

## FATORES ASSOCIADOS AO PRÉ-NATAL TARDIO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

FACTORS ASSOCIATED WITH LATE PRENATAL CARE: A LITERATURE REVIEW  
FACTORES ASOCIADOS CON LA ATENCIÓN PRENATAL TARDÍA: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

Raiani Tirelli Acosta Martins Cunha<sup>1</sup>  
Camila de Souza dos Santos<sup>2</sup>

**RESUMO:** Esse artigo buscou descrever os fatores associados ao pré-natal tardio e suas consequências. As dificuldades ocorrem por diversos fatores, incluindo barreiras socioeconômicas, culturais e estruturais, comprometendo a qualidade do cuidado materno-infantil dessas mulheres. A iniciação do pré-natal tardiamente acarreta diversos fatores não benéficos para a gestante, tendo assim, uma predisposição em patologias e complicações gestacionais como sífilis congênita, morte neonatal, prematuridade. Contudo, além dessas complicações resultando em taxas de morte neonatal, também desfavorece o preparo psicológico para o parto, inibindo a garantia de uma perfeita estruturação do organismo fetal, precisando de cuidados diferenciados nos municípios. Os resultados apontam que em relação às características das gestantes, grande parte tinha entre (< 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, ≥ 50 anos), (44,2%). Segundo o Ministério da Saúde só em 2020, mais de 13,4 milhões de bebês nasceram prematuros em todo mundo, esse indicativo representa mais de 10% de todos os bebês que nasceram nos anos anteriores. Neste período, os dados apontados no Brasil demonstram que grande parte dos bebês prematuros era do sexo masculino (52,8%), na cor parda (54,2%) pesando entre 2.500 gramas ou pouco mais (54,7%).

65

**Palavras-chave:** Pré-natal tardio. Gestantes. Brasil.

**ABSTRACT:** This article sought to describe the factors associated with late prenatal care and its consequences. These difficulties arise from a variety of factors, including socioeconomic, cultural, and structural barriers, compromising the quality of maternal and childcare for these women. Late prenatal initiation leads to several unfavorable factors for the pregnant woman, thus predisposing her to pathologies and gestational complications such as congenital syphilis, neonatal death, and prematurity. However, in addition to these complications resulting in high neonatal death rates, it also impairs psychological preparation for childbirth, inhibiting the proper development of the fetal organism, requiring specialized care in the municipalities. The results indicate that regarding the characteristics of the pregnant women, most were between (<19 years, 20 to 29 years, 30 to 39 years, 40 to 49 years, ≥50 years) (44.2%). According to the Ministry of Health, in 2020 alone, more than 13.4 million babies were born prematurely worldwide, representing more than 10% of all babies born in previous years. During this period, data from Brazil show that most premature babies were male (52.8%), brown (54.2%), and weighing between 2,500 grams or slightly more (54.7%).

**Keywords:** Late prenatal care. Pregnant women. Brazil.

<sup>1</sup> Discente, Medicina UNEMAT.

<sup>2</sup> Doutora em Epidemiologia. Universidade de São Paulo.

**RESUMEN:** Este artículo buscó describir los factores asociados con la atención prenatal tardía y sus consecuencias. Estas dificultades surgen de una variedad de factores, incluyendo barreras socioeconómicas, culturales y estructurales, que comprometen la calidad de la atención materno-infantil para estas mujeres. El inicio prenatal tardío conlleva varios factores desfavorables para la gestante, predisponiéndola así a patologías y complicaciones gestacionales como sífilis congénita, muerte neonatal y prematuridad. Sin embargo, además de estas complicaciones que resultan en altas tasas de mortalidad neonatal, también perjudica la preparación psicológica para el parto, inhibiendo el desarrollo adecuado del organismo fetal, requiriendo atención especializada en los municipios. Los resultados indican que, en cuanto a las características de las gestantes, la mayoría se encontraba entre (<19 años, 20 a 29 años, 30 a 39 años, 40 a 49 años, ≥50 años) (44,2%). Según el Ministerio de Salud, solo en 2020, más de 13,4 millones de bebés nacieron prematuramente en todo el mundo, lo que representa más del 10 % de todos los bebés nacidos en años anteriores. Durante este período, los datos de Brasil muestran que la mayoría de los bebés prematuros fueron varones (52,8 %), de piel morena (54,2 %) y con un peso de entre 2500 gramos o ligeramente superior (54,7 %).

**Palabras clave:** Atención prenatal tardía. Mujeres embarazadas. Brasil.

## INTRODUÇÃO

O objetivo geral buscou descrever os fatores associados ao pré-natal tardio e suas consequências. Já os objetivos específicos foram: Analisar as dificuldades encontradas pelo paciente no acesso ao pré-natal; apresentar o processo assistencial da atenção pré-natal prestado às usuárias da ESF do Brasil; Apresentar a faixa etária das gestantes, segundo as pesquisas coletadas; descrever a rotina de Assistência Pré-Natal conforme preconizado pelo Ministério da Saúde no Brasil.

A iniciação do pré-natal tardiamente acarreta diversos fatores não benéficos para a gestante tendo assim uma predisposição em patologias e complicações gestacionais como sífilis congênita, morte neonatal, prematuridade. Contudo, além dessas complicações resultando em taxas de morte neonatal, também desfavorece o preparo psicológico para o parto, inibindo a garantia de uma perfeita estruturação do organismo fetal, precisando de cuidados diferenciados nos municípios (Brasil, 2017; Ramalho, 2014).

O pré-natal é a assistência do médico e enfermeiro prestados à gestante durante 9 meses de gestação, contribuindo para um acompanhamento de qualidade, prevenindo doenças e agravos, tanto para a gestante, quanto para o feto durante a gestação até o parto.

