

RELAÇÃO ENTRE ACOMPANHAMENTO NO PRÉ-NATAL, MORTALIDADE MATERNA E FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS

RELATIONSHIP BETWEEN PRENATAL CARE, MATERNAL MORTALITY AND SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS

Alan Francisco Pereira Araújo¹
Beatriz Rodrigues Pinheiro²
Íris Isabela da Silva Medeiros Guimarães³

RESUMO: Os impactos benéficos do pré-natal para assegurar uma gestação saudável ao binômio mãe-feto são múltiplos. Em contrapartida, obstáculos relacionados às características sociodemográficas fazem com que a adesão materna não seja homogênea no Brasil, contribuindo para desfechos danosos. Assim, o presente estudo tem por objetivo conhecer o perfil sociodemográfico das mães que não contemplam as indicações referentes ao acompanhamento pré-natal e daquelas que possuem como resultado da gestação a morte materna. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, do tipo transversal, realizada por meio de levantamento nas bases de dados do DATASUS, entre 2019 e 2023. Foram coletados os dados referentes às variáveis: faixa etária materna, estado civil, número de consultas pré-natal e taxa de óbito materno. Nesse sentido, as variáveis sociodemográficas que estiveram relacionadas a menor taxa de adesão ao pré-natal e/ou maior índice de mortalidade materna foram: regionalidades norte e nordeste, raças parda, preta ou indígena; solteiras; menor nível de escolaridade materna; e gestação na adolescência. Tais achados se associam, dentre outros fatores, respectivamente, pelo acesso defasado a serviços prestados em determinadas regiões e a determinadas cor/raça, dificuldade no entendimento de orientações, falta de suporte oferecido por cônjuge e maior exposição a riscos. As causas diretas foram as principais relacionadas a morte, evidenciando a influência positiva de um pré-natal suficiente. Conclui-se que as estratégias de saúde pública devem abarcar características sociodemográficas de risco como norteadoras de campanhas e na busca ativa de mulheres em situações ameaçadoras.

3336

Palavras-chave: Pré-natal. fatores sociodemográficos. Morte materna.

¹ Discente do curso de medicina no Centro Universitário de Patos de Minas.

² Discente do curso de medicina no Centro Universitário de Patos de Minas.

³ Orientadora. Médica ginecologista e obstetra. Docente do curso de medicina no Centro Universitário de Patos de Minas.

ABSTRACT: Prenatal care has many beneficial effects on ensuring a healthy pregnancy for the mother-fetus binomial. On the other hand, obstacles related to sociodemographic characteristics mean that maternal adherence is not homogeneous in Brazil, contributing to harmful outcomes. The aim of this study is therefore to find out the sociodemographic profile of mothers who do not comply with prenatal care instructions and those whose pregnancy resulted in maternal death. This is a quantitative, descriptive, cross-sectional study carried out through a survey of the DATASUS databases between 2019 and 2023. Data was collected on the following variables: maternal age group, marital status, number of prenatal consultations and maternal death rate. In this sense, the sociodemographic variables that were related to a lower rate of adherence to prenatal care and/or a higher rate of maternal mortality were: northern and northeastern regionalities; brown, black or indigenous races; single women; lower maternal level of education; and teenage pregnancy. These findings are associated, among other factors, respectively, with the lack of access to services in certain regions and for certain races, difficulty in understanding guidelines, lack of support from spouses and greater exposure to risks. Direct causes were the main causes of death, showing the positive influence of sufficient prenatal care. The conclusion is that public health strategies should include sociodemographic risk characteristics as a guide for campaigns and in the active search for women in threatening situations.

Keywords: Prenatal care. Sociodemographic factors. Maternal death.

