevenção, tratamento e acompanhamento dos casos confirmados, o programa repercute na organização dos serviços de pré-natal (Gomes Filho et al., 2016).

Foi obtida uma média de 1,2 Testes da Mamãe realizados, o que ilustra que 46,5% das gestantes fizeram somente a primeira fase do Teste, e só 24,8% realizaram ambas as fases. Ademais, foi encontrada associação entre a realização de nenhum, ou somente um Teste da Mamãe, com complicações. Mais da metade daquelas que tiveram complicações não fizeram, ou fizeram somente a primeira fase do Teste ($p=0,0463$). Nesse sentido, esse achado está de acordo com o encontrado na literatura, já que o Teste da Mamãe representa facilidade no acesso aos exames laboratoriais, com consequente diagnóstico e identificação precoce das infecções, o que possibilita tratamento precoce, o que faz parte do papel do pré-natal adequado (Pré-Natal - Secretaria Da Saúde, 2019; Brasil, 2019). Um exemplo disso é que os resultados positivos de gestantes que vivem com o vírus do HIV pelo Teste da Mamãe permitem que essas mulheres sejam incorporadas a rede de assistência, e se beneficiem da possibilidade de redução da transmissão vertical de 30% para apenas 2% (Gomes Filho et al., 2016). Nesse contexto, a sífilis, cuja sequela em caso da transmissão vertical é grave, também pode ser evitada com cura em quase todos os casos em que a mulher e parceiro são tratados ainda durante a gestação (Gomes Filho et al., 2016). Enfim, é possível que a relação entre a realização de dois Testes da Mamãe e a não ocorrência de complicações seja porque as mulheres que realizaram ambos os Testes representam, também, uma amostra que realizou um pré-natal quantitativamente adequado, o que é indicado

pela correlação positiva moderada entre o número de consultas e o Teste da Mamãe.

O Ministério da Saúde recomenda a vacinação de todas as gestantes com a Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) – dTpa ou dTpa-VIP, vacina contra hepatite B, e vacina contra a Influenza conforme campanha anual, com dose única em qualquer idade gestacional. A dTpa está recomendada em todas as gestações, pois além de proteger a gestante e evitar que ela transmita a *Bordetella pertussis* ao recém-nascido, permite a transferência de anticorpos ao feto protegendo-o nos primeiros meses de vida, até que possa ser imunizado. A vacina contra Hepatite B é recomendada a todas as gestantes suscetíveis, após o primeiro trimestre da gestação (Pré-Natal - Secretaria Da Saúde, 2019; Brasil, 2019; Departamento de Atenção Básica, 2012; Khan et al., 2022). Foi observado que 69 gestantes foram imunizadas (43,9%) contra 15 não vacinadas (9,6%). O resultado encontrado no presente estudo vai de encontro a um estudo transversal conduzido no estado de São Paulo em 2012. Considerando o esquema completo da dT e da hepatite B, a cobertura vacinal desse estudo foi de 68,4%. O que mostra uma grave deficiência no esquema vacinal das gestantes em Goiás, além de uma necessidade de avanço haja vista que esses resultados já eram obtidos em São Paulo quase a uma década atrás (da Rocha et al., 2016). No entanto, 73 gestantes tiveram esse dado ignorado (46,5%), o que impossibilita a real análise da frequência. O alto número de ignorados representa como os profissionais de saúde não valorizavam a vacina como real instrumento protetor do binômio mãe-bebê, e muitas vezes se limitavam a escrever no prontuário que a mãe havia sido orientada quanto a vacinação, sem nenhum seguimento ou conclusão da informação. É importante lembrar que os prestadores de cuidados de saúde têm sido reconhecidos como extremamente influentes em moldar as decisões das mulheres sobre o recebimento de serviços de saúde, incluindo vacinas. Assim, torna-se essencial desenvolver a capacidade dos profissionais de saúde para aconselhar eficazmente os pacientes, reforçando a importância do calendário vacinal atualizado no pré-natal (Khan et al., 2022).