Esse acompanhamento é de suma importância, a saúde física e mental da gestante. É durante a iniciação do pré-natal que o médico solicita exames complementares e orienta sobre o tratamento se caso necessário, prescreve medicamentos padronizados para a gestante,

esquema vacinal e, orienta os cuidados que a mesma deve realizar, prevenindo patologias futuras. Conforme o coeficiente de mortalidade materna e infantil, esta se dá pela falta de assistência no pré-natal, as condições de assistência no parto, além dos aspectos biológicos da reprodução humana, além de presenças de doenças provocadas e ou agravadas por meio do ciclo gravídico (Coimbra, 2003, p. 457).

Existem inúmeras mulheres que não realizam o pré-natal corretamente, gerando complicações devido a não realização de exames laboratoriais e USG de períodos, causando abortamento precoce, não reconhecimento da hipertensão gestacional e diabetes gestacional, infecções crônicas (como HIV), problemas cardíacos, pulmonares ou renais em idade materna. A prevenção precoce da gestante na comunidade em que se insere e a motivação em manter o acompanhamento contínuo e regular do pré-natal, faz toda a diferença na promoção da saúde materno-fetal. As complicações mais comuns durante a gravidez são, ameaça de parto prematuro; anemia ferropriva na gravidez; diabetes gestacional; eclâmpsia; placenta prévia e algumas sorologias maternas reagentes como toxoplasmose, rubéola, sífilis, HIV, citomegalovírus.

No entanto, na prática, a garantia da realização do pré-natal em conformidade com o estabelecido, nem sempre é garantida em todas as regiões, afetando, em particular, os direitos e a saúde das mulheres. Em exemplo, áreas rurais na região Nordeste do país, onde apenas metade das mulheres recebeu pré-natal adequado.

Muitas dificuldades explicam as limitações que as mulheres enfrentam no acesso aos cuidados pré-natais de qualidade; incluindo a falta de conhecimento das mulheres sobre os seus direitos, o que não só constitui uma barreira ao acesso, como também à reivindicação do direito à saúde. Assim, a melhoria das oportunidades de acesso e de usufruto do direito à saúde anda de mãos dadas com a melhoria do conhecimento dos direitos, o que tem o potencial de empoderar as mulheres, permitindo-lhes agir com base nesse conhecimento.

Diante desse contexto, a APS tem papel fundamental como porta de entrada para o sistema de saúde e provedora do direito à saúde. A APS pode fortalecer ações voltadas para mulheres, famílias e comunidade, garantindo acesso resolutivo aos serviços e respeitando a diversidade cultural, sexual, étnica e religiosa, contribuindo para a construção da autonomia das mulheres. Para o cumprimento de tal papel, a territorialização da APS tem sido reconhecida como um importante processo social e político que respalda a implementação dos princípios

constitucionais do direito à saúde. A territorialização é um modelo de prestação de serviços de saúde pautado nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) com base em uma base territorial que delimita uma área cadastrada para a prestação de serviços.

Conforme dados levantados, existe algumas barreiras que atropelam seu direito à saúde, a saber: a) pessoal e equipamentos médicos limitados como percepção de negligência; b) prestação oportuna de serviços: o tempo é importante para a percepção e a vivência dos direitos; c) desinformação como barreira ao exercício dos direitos à saúde; e d) barreiras socioeconômicas. Essas barreiras afetam particularmente os direitos das mulheres em comunidades rurais, com níveis socioeconômicos e educacionais mais baixos, bem como das mulheres pardas e pretas, sob uma perspectiva interseccional, que já estão sob maior risco de saúde e atendimento pré-natal inadequado.

## MÉTODOS

A pesquisa realizada foi exploratória com caráter qualitativa, por meio de estudo primário, através de revisão bibliográfica, exploratória. De acordo com Gil (2019, p. 26-27) a pesquisa exploratória, proporciona maior conhecimento e familiaridade com o problema apresentado. E pesquisa descritiva descreve as características de uma população como fenômeno ou experiência para o estudo realizado, levando em conta os aspectos da formulação das perguntas que norteiam a pesquisa.

Foram descritos os dados coletados referentes à iniciação do pré-natal tardio, tendo como critério o país Brasil, no período dos últimos 5 anos. Para a coleta dos dados, os procedimentos técnicos que serão adotados na pesquisa bibliográfica, serão baseados em materiais disponíveis. O caminho considerado mais coerente a fim de contemplar os objetivos deste estudo será através de revisão de bibliográfica por meio das bases de dados Google e Scientific Electronic Library Online (Scielo) base de dados de revistas científicas da área Biomédica - Pubmed e Biblioteca Virtual em Saúde - BVS. Com os seguintes descritores: Pré-natal tardio, gestantes, Brasil. Keywords: Late prenatal care, pregnant women, Brazil.

A análise contemplou fontes relevantes relacionadas ao tema, priorizando a escolha de artigos recentes, e dados do Ministério da Saúde. O pré-natal é uma estratégia adotada na atenção primária com o intuito de acompanhar o ciclo gravídico puerperal, possibilitando a preparação materna para as mudanças psíquicas e fisiológicas futuras, bem como a prevenção e

detecção precoce de doenças gestacionais e fetais. Aos períodos de vulnerabilidade das fases de gestação pode-se dizer que o período embrionário da 1<sup>o</sup> a 8<sup>o</sup> semana possui maior risco de malformação, e período fetal de 9<sup>o</sup> a 38<sup>o</sup> semana de gestação.

Recomenda-se aos futuros profissionais da medicina, a desenvolverem técnicas para a realização de pesquisas mais aprofundadas sobre o tema, bem como pesquisas existentes desde o início da implantação do SISPRENATAL até o presente momento, inclusive pesquisas nas ESF detectando as falhas no preenchimento das fichas, para posterior correção, uma vez que, de acordo com muitos indicadores, haveria a possibilidade de subnotificações (Ferraz; Rodrigues; Lima, 2013).

Foram selecionados, desse modo, 10 (dez) estudos para análise e a elaboração desta revisão ocorreu ao longo do primeiro semestre do ano de 2025.