I. INTRODUÇÃO

3337

Atualmente o Ministério da Saúde orienta que o pré-natal seja iniciado logo que a mulher tome conhecimento da gravidez. Assim, preconiza-se o mínimo de seis consultas a serem realizadas, sendo uma no primeiro trimestre, duas do segundo trimestre e três no terceiro trimestre.¹ Tal acompanhamento tem como principal objetivo viabilizar para o binômio mãe-feto uma gestação segura e com um resultado satisfatório por meio de práticas que englobam de forma integrada e ordenada a prevenção, promoção de saúde, diagnóstico e tratamento.(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016)

Ademais, com a utilização da estratificação de risco obstétrico é possível oferecer às mulheres um atendimento coerente com suas necessidades e individualidades, possibilitando a diminuição de resultados adversos.(BRASIL, 2022) Segundo a OMS entre 2000 e 2020, a taxa de redução da taxa global de mortalidade foi de 2,7% entre 2000 e 2015 para -0,04% entre 2016 e 2020. Dado este que traz luz a um déficit nas ações de proteção à saúde materna.(WHO, 2023) No Brasil, no ano de 2019, os óbitos maternos se distribuíram em: 65,7% por causas obstétricas diretas, 30,4% por causas obstétricas indiretas e 3,9% por causas obstétricas inespecíficas.(BRASIL, 2021)

Nesse contexto, é imprescindível dar ênfase a relevância da assistência pré-natal que torna possível o rastreamento daquelas mulheres com maior risco para o desenvolvimento de complicações clínicas, gestacionais e anomalias fetais e a partir disso direcionar a um melhor planejamento.(ZUGAIB, 2023) Nesse sentido, a oferta de um pré-natal que contemple acolhimento e qualificação técnica, por meio de periodicidade e abrangência populacional das consultas, são aspectos fundamentais para redução da morbimortalidade materna. Apesar disso, ainda há importantes inconsistências no que tange a aderência homogênea desse cuidado pela população, tendo como obstáculo importante os fatores sociodemográficos.(DUBERSTEIN et al., 2021)

Consoante, empecilhos no que tange as dificuldades de acesso e a inadequação do pré-natal são proporcionais as desigualdades regionais do Brasil.(LEAL et al., 2020) Dessa forma, a atenção pré-natal foi percebida com cobertura diminuída e um início atrasado nas regiões Norte e Nordeste tendo como causa principal as barreiras de acesso.(VIELLAS et al., 2014) Ademais, gestantes adolescentes são as que mais apresentam condições de risco associados a complicações como hipertensão arterial além de terem maiores ocorrências de partos pré-termo e baixo peso ao nascer.(VALONI et al., 2020; ZUGAIB, 2023) Característica essa que evidencia a necessidade de políticas públicas direcionadas a esse público.(VALONI et al., 2020)

Destarte, justifica-se a importância de um estudo com essa temática para que uma melhor compreensão sobre a associação causal entre aderência ao pré-natal e fatores sociodemográficos e a influência desses na ocorrência de complicações obstétricas se faça. Assim, trabalhos como esse podem esclarecer e auxiliar na identificação dos diversos aspectos envolvidos, permitindo que sejam mitigados os impactos à saúde das mulheres gestantes.

Assim sendo, o presente estudo tem por objetivo identificar as características sociodemográficas das mulheres que aderem ao pré-natal de forma coerente às indicações do Ministério da saúde e qual a interferência disso na ocorrência de complicações que culminam em morte materna.

2. METODOLOGIA

2.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, do tipo transversal, realizada por meio de levantamento nas bases de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), especificamente na ferramenta TABNET, referente à associação entre fatores sociodemográficos, acompanhamento no pré-natal e mortalidade materna, no período de 2019 a 2023.

2.2. ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de um banco de domínio público, não foi necessária a submissão e aprovação do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

2.3. LOCAL DA PESQUISA

Os dados foram coletados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datapus), no endereço eletrônico (<http://www.datasus.gov.br>) correspondentes ao território nacional no período de 2017 a 2021.

2.4. COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no mês de outubro do ano de 2023. Foram coletados os dados referentes às variáveis: faixa etária materna, estado civil, número de consultas pré-natal e taxa de óbito materno.

2.5. ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, os dados foram alocados em uma tabela no Microsoft Excel para posterior análise. Por fim, foram apresentados na forma de tabela para a melhor representação dos achados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante da busca de dados e da análise destes foi possível inferir diversas características de grande valia para exposição no presente trabalho, a apresentação dos dados

será feita a partir das regiões brasileiras – regiões em que os estados que as compõem possuem diversas características em comum, possibilitando sua análise em conjunto.