Acerca das características da gravidez, somente 27,4% planejaram engravidar, contra 52,2% das gestantes que não planejaram. Esse dado está de acordo com a média nacional, de acordo com o inquérito da Pesquisa Nascer no Brasil, realizado entre 2011-2012, em que a prevalência de gravidez não planejada no Brasil foi de 55,4% das mulheres entrevistadas (Brandão & Cabral, 2017). Uma pesquisa mais recente, da Bayer em parceria com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e realização pelo IPEC (Inteligência em Pesquisa e Consultoria) em 2021, apresentou dado similar: cerca de 62% das mulheres já tiveram pelo menos uma gravidez não planejada no Brasil, o que indica um percentual brasileiro muito acima da taxa média mundial, que é de 40% (Gravidez Não Planejada Atinge 62% Das Mulheres No Brasil, 2021). Essa realidade reflete a falta de um planejamento familiar na comunidade brasileira, além de uma educação sexual deficiente, tanto nas escolas, quanto na Atenção Básica à Saúde. É importante que os profissionais de saúde estejam preparados para acolher a gestante, tanto no caso de uma gestação planejada como no caso de uma gestação não planejada (Brasil, 2019). Além de considerar que a não aceitação da gestação é um fator de risco gestacional intermediário. Todavia, a conceituação binária tradicional de gravidez planejada e não planejada pode não capturar holisticamente as diversas perspectivas dos jovens. Portanto, os profissionais de saúde devem priorizar abordagens de aconselhamento contraceptivo que permitam às pacientes a flexibilidade de expressar suas considerações e sentimentos referentes a uma potencial gravidez futura, o que pode melhorar a qualidade do planejamento familiar e das interações paciente-profissional (Arteaga et al., 2019).

O número de gestações variou de 1 a 10, com uma média de 2,3 gestações. A paridade variou entre 0 e 9 partos, com uma média igual a 1. Dentre as gestantes, 38,9% eram nulíparas e 2,5% possuíam 5 ou mais partos, ambos considerados fatores de risco gestacional intermediário. Quanto aos abortos, 61,8% das gestantes não tinham nenhum histórico de aborto, com uma média de abortos igual a 0,3. Quanto aos antecedentes patológicos, 21,7% possuíam antecedentes obstétricos patológicos, contra 34,4% que não os possuíam. No entanto, quase metade (43,9%) foi ignorado. Tal fator é preocupante, já que os antecedentes obstétricos são essenciais para estratificação do risco gestacional, que deve ser realizado no início do pré-natal, na primeira consulta (Brasil, 2019; Departamento de Atenção Básica, 2012).

Em relação as complicações obstétricas, 58,6% das gestantes apresentaram complicações, sendo as principais a ITU (29,9%), seguido de hemorragias (25,4%), anemia (4,7%), diabetes gestacional (4,45%) e doenças hipertensivas (3,82%). Uma pesquisa de coorte que analisou as internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo encontrou resultados parecidos: as Infecções também foram as principais complicações, seguidas de doenças hipertensivas, diabetes mellitus e hemorragias (Moura et al., 2018). É notório que existem diferenças nas complicações observadas em ambos os estudos, ao passo que tratam de diferentes níveis de atenção à saúde. Enquanto na Unidade de Atenção Básica à Saúde são tratadas complicações de menor complexidade, casos mais graves são encaminhados aos hospitais.