**Tabela 1.** Características Metodológicas da Pesquisa

Elemento Metodológico	Descrição
Tipo de Pesquisa	Exploratória, qualitativa e descritiva.
Natureza do estudo	Estudo primário com revisão bibliográfica.
Objetivo principal	Analisar dados e identificar padrões relacionados à iniciação tardia do pré-natal no Brasil nos últimos cinco anos.
Período de análise	Últimos 5 anos (2020–2025).
Fonte dos dados	Artigos científicos disponíveis em bases como Google Acadêmico, SciELO, PubMed e BVS.
Descritores utilizados	"Pré-natal tardio", "gestantes", "Brasil"; Keywords: "Late prenatal care", "pregnant women", "Brazil".
Crítérios de seleção dos estudos	Relevância temática, recorte temporal (últimos 5 anos), dados nacionais (Brasil), textos disponíveis em português e inglês.
Números de estudos incluídos	10 artigos selecionados.
Referenciais utilizados	Gil (2019), Ferraz; Rodrigues; Lima (2013), dados do Ministério da Saúde.
Foco temático da análise	Determinantes da iniciação tardia do pré-natal; papel da atenção primária; falhas no SISPRENATAL; riscos associados ao acompanhamento tardio.

**Fonte:** Dados da pesquisa (2025).

## RESULTADOS

### Evolução histórica da atenção pré-natal

O pré-natal teve início no século XX, pois neste período a saúde da mulher e do feto gerava grande preocupação, devido às taxas de mortalidade materna e infantil. Dessa forma, o objetivo do programa é prevenir as doenças, conscientizando as gestantes fazendo com que elas realizem o pré-natal na fase inicial da gestação (Dias apud Galleta, 2000). No que concerne à história da saúde pública, os autores explicam que a história da Saúde Pública, bem como da atenção materno-infantil sempre foi considerada prioridade, principalmente por se tratar da saúde da mulher na gestação.

A história do pré-natal no Brasil é pouco falada, mas sua criação foi por volta da década de 80, através dos movimentos feministas, bem como os profissionais de saúde, o Ministério da Saúde (MS) tendo como foco as gestantes. Já quanto o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), este foi criado pelo Ministério da Saúde no ano de 2000, seus objetivos é assegurar acesso universal, qualidade à gestação, ao parto, puerpério e período neonatal (Ferraz; Rodrigues; Lima, 2013). O pré-natal sistematiza um conjunto de condutas e orientações direcionadas às gestantes.

O sistema de saúde pública vigente no Brasil atualmente é conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS), implantado em 1988. É um dos maiores sistemas de atendimento público do mundo e oferece de forma gratuita aos seus usuários os serviços necessários à manutenção do estado de bem-estar biopsicossocial (Ferraz; Rodrigues; Lima, 2013).

### A importância do Primeiro Trimestre gestacional

O número total de consultas no pré-natal deve ser de no mínimo seis, com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas de acordo com o seguinte esquema: até a 28ª semana, mensalmente; da 28ª à 36ª semana, quinzenalmente; da 36ª à 41ª semana, semanalmente. Além disso, as gestantes devem ter pelo menos uma consulta com o dentista. (Teixeira, André, 2024).

O desafio central no atendimento das necessidades e direitos à saúde, dependem do fechamento do que identificamos como uma lacuna de desempenho, entre o que os arcabouços normativos e legais incentivam o sistema de saúde a fazer e, a falta de informação que afeta o

acesso, a igualdade, o respeito e a continuidade do tratamento entre grupos desfavorecidos de informações na sociedade, cujo direito à saúde é negligenciado.

As causas importantes de sangramento no primeiro trimestre incluem aborto espontâneo, gravidez ectópica e doença trofoblástica gestacional; 50% a 70% dos abortos espontâneos são devidos a anormalidades genéticas. O SG intrauterino deve ser visualizado por USTV, a visualização do saco vitelínico dentro do saco gestacional é evidência definitiva de gravidez intrauterina. (Silva, 2023).

A atividade cardíaca embrionária pode ser identificada com  $CRL > 5$  mm. Um SG com diâmetro médio do saco (MSD) de 8 mm ou mais sem saco vitelínico e um SG com MSD de 16 mm ou mais sem embrião são importantes preditores de uma gestação inviável. Uma GS com diâmetro médio do saco de 16 mm ou mais (USTV) sem um embrião é um sinal ultrassonográfico de gestação anembrionária. Uma diferença de  $<5$  mm entre o diâmetro médio do saco e o CRL acarreta um risco de aborto espontâneo de 80%.

Aproximadamente 20% das mulheres com sangramento no primeiro trimestre apresentam hematoma subcoriônico. A presença de uma massa anexial ovariana extra é o achado ultrassonográfico mais comum na gravidez ectópica. Outros achados incluem o sinal do anel tubário e hemorragia. Cerca de 26% das gestações ectópicas apresentam ultrassonografias pélvicas normais na US. A mola hidatiforme completa se apresenta com uma massa intrauterina complexa com múltiplas áreas anecoicas de tamanhos variados (aparência de tempestade de neve). (Teixeira, André, 2024).

Vinte e cinco por cento a 65% das gestações molares apresentam cistos teca-leutina associados. A malformação arteriovenosa do útero é uma causa rara, mas com risco de vida, de sangramento vaginal no primeiro trimestre. Os achados ultrassonográficos em uma paciente com sangramento no primeiro trimestre devem ser correlacionados com os níveis séricos de beta hCG para chegar a um diagnóstico clínico apropriado. É importante que se realize a US no 1º trimestre entre 7 a 13 semanas + 6 dias de gestação, por meio da medição do comprimento cabeça nádegas, para que seja considerado o método de maior precisão para estipular a IG, com margem de erro no máximo 5-7 dias. (Silva, 2023).

## DISCUSSÃO

Ferraz; Rodrigues; Lima, (2013) em seus estudos analisaram que os benefícios do pré-natal estão relacionados a assistência do médico, prestados à gestante durante 9 meses de



gestação, contribui para um acompanhamento de qualidade prevenindo doenças e agravos tanto para mãe quanto para o feto, durante a gestação até o parto.