A partir disso, é importante trazer os dados referentes ao acompanhamento ao pré-natal das diversas regiões do Brasil, uma vez que, quando bem executado pode trazer notáveis benefícios à mãe e ao feto. Sendo assim, analisando a tabela 1 pode-se perceber que, quando se avaliam as gestantes do Brasil como um todo, 71,3% realizaram 7 ou mais consultas pré-natal e 7,04% realizaram 3 ou menos consultas. No entanto, as desigualdades na assistência ficam evidentes quando se observa a adesão ao pré-natal de acordo com as regiões brasileiras.

Assim, nota-se que nas regiões Sul e Sudeste houve uma assistência adequada uma vez que 81,09% e 77,82%, respectivamente realizaram 7 ou mais consultas. Nas regiões Nordeste e Norte, porém, apenas 65,53% e 51,56 % das pacientes, respectivamente, realizaram 7 ou mais consultas. Esses dados podem ser corroborados quando se observa que dentre as pacientes que não realizaram nenhuma consulta, 25,78% e 35,19% das pacientes se encontravam nas regiões Norte e Nordeste, respectivamente. Por outro lado, nas regiões Sul e Centro-oeste apenas 7,11 e 6,90%, respectivamente não receberam atendimento pré-natal durante a gestação.

Nunes demonstra em seus estudos alguns dados conflitantes quando afirma que a região Nordeste foi a única com cobertura de consultas acima da média nacional, ao passo que as regiões com menor cobertura foram a região Norte, seguida da região Sul, Centro-Oeste e Sudeste.(NUNES et al., 2017) Este autor afirma ainda que apesar da assistência pré-natal no Brasil possuir elevada cobertura, ainda existem inconformidades no serviço, revelados pelos indicadores de proporção de aconselhamentos (orientações) e de acesso à realização de exames laboratoriais, além das diferenças da cobertura de alguns serviços entre as regiões brasileiras. Domingues corrobora tais dados, mostrando que houve um índice baixo de acompanhamento adequado ao pré-natal nas regiões Norte e Nordeste, ressaltando o contraste com as regiões Sul (com a melhor adequação), Sudeste e Centro-Oeste.

Tabela 1- Número de consultas por residência da mãe.

Região	Nenhuma	1 a 3 consultas	4 a 6 consultas	7 ou mais consultas	Ignorado	Total
Norte	63.033	190.942	494.341	802.646	5.641	1.556.603
Nordeste	86.052	263.614	1.004.014	2.618.816	23.702	3.996.198
Sudeste	60.903	213.707	909.921	4.252.375	27.062	5.463.968

Sul	17.399	64.724	275.902	1.554.871	4.532	1.917.428
Centro-Oeste	17.084	68.489	255.214	844.316	5.559	1.190.662
Total	244.471	801.476	2.939.392	10.073.024	66.496	14.124.859

Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

No que tange o aspecto demográfico cor/raça e a relação deste com a aderência as consultas durante o pré-natal, é possível notar uma vulnerabilidade importante associada a cor/raça preta e parda. Dados que podem ser vistos na **Tabela 2**.

Tabela 2- Número de consultas por cor/raça.

Cor/raça	Nenhuma	1 a 3 consultas	4 a 6 consultas	7 ou mais consultas	Ignorado	Total
Branca	41.715	147.226	701.924	3.869.814	15.994	4.776.673
Preta	17.412	58.750	191.755	593.716	5.404	867.037
Amarela	814	2.839	11.778	46.435	237	62.103
Parda	156.108	547.098	1.897.830	5.233.892	38.679	7.873.607
Indígena	8.026	22.926	48.623	51.720	616	131.911
Ignorado	20.396	22.637	87.482	277.447	5.566	413.528
Total	244.471	801.476	2.939.392	10.073.024	66.496	14.124.859

Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Diante dos dados apresentados na tabela acima, é possível notar que a população parda possui a maior representatividade (55,7%) frente a todos os outros grupos, predominando também entre as pacientes que não receberam nenhum atendimento pré-natal durante a gestação (63,85%). Além disso, nota-se que apenas 39,19% da raça indígena, 66,47% da raça parda e 68,47% da raça preta receberam 7 ou mais consultas, ficando todas abaixo da média nacional para esse mesmo número de atendimentos (71,31%). Por outro lado, 81,01% da raça branca e 74,77% da raça amarela realizaram 07 ou mais consultas pré-natal.