Nesse contexto, a morbimortalidade materna, fetal e infantil está diretamente relacionada a morbidades durante a gestação, destacando-se a doença hipertensiva, o diabetes mellitus, a infecção do trato urinário (ITU), a sífilis materna e a doença periodontal (Brasil, 2019). Mais adiante, a infecção do trato urinário inferior é a infecção bacteriana mais frequente na gestação, mantendo relação com pielonefrite, sepse materna, prematuridade e infecção neonatal (Brasil, 2019). Dessa forma, mostra-se a importância da equipe em garantir a realização dos exames de rotina do pré-natal, que incluem exame de urina tipo 1 e urocultura, além de prescrever o tratamento antibacteriano adequado e realizar o exame de controle pós-tratamento em todos os casos, com monitorização da recorrência da infecção (Pré-Natal - Secretaria Da Saúde, 2019; Brasil, 2019). Já a prevalência de diabetes gestacional no SUS é de 18%, e a prevalência de Síndromes Hipertensivas é de 5-10% das gestantes (Brasil, 2019), números mais altos do que os encontrados neste estudo (4,45% e 3,82%, respectivamente), o que pode ser explicado pela amostra presente ser proveniente somente de uma Unidade Básica de Saúde, e as mulheres com tais afecções serem encaminhadas ao pré-natal de alto risco, em ambulatório especializado. Adicionalmente, vale mencionar que as duas principais causas de mortalidade materna são a hemorragia e a pré-eclâmpsia, que representaram 50% dos óbitos no ano de 2020 (Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, 2021), o que ilustra a importância da vigilância contínua sobre tais fatores.

Acerca da depressão e depressão pós-parto (DPP), a maioria das gestantes (51%) tinha histórico negativo, embora em 43,9% dos casos esse fator tenha sido ignorado. A pesquisa de doenças psiquiátricas graves é de extrema importância pois configura fator gestacional de alto risco (Brasil, 2019). A DPP é reconhecidamente um problema de saúde materna, com significativa morbimortalidade materna e infantil, de natureza multifatorial, com diversos fatores de risco envolvidos, incluindo antecedentes pessoais ou familiares de depressão/doenças psiquiátricas, humor depressivo durante a gestação e ansiedade pré-natal, alcoolismo, falta de suporte social/rede de apoio, assim como baixa qualidade no relacionamento com o parceiro e experiências de violência (Tolossa et al., 2020; Stewart et al., 2003; Zinga et al., 2005; Faisal-Cury et al., 2021). O diagnóstico e tratamento adequados da DPP é de fundamental importância para a recuperação da saúde mental materna e o estabelecimento do vínculo mãe-filho. Dentre as principais consequências da DPP nesse período, pode-se destacar a diminuição do cuidado com o recém-nascido (Zinga et al., 2005).

No que tange às ISTs, todas as gestantes que tiveram ISTs também apresentaram complicações, e todas as gestantes livres de complicações também não tiveram ISTs ($p=0,0172$). Estudo retrospectivo, realizado em 245 municípios do estado de Goiás que analisou os resultados dos Testes da Mamãe durante os anos de 2003 a 2009, revelou que a sífilis continuava como a infecção mais prevalente, com 1,16% das gestantes pesquisadas sendo infectadas (Gomes Filho et al., 2016), valor semelhante, porém inferior, a frequência de 3,8% encontrada no presente estudo. No entanto, o aumento na frequência de sífilis gestacional encontrada está de acordo com o aumento vertiginoso das taxas de detecção de sífilis nessa população, como exposto no Boletim Epidemiológico de Sífilis do estado de Goiás do ano de 2020, que apresenta um incremento de 1074% na detecção da sífilis adquirida na população geral de 2010 para 2019 (Secretaria do Estado de Saúde de Goiás, 2020). Esse aumento pode ser explicado pela expansão da cobertura de testagem, com a ampliação do uso de testes rápidos, redução do uso de preservativo e

aprimoramento do sistema de vigilância. Outros fatores que devem ser considerados são a resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica e o desabastecimento mundial de penicilina nos anos de 2015 e 2016 (Secretaria do Estado de Saúde de Goiás, 2020). As ISTs representam fatores de risco notoriamente conhecidos para a gestação, sendo a sífilis não terciária e não resistente a penicilina benzatina um fator intermediário. Além disso, são fator de alto risco gestacional, indicando necessidade de encaminhamento para Atenção Ambulatorial Especializada a sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita; toxoplasmose; rubéola; citomegalovírus; herpes simples; tuberculose; hanseníase; hepatites; condiloma acuminado e diagnóstico de HIV/AIDS (Brasil, 2019). Vale mencionar que a dependência e/ou uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas também configura fator de alto risco para IST na gestação (Brasil, 2019).