Os possíveis riscos encontrados com a pesquisa, a iniciação do pré-natal tardiamente acarreta diversos fatores não benéficos para a gestante tendo assim uma predisposição em patologias e complicações gestacionais como sífilis congênita, morte neonatal, prematuridade. Contudo, além dessas complicações resultando em taxas de morte neonatal, também desfavorece o preparo psicológico para o parto, inibindo a garantia de uma perfeita estruturação do organismo fetal.

Segundo Teixeira e André, (2024) o pré-natal tardio é um tema preocupante, principalmente em se tratando do bem-estar materno e fetal, ou seja, materno-infantil, a má qualidade no acompanhamento pode comprometer a saúde da gestante e do bebê, podendo resultar em complicações severas principalmente em se tratando do primeiro trimestre de gestação onde os cuidados têm o condão de identificar e a tratar de maneira precoce os problemas de desenvolvimento fetal e o bem-estar materno.

Silva (2023) em seus achados relata que muitas mulheres realizam o pré-natal tardio devido os fatores socioeconômicos, principalmente aqueles que residem em locais distantes ou em periferias, nesses casos, o acesso muitas vezes se torna inviável ou ocorre tardiamente. Outro fator seria a falta de informação e os problemas de saúde que podem ocorrer durante a gestação, muitas mulheres enfrentam dificuldades de transporte, agendamento de consultas, realização de exames, bem como a assistência médica adequada.

Teixeira e André, (2024) concordam acrescentando que um dos fatores do pré-natal tardio seria a baixa escolaridade, segundo os autores, isso faz com o que haja um maior desconhecimento sobre os benefícios de se realizar o pré-natal. Além disso, segundo eles grande parte das mulheres analisadas, não compreendem a importância da necessidade da realização do pré-natal no início da gestação.

Almeida e Lira, (2024) concordam e afirmam que, o fator relevante para o pré-natal tardio, seria a gravidez não planejada, segundo eles esses problemas tendem a levar as gestantes a adquirirem problemas emocionais graves, como a depressão. A falta de preparo emocional pode levar ao parto prematuro, principalmente com gestantes em situação de vulnerabilidade ou adolescentes com idade inferior a 14 anos, devido ao medo, vergonha, insegurança e apoio familiar.



Lisboa (2022) relata que, a falta de conhecimento pode causar sérias consequências ao recém-nascido, podendo ocorrer problemas graves tanto para a gestante quanto para o bebê. Lisboa defende que, a ausência de exames e acompanhamento médico pode resultar em doenças severas a grave, como hipertensão gestacional, diabetes gestacional, infecções e má formação do feto. Além disso, a orientação adequada sobre alimentação saudável pode contribuir nos cuidados durante a gravidez, diminuindo as chances de complicações.

As dificuldades ocorrem por diversos fatores, incluindo barreiras socioeconômicas, culturais e estruturais, comprometendo a qualidade do cuidado materno-infantil dessas mulheres. Almeida e Lira (2024) descrevem que a precariedade da saúde pública seria o segundo obstáculo para as gestantes, principalmente no agendamento de consultas, por se tratar de uma grande demanda atualmente. Nos Postos de Saúde Familiar – PSF, faltam profissionais qualificados e material médico, isso desencoraja muitos pacientes, principalmente as mulheres que estão na fase gestacional, resultando em um acompanhamento inadequado (Almeida e Lira, 2024).

Além disso, a presença de algumas doenças crônicas como a depressão e a ansiedade tendem a representar um desafio adicional para a realização do pré-natal. Muitas mulheres que apresentam problemas psicológicos, possuem dificuldades em buscar ajuda, por falta de apoio e motivação. Grande parte das gestantes com essas características, enfrentam um sistema de saúde fragmentado, com inúmeras dificuldades em continuar o tratamento durante a gestão e após o nascimento do bebê.

De acordo com dados apresentados pelo Ministério da Saúde (2022) as macrorregiões brasileiras, principalmente as regiões Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste tiveram mais prevalência de nascimentos de bebês prematuros, devido a menor proporção de consultas realizadas. Além disso, a maioria das mães apresentaram ter poucos anos de estudo.

Segundo o Ministério da Saúde (2024), houve um aumento significativo no nascimento de bebês prematuros entre o período de 2012 a 2022. A crise mundial vivenciada devido o COVID-19, impactou o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde das gestantes no Brasil acarretando inúmeros nascimento prematuros conforme apresenta a (Tabela 1).