Desse modo, Leal e colaboradores trazem em seus trabalhos que as gestantes pretas e pardas possuem um maior risco de um pré-natal inadequado, como pode ser visto neste trabalho com a menor adesão proporcional da raça parda. Além disso, a população preta e parda possui indicadores da atenção ao pré-natal piores quando comparado a raça branca. Contudo, a autora traz um menor risco de cesariana quando comparado com as mulheres brancas (LEAL et al., 2017). Ainda, Nunes e seus colaboradores colocam que a menor taxa de 7 ou mais consultas de indígenas e pretas se deve a um menor acesso a tal serviço (NUNES et al., 2017).

Outro fator de grande importância para exposição, abrangendo a esfera social da população, é quanto a relação existente entre o pré-natal feito de maneira correta e o grau de instrução materno, dado que pode ser visto na **Tabela 3**.

Tabela 3- Nascimentos por residência da mãe por instrução da mãe por consultas pré-natal.

Instrução da mãe	Nenhuma	1 a 3 consultas	4 a 6 consultas	7 ou mais consultas	Ignorado	Total
Nenhum	6.448	11.262	17.337	20.638	636	56.321
1 a 3 anos	10.934	30.121	68.313	127.328	2.144	238.840
4 a 7 anos	58.056	217.196	566.637	1.147.379	13.499	2.002.767
8 a 11 anos	121.428	475.107	1.868.890	6.168.294	34.654	8.668.373
12 anos e mais	30.214	55.804	375.660	2.507.843	12.110	2.981.631
Ignorado	17.391	11.986	42.555	101.542	3.453	176.927
Total	244.471	801.476	2.939.392	10.073.024	66.496	14.124.859

Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Assim, quando se analisa o número de consultas pré-natal relacionado ao grau de instrução materno tem-se que 31,44% das pacientes sem nenhum grau de instrução realizaram apenas 3 consultas ou menos durante toda gestação. Em contraste com o dado acima, entre as pacientes com 12 ou mais anos de estudo, apenas 2,88% realizaram o mesmo número de consultas referidas e 84,10% realizaram 7 ou mais consultas. Com base no exposto, é possível inferir que o grau de instrução materno é diretamente proporcional ao número de consultas pré-natal.

Assim, de acordo com Antunes e colaboradores, o baixo nível de instrução da mãe se configura como um fator de risco, visto que é notado uma maior dificuldade para assimilar as orientações feitas pelos profissionais (ANTUNES et al., 2020). Contudo, Mario e colaboradores não encontraram relação direta entre a escolaridade e o acompanhamento ao pré-natal, mas mostra que outras variáveis, como a cor da pele se mostraram muito mais relacionadas (MARIO et al., 2019). Já Rosa; Silva e Costa, em contrapartida, colocam que a baixa escolaridade foi determinante para a não realização ou para número reduzido de consultas de pré-natal, sendo que em mulheres com escolaridade maior foi visto uma maior adequação, mesmo quando relacionado a baixa renda (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014).

Com o objetivo de enriquecer a análise dos fatores sociais, é importante considerar as relações em que as gestantes estão inseridas e as possíveis repercussões sobre

as consultas de pré-natal. Uma forma de verificar esse aspecto é lançando o olhar sobre o estado civil das gestantes, tal que pode ser visto na **Tabela 4**.

Tabela 4- Nascimentos por residência por estado civil e consultas pré-natal.

Estado civil mãe	Nenhuma	1 a 3 consultas	4 a 6 consultas	7 ou mais consultas	Ignorado	Total
Solteira	139.199	494.327	1.559.048	4.170.061	38.218	6.400.853
Casada	43.396	101.827	651.436	3.757.562	15.922	4.570.143
Viúva	461	1.374	4.941	17.266	105	24.147
Separada judicialmente	2.049	6.625	32.302	149.237	818	191.031
União consensual	48.638	187.574	656.924	1.883.776	9.604	2.786.516
Ignorado	10.728	9.749	34.741	95.122	1.829	152.169
Total	244.471	801.476	2.939.392	10.073.024	66.496	14.124.859

Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

Perante os dados explanados pela **Tabela 4**, é possível notar que as mulheres de todos os estados civis tiveram uma grande adesão ao pré-natal, sendo que as mulheres casadas se destacaram, com 82,21% destas tendo 7 ou mais consultas, seguidas por 78,12 das mulheres separadas judicialmente e 71,50% das viúvas. Por outro lado, as solteiras foram as que menos aderiram ao acompanhamento, sendo que apenas 65,14% tiveram 7 consultas ou mais, 2,2% não tiveram nenhuma consulta e 7,7% tiveram de uma a três consultas. Corroborando a informação acima, quando se avalia isoladamente todas as pacientes sem nenhuma consulta, 56,93% destas são solteiras.