Em relação as comorbidades, 29,9% das gestantes avaliadas possuíam comorbidades, como sobrepeso e obesidade. Tais características estão relacionadas a um risco aumentado de mortalidade materna e perinatal, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, parto pré-termo e pós-termo, natimortalidade e presença de anomalias congênitas, quando comparadas a mulheres cujo índice de massa corporal (IMC) é normal. Outro fato importante é que portadores de sobrepeso e obesidade descrevem adiar ou evitar o acesso aos serviços de saúde devido a um histórico de interações negativas com profissionais de saúde sobre seu peso, sentimento de culpa e experiências passadas de estigma relacionado à obesidade nos sistemas e serviços de saúde. Assim, o atraso para iniciar o Cuidado Pré-natal, também pode estar relacionado a associação dessa comorbidade com complicações na gestação. Ademais, fisiologicamente, a própria irregularidade menstrual associada a alterações da massa corporal pode estar relacionada ao atraso no início da realização do pré-natal (Barber et al., 2017).

Dentre as limitações do recente estudo, destacam-se duas principais: ao tomar como cenário uma Unidade Básica de Saúde, nossa amostra se limita a gestantes de baixo e intermediário risco, já que gestantes estratificadas como alto risco são encaminhadas para Atenção Ambulatorial Especializada e perdem, muitas vezes, o seguimento na Atenção Primária à Saúde. Isso pode ter subestimado o número de complicações, histórico de ISTs, como HIV, e outros fatores de alto risco gestacional. Ademais, a má qualidade dos prontuários foi uma grande limitação, já que muitas informações não estavam disponíveis, ou tinham sido ignoradas, como informações referentes ao puerpério. Exemplo disso é que o parto da gestação atual, no caso dos bebês que já haviam nascido, foram ignorados em 89,2% dos prontuários. A ausência dessa informação pode ser explicada por não haver o cruzamento de informações nos vários setores do SUS, como entre a maternidade e a Unidade de Atenção Básica onde foi feito o pré-natal, ou, até mesmo, pela não realização do retorno dessa mulher para as consultas de puerpério no CSF, onde seria coletada tal informação, indicando falhas na transferência e continuidade dos cuidados à mulher. Isso simboliza grave falha na cobertura de saúde da gestante, visto que a maioria das situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal ocorrem na primeira semana após o parto (Departamento de Atenção Básica, 2012). Destacou-se o fato de variáveis indispensáveis à estratificação do risco gestacional, que possivelmente mudariam a conduta, tais como raça, fator de risco, comorbidades, situação socioeconômica e antecedentes obstétricos apresentarem baixa qualidade de registro.

5. Conclusão

Conclui-se que o pré-natal de qualidade tange fatores quantitativos e qualitativos, como número e qualidade das consultas, e possui fator protetivo, diminuindo assim a morbimortalidade materna. A importância da estratificação dos riscos gestacionais, desde a primeira consulta de pré-natal deve ser enfatizada. Essa estratificação, tanto populacional quanto individual, se associa com a promoção de uma melhor qualidade da atenção à saúde, impactos positivos nos resultados clínicos e maior eficiência no uso dos recursos de saúde. O pré-natal é de extrema importância no seguimento da gestante, para o desenvolvimento de uma gestação sem complicações, o que refletirá na saúde da mãe e do bebê. O Teste da Mamãe se mostrou uma valiosa ferramenta de diagnóstico precoce, principalmente para IST, que tem relação direta com a ocorrência de

complicações obstétricas. Ao facilitar o acesso aos exames laboratoriais, aumenta o diagnóstico precoce de infecções, o que possibilita um tratamento precoce.

Destacou-se o alto número de ignorados, principalmente no que tange o puerpério. Isso representa falhas na continuidade do atendimento pré-natal. Dessa forma, percebe-se a necessidade da melhora da qualidade do atendimento e registro das informações colhidas durante as consultas, para que os prontuários cumpram seu objetivo de melhorar a assistência às gestantes, sendo um meio de comunicação entre os diferentes profissionais da saúde e um recurso indispensável para tomada de condutas clínicas.