**Tabela 2.** Prevalência de nascimentos prematuros segundo a região, a UF e o ano – Brasil, 2012 a 2022.

Brasil/regiões/UF	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Região Norte</b>	<b>12,47</b>	<b>12,11</b>	<b>11,81</b>	<b>11,44</b>	<b>11,49</b>	<b>11,38</b>	<b>11,60</b>	<b>12,06</b>	<b>11,90</b>	<b>12,00</b>	<b>12,48</b>
Rondônia	10,17	9,58	8,82	9,07	9,06	8,31	9,10	9,28	10,35	10,58	11,13
Acre	13,37	12,01	12,47	12,67	13,70	13,82	14,02	13,72	14,81	13,73	13,66
Amazonas	12,23	11,86	12,12	11,04	10,50	11,15	11,18	11,41	11,25	11,47	12,05
Roraima	16,16	15,04	13,82	13,60	14,05	12,19	12,72	13,39	15,25	16,34	17,73
Pará	12,51	12,62	12,32	11,86	12,04	11,88	12,04	11,81	12,14	11,95	12,44
Amapá	13,04	10,97	10,52	12,31	12,66	12,31	11,48	21,48	11,21	12,61	12,93
Tocantins	12,93	12,38	10,72	10,56	10,83	10,20	11,19	10,86	10,93	11,47	11,56
<b>Região Nordeste</b>	<b>11,32</b>	<b>11,33</b>	<b>11,13</b>	<b>10,88</b>	<b>11,28</b>	<b>10,93</b>	<b>10,78</b>	<b>10,75</b>	<b>11,25</b>	<b>11,16</b>	<b>11,84</b>
Maranhão	10,80	11,26	11,23	10,97	11,47	10,92	10,76	10,67	11,04	10,88	11,56
Piauí	10,99	11,40	10,89	10,28	11,31	10,68	10,27	10,27	10,81	10,54	11,46
Ceará	11,59	11,64	11,78	11,57	12,14	11,90	11,80	11,59	12,25	12,40	13,32
Rio Grande do Norte	12,97	13,17	13,28	12,63	13,23	12,77	12,69	12,43	13,05	13,04	13,20
Paraíba	11,30	10,65	10,66	10,04	10,32	10,12	10,26	10,68	10,69	10,78	11,73
Pernambuco	11,88	11,81	11,62	11,18	11,39	10,74	10,56	10,59	11,10	11,10	11,40
Alagoas	11,89	11,40	10,59	10,62	11,44	10,53	9,84	9,10	11,21	10,95	11,83
Sergipe	9,20	8,79	8,70	9,59	10,03	10,05	10,41	9,56	9,84	9,70	10,71
Bahia	11,00	11,02	10,55	10,44	10,55	10,55	10,42	10,75	10,95	10,67	11,33
<b>Região Sudeste</b>	<b>12,21</b>	<b>11,70</b>	<b>11,22</b>	<b>10,75</b>	<b>11,01</b>	<b>10,92</b>	<b>10,99</b>	<b>11,05</b>	<b>11,24</b>	<b>11,30</b>	<b>11,72</b>
Minas Gerais	12,21	11,45	11,02	10,85	11,25	11,09	11,11	11,05	11,12	11,03	11,46
Espírito Santo	10,52	9,92	9,66	9,18	9,51	9,10	9,73	9,51	9,52	10,12	10,51
Rio de Janeiro	12,11	11,64	11,41	10,93	11,24	11,01	10,58	10,86	11,12	11,29	11,77
São Paulo	12,40	11,97	11,37	10,79	10,97	10,98	11,21	11,26	11,50	11,54	11,94
<b>Região Sul</b>	<b>11,85</b>	<b>10,97</b>	<b>10,86</b>	<b>10,57</b>	<b>11,00</b>	<b>10,84</b>	<b>10,97</b>	<b>11,13</b>	<b>11,23</b>	<b>11,35</b>	<b>11,65</b>
Paraná	11,88	10,47	10,30	9,65	10,31	10,19	10,47	10,59	10,83	11,07	11,17
Santa Catarina	11,44	10,85	10,82	10,82	11,13	10,59	10,41	10,46	10,75	10,58	10,84
Rio Grande do Sul	12,07	11,62	11,52	11,39	11,67	11,73	11,94	12,23	12,03	12,27	12,87
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>11,25</b>	<b>10,96</b>	<b>10,80</b>	<b>10,69</b>	<b>10,73</b>	<b>10,47</b>	<b>10,94</b>	<b>11,01</b>	<b>11,16</b>	<b>11,39</b>	<b>11,93</b>
Mato Grosso do Sul	12,38	12,02	11,84	11,88	11,56	11,89	11,32	11,68	12,18	12,14	13,04
Mato Grosso	10,89	10,52	10,56	10,47	10,19	10,21	10,35	10,42	10,80	11,57	12,34
Goiás	10,80	10,79	10,50	10,24	10,25	9,71	10,80	10,65	10,63	10,73	11,17
Distrito Federal	11,54	10,81	10,77	10,82	11,63	11,06	11,64	11,97	11,87	11,88	11,90
<b>Brasil</b>	<b>11,86</b>	<b>11,48</b>	<b>11,18</b>	<b>10,83</b>	<b>11,12</b>	<b>10,92</b>	<b>10,99</b>	<b>11,09</b>	<b>11,31</b>	<b>11,35</b>	<b>11,85</b>

**Fonte:** Ministério da Saúde (2024).

Em relação às características das gestantes, grande parte tinha entre (< 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, ≥ 50 anos), (44,2%). Com nenhuma escolaridade, ou de sete a 11 anos de escolaridade no máximo. O estado civil – solteira. Em se tratando de região, as regiões Sul e Sudeste apresentaram maior incidência em faixas etárias de 30 a 39 anos, estudaram entre 8 a 11 (57,8%), na cor parda ou negra (53,9%). As variáveis utilizadas para a caracterização dos casos (49,9%). Esses dados descritos ainda indicaram que a maioria realizou entre 7 ou mais consultas pré-natais (49,3%), gestações únicas (89,1%) o parto foi cesáreo (57%). Conforme a Tabela 2:

**Tabela 3.** Idade das gestantes – Proporção de nascimentos prematuros segundo a região e as características do recém-nascido, da mãe e da gestação – Brasil, 2012 a 2022.