Quanto a isto, Lopes e colaboradores citam que não possuir um companheiro é fator de risco para uma menor adesão ao pré-natal, assim, corroborando a maior prevalência relativa das solteiras com nenhuma consulta (LOPES et al., 2021). Concordando com esses dados, Pantoja e colaboradores citam que mulheres sem um companheiro apresentaram de duas a três vezes mais chances de diminuir o número de consultas realizadas (PANTOJA et al., 2021). Rosa; Silva e Costa, também citam a relação positiva que os parceiros exercem para a adequação ao pré-natal, citando que as mulheres solteiras possuíam risco 3 vezes maior de não adequação, quando comparado às casadas (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014).

Pode-se analisar dados quanto os nascimentos de acordo com a idade materna na **Tabela 5**.

Tabela 5: Idade materna por nascimento de acordo com a região.

Idade da mãe	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Total
< 10 anos	3	1	-	1	-	5
10 a 14 anos	20.622	38.157	23.517	7.714	7.673	97.683
15 a 19 anos	326.322	682.641	621.457	212.744	161.843	2.005.007
20 a 24 anos	445.766	1.034.170	1.257.181	443.915	299.318	3.480.350
25 a 29 anos	353.086	933.612	1.317.198	479.171	296.331	3.379.398
30 a 34 anos	245.681	763.597	1.231.978	433.495	246.272	2.921.023
35 a 39 anos	129.710	428.445	797.072	270.791	142.727	1.768.745
40 a 44 anos	32.817	108.543	203.335	65.845	34.311	444.851
45 a 49 anos	2.159	6.505	11.387	3.520	1.967	25.538
50 a 54 anos	207	419	671	187	166	1.650
55 a 59 anos	33	52	77	18	22	202
60 a 64 anos	12	41	21	6	15	95
65 a 69 anos	4	7	1	1	2	15
Ignorada	181	8	73	20	15	297
Total	1.556.603	3.996.198	5.463.968	1.917.428	1.190.662	14.124.859

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC.

Ao se observar a prevalência de nascimentos por faixa etária (tabela 5) as mulheres de 20 a 29 anos, se mostrou com o intervalo de idade mais expressiva, com 48,6% de todos os nascimentos. A taxa de gravidez na adolescência, diante dos dados, foi de 14,2%, sendo mais representativa no Norte, com 21,0%. Ademais, 67% dos nascimentos aconteceram nas regiões Nordeste e Sudeste, sendo 28,3% e 38,7% respectivamente.

A partir do exposto, Pereira e Oliveira em suas análises realizadas em uma área do estado de Ceará também mostraram elevadas taxas de gravidez na adolescência. Ainda indicam a gravidez nessa idade como um fator de risco devido as consequências para a gestante e para a família, tais como queda de renda e dependência econômica (PEREIRA; AUXILIADORA; OLIVEIRA, 2021). Além disso, Silva e colaboradores trazem em seus estudos a média de 20% na taxa de gravidez nesta faixa etária, esta que se aproxima da encontrada na **Tabela 5**, ressaltando também os riscos biológicos e psicossociais que a gravidez na adolescência pode trazer (SILVA et al., 2021). Domingues e colaboradores trazem em seus estudos que é vista uma maior adequação ao acompanhamento adequado ao pré-natal quando a mulher possui mais que 20 anos, evidenciando que mulheres mais jovens possuem taxas piores de acompanhamento (SOARES et al., 2015).

As mortes maternas podem advir de causas obstétricas diretas, sendo nesse caso um desfecho de complicações obstétricas no decorrer da gravidez, parto e puerpério ou indiretas em que sua etiologia está em patologias que acometem tais mulheres antes da gravidez ou que foram acentuadas pelas mudanças fisiológicas da mesma (SAÚDE; SAÚDE, 2021)

Diante do exposto, é importante correlacionar esses dados com as informações sobre a mortalidade materna, visto que esta pode advir de uma causa direta – correlacionando-se com fatores desenvolvidos durante a gestação, tendo esta como sua causa –, assim denotando um ponto de atenção e de ação, de forma a buscar que tal desfecho não venha a acontecer. Para tal exposição, pode-se observar na **Tabela 6** os óbitos referentes a cada região do país.