Finalmente, foi encontrado que menos da metade das gestantes tiveram acesso a um pré-natal adequado ou mais que adequado, indicando que a amostra de gestantes da periferia de Goiânia possui um acesso ao pré-natal inferior ao resto do Brasil. Esse dado é preocupante, já que o pré-natal é um fator de proteção contra a mortalidade materna e neonatal. Além disso, vale destacar que o fator limitante ao pré-natal quantitativamente adequado foi o número das consultas, e não a captação precoce, ou seja, a continuidade da atenção pré-natal se mostrou falha. Tal fato ilustra a responsabilidade da equipe de saúde em promover um maior acolhimento da mulher na rede de atenção à saúde, estimulando a continuidade. Mais adiante, a Atenção Básica é a porta de entrada das mulheres na Assistência Pré-natal. Portanto, são imprescindíveis a adoção de protocolos de monitoramento e a avaliação da qualidade e da cobertura do Cuidado Pré-natal pelos gestores municipais, de modo que, assim, possam agir em busca de melhorias na assistência à saúde da população local.

Tendo em vista a necessidade de ampliar os estudos sobre o atendimento pré-natal no Brasil, novas pesquisas devem ser realizadas, em diferentes locais do país, tendo como objetivo avaliar as diferentes taxas de cobertura e qualidade em cada local, e quais as principais limitações presentes em cada região. Além disso, estudos contabilizando as gestações de alto risco deve ser realizados. Faz-se necessário também uma melhor análise da cobertura no período puerperal e o seguimento da puérpera na Atenção Básica.

Referências

- Arteaga, S., Catan, L., Gomez, A. M., & Program, R. E. (2019). Planned, unplanned, and in-between: The meaning and context of pregnancy planning for young people. *Contraception*, 99(1), 16–21. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.08.012>.Planned
- Barber, C., Rankin, J., & Heslehurst, N. (2017). Maternal body mass index and access to antenatal care: A retrospective analysis of 619,502 births in England. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1475-5>
- Barreto, B. L. (2021). Perfil epidemiológico da mortalidade materna no Brasil no período de 2015 a 2019. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 10(1), 127–133. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v10i1.3709>
- Brandão, E. R., & Cabral, C. da S. (2017). Da gravidez imprevista à contracepção: aportes para um debate From unplanned pregnancy to contraception : contributions to the debate Del embarazo no planificado a la anticoncepción : aportes al debate. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(2). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00211216>
- Brasil, M. d. s. (2019). Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada: saúde da mulher na gestação, parto e puerpério [Doctoral dissertation, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein]. CONASS / Coleção SUS.
- Costa, C. S. C., Vila, V. D. C., Rodrigues, F. M., Martins, C. A., & Pinho, L. M. O. (2013). Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(2), 516–522. <https://doi.org/10.5216/ree.v15i2.15635>
- da Rocha, B. C. C., Carvalheira, A. P. P., Ferrari, A. P., Tonete, V. L. P., Duarte, M. T. C., & Parada, C. M. G. de L. (2016). Cobertura vacinal e fatores associados em puérperas de município paulista. *Ciência e Saude Coletiva*, 21(7), 2287–2292. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.16862015>
- DATASUS - SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos. (2023). Saude.gov.br. <http://sinasc.saude.gov.br/default.asp>
- Departamento de Atenção Básica, M. d. S. (2012). Cadernos de atenção básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco (32th ed.). Editora do Ministério da Saúde
- Duberstein, Z. T., Brunner, J., Panisch, L. S., Bandyopadhyay, S., Irvine, C., Macri, J. A., Pressman, E., Thornburg, L. L., Poleshuck, E., Bell, K., Best, M., Barrett, E., Miller, R. K., & O'Connor, T. G. (2021). The Biopsychosocial Model and Perinatal Health Care: Determinants of Perinatal Care in a Community Sample. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1991. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2021.746803/BIBTEX>
- Estrela, C. (2018). Metodologia Científica: Ciência, Ensino, Pesquisa. Editora Artes Médicas.