Região	Norte (N = 437.188)		Nordeste (N = 1.073.446)		Sudeste (N = 1.488.862)		Sul (N = 506.717)		Centro-Oeste (N = 309.947)		Brasil (N = 3.816.160)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Sexo</b>												
Masculino	214.274	52,8	518.028	52,6	731.516	53,0	249.958	53,0	151.962	52,9	1.865.738	52,8
Feminino	191.532	47,2	465.374	47,3	649.059	47,0	221.338	46,9	135.173	47,0	1.662.476	47,1
Ignorado	234	0,1	876	0,1	799	0,1	214	0,0	231	0,1	2.354	0,1
<b>Raça/cor do RN</b>												
Branca	30.434	7,5	113.223	11,5	632.981	45,8	371.091	78,7	75.634	26,3	1.223.363	34,7
Preta	10.105	2,5	54.697	5,6	115.077	8,3	22.233	4,7	12.981	4,5	215.093	6,1
Amarela	986	0,2	3.148	0,3	7.403	0,5	1.159	0,2	2.027	0,7	14.723	0,4
Parda	334.618	82,4	745.843	75,8	597.138	43,2	69.336	14,7	165.791	57,7	1.912.726	54,2
Indígena	23.465	5,8	4.804	0,5	21.22	0,2	2.389	0,5	7.132	2,5	39.912	1,1
Ignorado	6.432	1,6	62.563	6,4	26.653	1,9	5.302	1,1	23.801	8,3	124.751	3,5
<b>Peso ao nascer (gramas)</b>												
< 500	1.431	0,4	7.326	0,7	9.308	0,7	2.649	0,6	1.831	0,6	22.545	0,6
≥ 500 e < 1.500	29.847	7,4	90.736	9,2	160.906	11,6	50.623	10,7	27.787	9,7	359.899	10,2
≥ 1.500 e < 2.500	109.506	27,0	298.145	30,3	525.513	38,0	182.478	38,7	99.220	34,5	1.214.862	34,4
≥ 2.500	264.325	65,1	587.697	59,7	685.590	49,6	235.746	50,0	158.508	55,2	1.931.866	54,7
Ignorado	931	0,2	374	0,0	57	0,0	14	0,0	20	0,0	1.396	0,0
<b>Apgar 1º minuto</b>												
< 7	43.121	10,6	142.493	14,5	218.000	15,8	79.171	16,8	40.713	14,2	523.498	14,8
≥ 7	338.882	83,5	801.106	81,4	1.141.677	82,6	389.671	82,6	243.212	84,6	2.914.548	82,6
Ignorado	24.037	5,9	40.679	4,1	21.697	1,6	2.668	0,6	3.441	1,2	92.522	2,6
<b>Severidade da prematuridade</b>												
Extremamente prematuro	17.131	4,2	49.854	5,1	70.187	5,1	21.491	4,6	13.103	4,6	171.766	4,9
Muito prematuro	36.067	8,9	90.784	9,2	128.657	9,3	41.459	8,8	24.293	8,5	321.260	9,1
Prematuro moderado a tardio	352.842	86,9	843.640	85,7	1.182.530	85,6	408.560	86,6	249.970	87,0	3.037.542	86,0
<b>Apgar 5º minuto</b>												
< 7	13.793	3,4	44.851	4,6	57.396	4,2	21.801	4,6	12.278	4,3	150.119	4,3
≥ 7	367.733	90,6	898.210	91,3	1.303.658	94,4	447.158	94,8	271.707	94,6	3.288.466	93,1
Ignorado	24.514	6,0	41.217	4,2	20.320	1,5	2.551	0,5	3.381	1,2	91.983	2,6
<b>Idade da mãe</b>												
< 19	115.380	28,4	223.466	22,7	201.752	14,6	66.116	14,0	52.206	18,2	658.920	18,7
20 a 29	187.588	46,2	441.013	44,8	593.490	43,0	205.761	43,6	131.866	45,9	1.559.718	44,2
30 a 39	92.394	22,8	285.012	29,0	519.045	37,6	178.192	37,8	92.738	32,3	1.167.381	33,1
40 a 49	10.543	2,6	34.608	3,5	66.641	4,8	21.330	4,5	10.437	3,6	143.559	4,1
50	71	0,0	173	0,0	434	0,0	108	0,0	114	0,0	900	0,0
Ignorado	64	0,0	6	0,0	12	0,0	3	0,0	5	0,0	90	0,0
<b>Escolaridade da mãe (em anos)</b>												
Nenhum	7.355	1,8	9.684	1,0	2.905	0,2	1.050	0,2	1.338	0,5	22.332	0,6
1 a 7	120.923	29,8	281.550	28,6	210.572	15,2	85.783	18,2	50.953	17,7	749.781	21,2
8 a 11	223.119	55,0	546.418	55,5	845.696	61,2	265.805	56,4	161.112	56,1	2.042.150	57,8
12 ou +	47.391	11,7	126.300	12,8	308.407	22,3	116.861	24,8	71.226	24,8	670.185	19,0
Ignorado	7.252	1,8	20.326	2,1	13.794	1,0	2.011	0,4	2.737	1,0	46.120	1,3

**Fonte:** Ministério da saúde (2024).

De acordo com o Ministério da Saúde só em 2020, mais de 13,4 milhões de bebês nasceram prematuros em todo mundo, esse indicativo representa mais de 10% de todos os bebês que nasceram nos anos anteriores. Neste período, os dados apontados no Brasil demonstram que grande parte dos bebês prematuros era do sexo masculino (52,8%), na cor parda (54,2%) pesando entre 2.500 gramas ou pouco mais (54,7%). Foram constatados ainda que a maioria dessas gestantes realizaram pré-natal tardio, sendo cerca de 86%.

Como forma de ampliar e reforçar o cuidado materno-infantil as diretrizes brasileiras têm realizado recomendações com base na Atenção Primária à Saúde (APS), por meio de ações desenvolvidas voltadas ao pré-natal, através de Estratégia Saúde da Família (ESF), como o ponto principal de atenção à saúde das gestantes, incluindo consultas, orientações sobre parto natural e aleitamento materno, imunizações, exames complementares, entre outros cuidados. Todas as ações seguem um protocolo minucioso visando uma gestação tranquila e segura. (Ministério da Saúde, 2024).

No Brasil, diversos estudos apontam que a assistência do pré-natal na APS é de ótima qualidade em todas as regiões do país, mas que possui predominância em determinadas regiões, como o Sudeste. No Sudeste, o desempenho apresentou-se satisfatório em relação ao primeiro contato da gestante devido à longitudinalidade e do cuidado, além disso, grande parte das equipes é participante do Programa Mais Médico, com modalidade em várias áreas da saúde, com maior proporção de visitas domiciliares, baseado no acolhimento humanizado implantado. Nesse caso os estudos apontam que as ações de pré-natal são mais qualificadas em equipes de APS por serem organizados pela ESF. (Ministério da Saúde, 2024).