Tabela 6: Óbitos maternos por Região e tipo causa obstétrica.

Região	Obstétrica direta	Obstétrica indireta	Obstétrica não especificada	Total
Norte	834	544	47	1.425
Nordeste	1.809	1.163	69	3.041
Sudeste	1.836	1.624	137	3.597
Sul	460	473	50	983
Centro-Oeste	448	435	16	899
Total	5.387	4.239	319	9.945

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

De modo a considerar os dados apresentados na tabela acima, quanto ao tipo de causa de óbito materno, nota-se que há uma maior incidência das causas diretas (54,16%) quando comparado às causas indiretas (42,62%), sendo as causas obstétricas não especificadas responsáveis por apenas 3,20% de todas as causas.

Referente a isto, Silva e colaboradores trazem que a taxa de mortalidade materna direta é de 62,6%, demonstrando uma diferença de 8,4% do valor encontrado neste trabalho (SILVA et al., 2021). Ademais, Barreto em seu estudo encontrou dados que entram em dissonância com os aqui encontrados, uma vez que a causas obstétricas indiretas foram maiores que as diretas, trazendo a necessidade de atenção tanto nas causas de óbito relacionadas a gestação quanto nas condições prévias. Além disso, ela traz que as causas

diretas são mais evitáveis que as indiretas, assim, demonstrando uma ineficiência do sistema de saúde de agir sobre tal determinante (BARRETO, 2021).

Evidenciar a relação que a raça da população em questão tem com tal desfecho também é de grande relevância, e ainda, é importante que tais dados sejam expostos de acordo com a região, para melhor identificar as localidades que possuem maior incidência, indicando maior vulnerabilidade. Esses dados podem ser vistos na **Tabela 7**.

Tabela 7: Óbitos maternos por Região e Cor/raça.

Região	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Ignorado	Total
Norte	223	75	4	1.000	91	33	1.426
Nordeste	477	325	13	2.089	26	111	3.041
Sudeste	1.512	553	10	1.468	3	52	3.598
Sul	680	98	5	177	10	13	983
Centro-Oeste	290	81	1	496	18	13	899
Total	3.182	1.132	33	5.230	148	222	9.947

3346

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

A partir dos dados expostos referentes aos óbitos maternos de acordo com a cor/raça, nota-se que há uma maior incidência de óbitos na população feminina que se declara parda (52,57%), sendo seguida pelas que se declaram brancas (31,98%). Lançando um olhar para as regiões, pode-se notar que a maior incidência de mortalidade, das que declaram pardas, se dá no Norte (70,1%), Nordeste (68,7%) e no Centro-Oeste (55,2%) e das que se declaram brancas nas regiões Sudeste e Sul, sendo respectivamente 42,0% e 69,2%.

Barreto traz dados que vão de acordo com o que foi encontrado, mostrando uma maior mortalidade dentre as mulheres pardas e brancas, em seu trabalho também correlaciona tal indicador a uma menor renda das mulheres que vieram a óbito e ainda um acesso limitado ao serviço de saúde (BARRETO, 2021). Indo ao encontro do que foi exposto, Rodrigues, Cavalcante e Viana colocam em seu trabalho que mulheres de cor parda possuem um maior índice de vulnerabilidade e um maior risco de complicações que levem ao óbito(RODRIGUES; CAVALCANTE; VIANA, 2019).

Ademais, correlacionar tais dados com os anos de estudo que tais mulheres possuíam é de grande valor por evidenciar fatores sociais que podem indicar uma maior vulnerabilidade para piores desfechos na gestação, podendo chegar ao óbito, tal informação pode ser vista na **Tabela 8**.

Tabela 8: Óbitos maternos por Região e Escolaridade.