- Faisal-Cury, A., Tabb, K., & Matijasevich, A. (2021). Partner relationship quality predicts later postpartum depression independently of the chronicity of depressive symptoms. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 43(1), 12–21. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0764>
- Gomes Filho, C., Macedo Filho, J. V., Minuzzi, A. L., Gomes, M. M., & Luquetti, A. O. (2016). Detecção De Doenças Transmissíveis Em Gestantes No Estado De Goiás: O Teste Da Mamãe. *Revista de Patologia Tropical*, 45(4), 369. <https://doi.org/10.5216/rpt.v45i4.44610>
- Gravidez não planejada atinge 62% das mulheres no Brasil.* (2021). Gravidez Não Planejada Atinge 62% Das Mulheres No Brasil - Bayer - Brasil. <https://www.bayer.com.br/pt/blog/gravidez-nao-planejada-atinge-62-mulheres-brasil>
- Khan, S., Fleming, J. A., & Engmann, C. M. (2022). Maternal vaccines: ten considerations for vaccine introduction and scale-up in low- and middle-income countries from the maternal, newborn, child, and adolescent health perspective. *Human Vaccines and Immunotherapeutics*, 18(1), 1–4. <https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1865047>
- Leal, M. do C. (2014). Prenatal care in Brazil. *Cadernos de saúde pública*, 30, S1–S15.
- Magalhães, D. M. D. S., Bernardes, J. M., Ruiz-Frutos, C., Gómez-Salgado, J., Calderon, I. de M. P., & Dias, A. (2021). Predictive Factors for Severe Maternal Morbidity in Brazil: A Case-Control Study. *Healthcare*, 9(3). <https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE9030335>
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. (2021). *Saúde 2020/2021: uma análise da situação de saúde e da qualidade da informação [recurso eletrônico]*. http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2020_2021_situacao_saude.pdf
- Moura, B. L. A., Alencar, G. P., da Silva, Z. P., & de Almeida, M. F. (2018). Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saude Publica*, 34(1), 1–13. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00188016>
- Pré-Natal - Secretaria da Saúde.* (2019). Pré-Natal - Secretaria Da Saúde. <https://www.saude.go.gov.br/biblioteca/7637-pr%C3%A9-natal>.
- Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. (2021). *Boletim Epidemiológico Mortalidade Materna e Infantil*. <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202106/11173526-boletim-epidemiologico-mortalidade-materna-e-mortalidade-infantil-2021.pdf>
- Secretaria do Estado de Saúde de Goiás. (2020). *Boletim epidemiológico sífilis em Goiás 2020*.
- Stewart, D. E., Robertson, E., Phil, M., Dennis, C., Grace, S. L., & Wallington, T. (2003). *Postpartum depression: literature review of risk factors and interventions. October*.
- Tolossa, T., Fetensa, G., Yilma, M. T., Abadiga, M., Wakuma, B., Besho, M., Fekadu, G., & Etafa, W. (2020). Postpartum depression and associated factors among postpartum women in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis, 2020. *Public Health Reviews*, 41(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s40985-020-00136-3>
- Vale, C. C. R., Almeida, N. K. D. O., & Almeida, R. M. V. R. De. (2021). Associação entre índices de adequação de cuidado pré-natal e desfecho de baixo peso ao nascer. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 43(4), 256–263. <https://doi.org/10.1055/S-0041-1728779>
- Vanderkruik, R. C., Tunçalp, Ö., Chou, D., & Say, L. (2013). Framing maternal morbidity: WHO scoping exercise. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-213/TABLES/1>
- Zinga, D., Phillips, S. D., & Born, L. (2005). Postpartum depression: we know the risks, can it be prevented? *Brazilian Journal of Psychiatry*, 27, s56–s64. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000600005>