A qualidade em saúde tem sido avaliada sob a perspectiva da integralidade ou cuidado integral, por meio de uma abordagem holística que considera aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais, juntamente com a oferta de ações humanizadas para a promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. A integralidade é um dos princípios mais relevantes do Sistema Único de Saúde, além de ser um atributo importante na avaliação da qualidade da APS, espaço privilegiado para sua expressão.

Problemas na integralidade das ações de saúde definidas em protocolos, consensos, guias e diretrizes oficiais para condições específicas de saúde refletem falhas na integralidade do cuidado e, conseqüentemente, na qualidade da APS, como evidenciado em estudos sobre saúde da mulher e da criança, de usuários com condições crônicas e idosos. Nessa perspectiva, a avaliação da integralidade de um repertório de ações de saúde é valiosa para estimar a integralidade do cuidado e, conseqüentemente, sua qualidade.

Dois importantes programas operacionalizam essa prioridade: o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e a Rede Cegonha, com ênfase no acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e



melhoria da qualidade da assistência pré-natal e vinculação da gestante à unidade de referência para o parto.

Em 2011, foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), em um processo avaliativo da atenção primária à saúde com foco na ESF, um dos maiores programas de avaliação de desempenho e incentivo à APS já desenvolvidos no Brasil e no mundo. O PMAQ não se caracterizou como um programa de pagamento por desempenho diretamente aos profissionais de saúde. (Ministério da Saúde, 2024).

O incentivo para melhorar o acesso e a qualidade estava associado a uma certificação complexa, que incluía a autoavaliação de profissionais e gestores, indicadores selecionados de fontes secundárias e avaliação externa, resultando no valor financeiro a ser transferido da gestão federal para os municípios. Atualmente, o PMAQ completou três ciclos, obtendo informações sobre diversos indicadores de qualidade da atenção à saúde na rede primária, incluindo o pré-natal, porém, publicações sobre o Ciclo III e comparações dos três ciclos de avaliação ainda são raras.

Lisboa (2022) acrescenta que a evolução da cobertura e dos indicadores de qualidade do pré-natal na atenção primária no Brasil ocorreu entre o período de 2012 a 2018, em uma análise inédita. O primeiro resultado deste estudo, relacionado à cobertura, foi positivo com a tendência sistemática de aumento da proporção de mulheres em acompanhamento pré-natal em UBS ao longo dos ciclos do PMAQ, passando de 71% para 81% no período. Segundo a última edição da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, 70% das brasileiras utilizaram o SUS quando precisaram de serviços de saúde.

No entanto, Silva (2023) corrobora afirmando que uma alta proporção de mulheres estão insatisfeitas com as atitudes dos médicos (42%), com a quantidade de informações fornecidas (46%) e com as atitudes da equipe médica (30%). Uma crítica, em particular, refere-se à falta de habilidades de comunicação por parte dos médicos e da equipe médica.

De acordo com Marques et al., (2020) em suas análises algumas gestantes receberam orientação somente por profissional médico, além de orientação referente uma possível visita à maternidade e os principais fatores de riscos gestacionais. Enquanto outras receberam informações e orientações apenas pelo enfermeiro, principalmente no cuidado do aleitamento materno, bem como do cuidado diário do recém-nascido. Já as que receberam orientação em

conjunto por médico e enfermeiro, receberam menos orientações sobre a maternidade e os sinais de riscos gestacionais.

Já existem evidências de que mulheres adequadamente acompanhadas durante a gestação apresentam melhores indicadores de saúde, como é o caso, por exemplo, de gestantes obesas ou com histórico familiar que necessitam realizar a prevenção e profilaxia da pré-eclâmpsia. Também é importante o papel da profilaxia com antibióticos nas infecções do trato urinário, que podem resultar em complicações maternas como abscesso perinefrítico e obstrução urinária, além do controle nutricional no caso do diabetes gestacional, responsável pelo parto prematuro.

O relatório Nacer no Brasil (2014) mostra que parte das gestantes nas regiões Norte e Nordeste tiveram o pré-natal realizado com enfermeiros, em contraste com as outras regiões do país, onde mais de 90% das gestantes foram atendidas por médicos (Viellas, 2014). No Brasil, as consultas pré-natais com médico e enfermeiro são complementares e não substitutivas. Os médicos são responsáveis por avaliar e tratar as gestantes, pela identificação precoce de sinais de risco e encaminhamento para os serviços de referência necessários.

O acompanhamento do primeiro trimestre é de extrema relevância, bem como a realização dos exames diagnósticos dentro dessa fase. O rastreamento da sífilis gestacional é realizado através do teste rápido não treponêmico (VDRL), que detecta anticorpos presentes na amostra sanguínea, devendo ser realizado no primeiro trimestre gestacional e repetido entre a 28ª e 38ª semana gestacional (Brasil, 2012).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos objetivos deste estudo, foi possível descrever os fatores associados ao pré-natal tardio e suas consequências. As dificuldades ocorrem por diversos fatores, incluindo barreiras socioeconômicas, culturais e estruturais, comprometendo a qualidade do cuidado materno-infantil dessas mulheres. As consequências do pré-natal tardio são as predisposições em patologias e complicações gestacionais como sífilis congênita, morte neonatal, prematuridade.