Região	Nenhuma	1 a 3 anos	4 a 7 anos	8 a 11 anos	12 anos ou +	Ignorado	Total
Região Norte	48	120	329	587	183	159	1.426
Região Nordeste	85	290	678	1.181	289	518	3.041
Região Sudeste	25	191	711	1.747	510	414	3.598
Região Sul	8	44	165	482	168	116	983
Região Centro-Oeste	9	48	152	419	196	75	899
Total	175	693	2.035	4.416	1.346	1.282	9.947

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

Diante do que foi apresentado na tabela acima, é possível dizer que quando se considera o total de óbitos maternos, o grupo de mulheres com os níveis de instrução de 8 a 11 anos foram as que tiveram as maiores taxas de mortalidade (44,4%) em todas as regiões, com destaque para a região Sul (49,0%). Ademais, vale ressaltar que as mulheres com menor instrução tem maior mortalidade na região Nordeste, uma vez que 48,6% dos óbitos das mulheres sem nenhuma instrução e 41,8% dos óbitos das que possuíam de 1 a 3 anos ocorreram nesta região. Tais dados são corroborados pelo trabalho de Barreto, uma vez que traz que as maiores taxas de mortalidade são referentes aos menores graus de instrução, colocando como uma possível causa a menor procura ao serviço de assistência, sendo que quanto maior a escolaridade, mais rápida a procura (BARRETO, 2021). Indo ao seu encontro, Rodrigues, Cavalcante e Viana trazem em suas pesquisas que menores índices de escolaridade possuem forte relação com a morte materna (RODRIGUES; CAVALCANTE; VIANA, 2019).

De forma a evidenciar outro fator social de grande impacto, como as relações sociais que tais mulheres estão inseridas, estas que podem ser determinantes neste período, é apresentado os dados da **Tabela 9**, indicando em quais regiões essas mulheres estão inseridas.

Tabela 9: Óbitos maternos por Região e Estado civil

Região	Solteiro	Casado	Viúvo	Separado judicialmente	Outro	Ignorado	Total
Norte	626	296	6	19	358	121	1.426
Nordeste	1.414	785	12	37	475	318	3.041
Sudeste	1.766	1.270	17	93	326	126	3.598
Sul	425	338	7	25	127	61	983
Centro-Oeste	399	300	4	23	128	45	899
Total	4.630	2.989	46	197	1.414	671	9.947

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

A partir dos dados apresentados na **Tabela 9**, foi possível notar que o maior número de mortes maternas é referente às mulheres que são solteiras (46,54%) em todas as regiões, quando comparado com os dados dos demais grupos. Tal diferença pode ser notada com maior evidência na região Sudeste, com uma representatividade de 49,1% das mortes sendo de mulheres solteiras. Também se faz relevante citar que a região Sudeste detém 36,2% dos óbitos, sem levar em consideração o estado civil.

Dado semelhante foi relatado por Santos e colaboradores, em que a maior taxa de mortalidade se deu nas mulheres em que o estado civil era solteiro. Além disso, levanta a questão da importância de um relacionamento como fator protetor, uma vez que mulheres que possuem um parceiro têm um maior aporte de suas necessidades, sejam no aspecto emocional ou no autocuidado, assim tendo uma taxa de mortalidade menor (SANTOS et al., 2023). Tal dado também é exposto pelo estudo de Feitosa-Assis e Santana, que traz uma taxa de mortalidade de 47,5% de mulheres solteiras, semelhante a encontrada nos dados aqui expostos (FEITOSA-ASSIS; SANTANA, 2020).

CONCLUSÃO

Esse trabalho evidenciou a grande interferência que determinados aspectos sociodemográficos podem exercer tanto na aderência correta ao pré-natal quanto nos desfechos negativos vivenciados pela mulher grávida. Assim, os dados apresentados neste estudo destacam que existe associação negativa estatisticamente significativa entre as seguintes variáveis sociodemográficas e a má adesão ao pré-natal e/ou maior índice de mortalidade materna: regionalidades Norte e Nordeste, cor ou raça parda, preta e indígena; menor nível de instrução/escolaridade, principalmente na região Nordeste; gestantes solteiras e por fim idade materna precoce (gravidez na adolescência). Além disso, as causas

diretas foram as representantes das principais causas de morte, o que revela o papel decisivo da adesão ao pré-natal e posterior diminuição de desfechos danosos a vida da mulher.

Tendo em vista o exposto é de suma importância que as estratégias governamentais estaduais levem em consideração essas características desafiadoras e englobem isso nas campanhas e na busca ativa daquelas mulheres que se enquadrem nos principais fatores de risco. Nota-se também a urgência na reestruturação do acesso ao pré-natal nas diferentes áreas geográficas brasileiras bem como às gestantes tidas como de maior vulnerabilidade para alcançar a equidade preconizada nos atendimentos à essa população.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, M. B. et al. Fatores sociodemográficos e condições de risco em gestantes de um ambulatório especializado do sul do Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 38, p. e1985, 6 jan. 2020.

BARRETO, B. L. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no Brasil no período de 2015 a 2019. **Rev Enferm Contemp.**, v. 10, n. 1, 2021.

BRASIL, M. DA S. Boletim epidemiológico. v. 52, n. 29, 2021.

BRASIL, M. DA S. **MANUAL DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO**. [s.l: s.n.].

3349

DUBERSTEIN, Z. T. et al. The Biopsychosocial Model and Perinatal Health Care: Determinants of Perinatal Care in a Community Sample. **Frontiers in Psychiatry**, v. 12, 17 nov. 2021.

FEITOSA-ASSIS, A. I.; SANTANA, V. S. Occupation and maternal mortality in Brazil. **Revista de Saude Publica**, v. 54, 2020.

LEAL, M. DO C. et al. **The color of pain: Racial iniquities in prenatal care and childbirth in Brazil**. **Cadernos de Saude Publica** Fundacao Oswaldo Cruz, , 2017.

LEAL, M. DO C. et al. Prenatal care in the Brazilian public health services. **Revista de saude publica**, v. 54, p. 08, 2020.

LOPES, D. DE L. et al. Perfil de partos e nascimentos na baixada Maranhense. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 5, p. e7297, 8 maio 2021.

MARIO, D. N. et al. Quality of prenatal care in Brazil: National Health Research 2013. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 1223-1232, 1 mar. 2019.

NUNES, A. D. DA S. et al. Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 3, p. 1-10, 29 set. 2017.

PANTOJA, I. DO N. et al. Associação entre número de consultas pré-natal e as características maternas e neonatais. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 10, p. e8843, 26 out. 2021.

PEREIRA, N. A.; AUXILIADORA, M.; OLIVEIRA, S. Perfil Obstétrico e Sociodemográfico de Gestantes Atendidas em um Centro de Saúde da Família Localizado em Sobral-Ceará **Obstetric and Sociodemographic Profile of Pregnant Women Assisted in a Family Health Center Located in Sobral-Ce. Revista Saúde e Desenvolvimento**, 2021.

RODRIGUES, A. R. M.; CAVALCANTE, A. E. S.; VIANA, A. B. Mortalidade materna no Brasil entre 2006-2017: análise temporal. **Revista Tendências da Enfermagem Profissional**, v. 11, n. 1, p. 3-9, 2019.

ROSA, C. Q.; SILVEIRA, D. S.; COSTA, J. S. D. Factors associated with lack of prenatal care in a large municipality. **Revista de Saude Publica**, v. 48, n. 6, p. 977-984, 2014.

SANTOS, J. L. P. P. et al. Mortalidade materna na Bahia: uma análise sociodemográfica. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 53-63, 11 jan. 2023.

SAÚDE, S. DE V. EM; SAÚDE, M. DA. **Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019. Boletim Epidemiológico**: 52. Brasília, 6 ago. 2021.

SILVA, I. O. S. DA et al. Intercorrências obstétricas na adolescência e a mortalidade materna no Brasil: uma revisão sistemática / **Obstetric complications during adolescence and maternal mortality in Brazil: a systematic review. Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 6720-6734, 2021.

3350

SOARES, R. M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, n. 3, 2015.

VALONI, G. R. et al. Associação dos fatores sociodemográficos e patológicos com os resultados perinatais de gestantes adolescentes no sul do Brasil. **Scientia Plena**, v. 16, n. 6, 28 jul. 2020.

VIELLAS, E. F. et al. Prenatal care in Brazil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 30, n. SUPPL1, 2014.

WHO. **World Health Statistics 2023 Monitoring health for the SDGs Sustainable Development Goals HEALTH FOR ALL**. [s.l: s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience**. [s.l: s.n.].

ZUGAIB, M. **Zugaib obstetricia**. São Paulo: Manole, 2023.