Uma assistência qualificada poderia evitar desfechos adversos durante a gestação, o parto e o puerpério, mas é necessário que gestores e profissionais de saúde da rede se empenhem em aprimorar a captação para o pré-natal precoce, de modo a impactar a proporção de gestantes

que realizam seis ou mais consultas. Apesar do aumento da cobertura pré-natal na rede primária, é preocupante que não se evidencie significativa melhora. O objetivo primário, é a identificação precoce de possíveis patologias, anormalidades ou complicações, as gestantes podem ser acompanhadas com base nas diretrizes da Organização das Nações Unidas (ONU) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

O número mínimo recomendado de seis consultas declinou em mais de dois pontos percentuais ao ano, o que não parece ter uma explicação razoável, visto que no período não houve registro de mudanças no protocolo, nem mudanças nas atribuições e funções das equipes no que se refere à captação precoce e ao acesso e fluxos dessas gestantes no sistema de saúde. Considerando as regiões, o mesmo comportamento foi observado, com as regiões Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste, apresentando os piores desempenhos. No Brasil, as diferenças regionais podem ser decorrentes de desigualdades socioeconômicas históricas, que afetam o sistema de saúde como um todo.

No âmbito da assistência pré-natal, o Ministério da Saúde, em consonância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), recomenda uma série de procedimentos a serem adotados pelos serviços e profissionais de saúde em prol da saúde materno-infantil, os quais estão organizados na diretriz de Atenção Pré-natal de Baixo Risco. O pré-natal é um dos programas prioritários oferecidos no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), pautado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalização, equidade e integralidade, para assegurar o direito constitucional de acesso universal e igualitário à saúde. (Ministério da Saúde, 2024).

79

Os primeiros cuidados da gestante deverão abranger avaliação clínica, exames complementares, identificação e investigação de fatores de risco. Sendo preferível que seja realizado de forma organizada e uma atenção contínua, realizando avaliações individuais e sequenciais pelo próprio médico da gestante, enfermeiro, técnico em enfermagem, dentre outros profissionais da equipe.

Assim, nota-se que existe uma lacuna de desempenho entre o que os marcos normativos e legais incentivam o sistema de saúde a fazer e o que o sistema realmente oferece em termos de acesso, igualdade, respeito e continuidade do tratamento entre certos grupos da sociedade cujo direito à saúde é negado enquanto seus riscos à saúde aumentam.



Vimos a importância do médico como interventor primário de prevenção de doenças, para que tenha uma menor probabilidade de ter futuras complicações. Portanto, os resultados deste estudo demonstraram que ainda existem lacunas a serem sanadas mesmo com programas estratégicos elaborados pelo Ministério da Saúde, principalmente às orientações ofertadas durante o acompanhamento do pré-natal.

Em contrapartida, observa-se que o Sistema único de Saúde vem buscando aprimorar e ampliar os direitos das gestantes, a um protocolo de atendimento de qualidade e humanizado.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. S. LIRA, E. S. A importância da consulta de enfermagem no pré-natal nas unidades básicas de saúde. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, Alagoas, v. 7, n.15, p. e151716, 2024. Doi: <https://doi.org/10.55892/jrg.v7i15.1716>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf) Acesso em: 27 jun. 2025.

COIMBRA, L. C. *et al.* Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, São Luís, v. 37, n. 4, p. 456–462, ago. 2003. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000400010>

CHICONELA, F. V.; CHIDASSICUA, J. B. Conhecimentos e atitudes das mulheres em relação ao exame preventivo do câncer do colo uterino. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Maputo, v. 19, n. 23, p. 1-9, 2017. Doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v19.41334>

DANTAS, D. da. S *et al.* Qualidade da assistência pré-natal no Sistema Único de Saúde. **Rev. enferm. UFPE online**, Teresina, v. 19, n. 23, p. 1365-1371, 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a230531p1365-1371-2018>

DIAS, B. R.; OLIVEIRA, V. A. C. Percepção de gestantes sobre a assistência de enfermagem realizada durante o pré-natal de risco habitual. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, São João Del Rei, v. 9, n. 23, p. e3264, 2019. Doi: <https://doi.org/10.19175/recom.v9i0.3264>

FERRAZ, D. D *et al.* Atenção pré-natal segundo indicadores de processo do SISPRENATAL através do programa de humanização do pré-natal e Nascimento. **Revista Enfermagem Revista**, Jacarepaguá, v. 16, n. 2, p. 84-97, 2013. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/enfermagemrevista/article/view/12925/10160> Acesso em: 27 jul. 2025.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

LISBOA, L. **Fases da gestação: marcos do desenvolvimento fetal**. Disponível em: <https://maemequer.sapo.pt/estou-gravida/como-cresce-o-bebe/por-trimestre/fases-da-gestacao/> Acesso em: 10 out. 2024.

MARQUES, B. L. *et al.* Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Escola Anna Nery**, Chapecó, v. 25, n. 1, p. e20200098, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico**. Perfil epidemiológico dos nascimentos prematuros no Brasil, 2012 a 2022. Vol. 55 – 30 setembro, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-13.pdf> Acesso em: 27 jul. 2025.

RAMALHO, T. S. **Intervenção do enfermeiro frente ao pré-natal tardio**. 2014. 34 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Malacacheta, 2014. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Intervencao\\_do\\_enfermeiro\\_frente\\_ao\\_pre\\_natal\\_tardio\\_na\\_estrategia\\_de\\_saude\\_da\\_familia\\_Santo\\_Antonio\\_do\\_Mucuri\\_Malacachetas\\_MG\\_462](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Intervencao_do_enfermeiro_frente_ao_pre_natal_tardio_na_estrategia_de_saude_da_familia_Santo_Antonio_do_Mucuri_Malacachetas_MG_462) Acesso em: 27 jul. 2025.

SILVA, C. A. L. da *et al.* **A importância da datação no primeiro trimestre da gestação. Promoção e proteção da saúde da mulher**, ATM 2025/2. Porto Alegre: UFRGS, 2023. p. 69-78, 2023. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/253137> Acesso em: 27 jul. 2025.

TEIXEIRA, E. R.; ANDRÉ, S. F. S. Ações dos enfermeiros na assistência ao pré-natal de alto risco: uma revisão integrativa. **Cuadernos de Educaciun y Desarrollo**, Porto Alegre, v. 16, n. 4, p. e4054, 2024. Doi: <https://doi.org/10.55905/cuadvi6n4-143>

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. S85-S100, 2014. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>