



**Faculdade de Medicina  
Nova Esperança**

De olho no futuro

FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DA FAMÍLIA E  
COMUNIDADE

BIANCA NUNES VIEIRA

**CORRELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DO PRÉ-NATAL E PREMATURIDADE NO  
NORDESTE: UMA ANÁLISE ECOLÓGICA COM DADOS DO SINASC (2015–2023)**

JOÃO PESSOA-PB  
2026

BIANCA NUNES VIEIRA

**CORRELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DO PRÉ-NATAL E  
PREMATURIDADE NO NORDESTE: UMA ANÁLISE ECOLÓGICA  
COM DADOS DO SINASC (2015–2023)**

Trabalho de Conclusão de Residência, sob orientação da Professora Layza de Souza Chaves Deininger, apresentado à Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE) como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Medicina da Família e Comunidade.

JOÃO PESSOA-PB  
2026

V713c

Vieira, Bianca Nunes

Correlação entre qualidade do pré-natal e prematuridade: uma análise ecológica com dados do SINASC / Bianca Nunes Vieira. – João Pessoa, 2026.

23f.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Layza de Souza Chaves Deininger.

Monografia (Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade)  
– Faculdade Nova Esperança - FAMENE

1. Prematuridade. 2. Pré-Natal. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Saúde Materno-Infantil. 5. Nordeste Brasileiro. I. Título.

CDU: 614:618.2

## FOLHA DE APROVAÇÃO



e-ISSN 2447-0961

Qualis CAPES 2017-2020: B1

### DECLARAÇÃO

Revista Contemporânea, ISSN 2447-0961, declara para os devidos fins, que o artigo intitulado **CORRELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DO PRÉ-NATAL E PREMATURIDADE NO NORDESTE: UMA ANÁLISE ECOLÓGICA COM DADOS DO SINASC (2015–2023)** de autoria de Bianca Nunes Vieira, foi publicado no v.6, n.1, de 2026.

A revista é on-line, e os artigos podem ser encontrados ao acessar o link:

<https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/issue/view/49>

DOI: <https://doi.org/10.56083/RCV6N1-056>

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Curitiba, 14 janeiro 2026

Equipe Editorial



Trabalho de Conclusão de Residência, sob orientação da Professora Layza de Souza Chaves Deiningner, apresentado à Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE) como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Medicina da Família e Comunidade.

Atribuição de nota: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

\_\_\_\_\_  
Professora Dr<sup>a</sup>. Layza de Souza Chaves Deininger

\_\_\_\_\_  
Membro da Banca Examinadora

\_\_\_\_\_  
Membro da Banca Examinadora

João Pessoa, \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_.

## RESUMO

**Introdução:** A prematuridade é uma das principais causas de morbimortalidade neonatal e permanece como relevante problema de saúde pública no Brasil, especialmente na região Nordeste, onde persistem desigualdades socioeconômicas e assistenciais. A qualidade do pré-natal é reconhecida como um dos principais fatores modificáveis associados ao risco de nascimento prematuro. **Objetivo:** Analisar a correlação entre a qualidade do pré-natal e a prematuridade na região Nordeste do Brasil, no período de 2015 a 2023. **Metodologia:** Estudo epidemiológico ecológico, observacional, descritivo e analítico, com dados secundários do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), obtidos via DATASUS. Foram analisadas variáveis maternas, assistenciais e demográficas, incluindo número e adequação das consultas pré-natal, idade gestacional, idade materna, escolaridade, raça/cor e estado civil. Realizou-se análise descritiva, cálculo de proporções e testes de correlação, com apresentação dos resultados em tabelas e gráficos. **Resultados:** Entre 2015 e 2023, o Nordeste registrou 789.024 nascimentos prematuros, correspondendo a 11,18% dos nascidos vivos. Observou-se predomínio da prematuridade tardia (32–36 semanas), maior ocorrência entre mulheres de 20 a 34 anos, com escolaridade entre 8 e 11 anos, raça/cor parda e estado civil solteiro. Embora a maioria das gestantes tenha realizado sete ou mais consultas pré-natal, identificou-se associação entre acompanhamento inadequado e maior gravidade da prematuridade, especialmente nas formas extrema e muito prematura. **Conclusão:** A prematuridade no Nordeste apresenta caráter multifatorial, fortemente influenciado por determinantes sociais e pela qualidade do cuidado pré-natal. Os achados reforçam a necessidade de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, com foco na captação precoce das gestantes, qualificação do pré-natal e redução das desigualdades sociais e regionais.

**Palavras-chave:** Prematuridade; Pré-natal; Atenção Primária à Saúde; Saúde materno-infantil; Nordeste brasileiro.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>9</b>
<b>3 METODOLOGIA</b>	<b>10</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>11</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>21</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>22</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A prematuridade — definida como o nascimento antes de 37 semanas completas de gestação — representa uma das principais causas de morbimortalidade neonatal no Brasil e no mundo (Frigotto et al., 2025). Apesar dos avanços nas políticas públicas de saúde materno-infantil, observa-se uma tendência crescente da taxa de nascimentos prematuros no país, sendo o Nordeste uma das regiões que concentra desafios significativos (Guimarães et al., 2017).

A literatura científica brasileira tem apontado que diversos fatores estão associados à prematuridade, sendo a qualidade e adequação do pré-natal uma das principais variáveis modificáveis (Vanin et al., 2019; Oliveira et al., 2019). A ausência ou insuficiência de consultas pré-natais, bem como a realização tardia ou descontinuidade do acompanhamento, têm relação direta com piores desfechos gestacionais, como baixo peso ao nascer, óbito fetal e prematuridade (Ramos de Oliveira et al., 2022; Hone et al., 2023).

Além disso, estudos mostram que fatores socioeconômicos, como baixa escolaridade materna, informalidade no trabalho e residir em áreas com infraestrutura precária, também contribuem para o aumento da incidência de nascimentos prematuros (Gonzaga et al., 2016; Leal et al., 2020). No entanto, mesmo em contextos de vulnerabilidade, estratégias como a ampliação da atenção primária e o monitoramento remoto de gestantes demonstraram impacto positivo na redução da prematuridade. Em Piracicaba (SP), por exemplo, gestantes monitoradas por telefone apresentaram taxas significativamente menores de partos prematuros (Tuon et al., 2016).

Conforme análise realizada em Divinópolis (MG), mulheres com menos de sete consultas pré-natais apresentaram quase quatro vezes mais chances de parto prematuro (Guimarães et al., 2017). De forma semelhante, Frigotto et al. (2025) identificaram tendência crescente da prematuridade em Curitiba, mesmo em contextos com histórico de cobertura pré-natal relativamente estável. Isso evidencia que o número absoluto de consultas não é o único indicador relevante — a qualidade, regularidade e o início precoce do cuidado são determinantes centrais (Leal et al., 2020).

Neste cenário, é urgente compreender os padrões de atenção pré-natal nas diferentes regiões brasileiras e suas correlações com os desfechos perinatais. No caso do Nordeste, onde persistem desigualdades estruturais e barreiras de acesso

aos serviços de saúde, a análise ecológica com dados secundários se apresenta como uma ferramenta potente para avaliar tendências populacionais e subsidiar políticas públicas.

Segundo Oliveira et al. (2019, p. 10), “a inadequação do pré-natal medeia os efeitos indiretos de vulnerabilidades socioeconômicas sobre a prematuridade”, o que reforça a importância de estudos que integrem variáveis contextuais ao debate. Ao mesmo tempo, estratégias de análise multivariada, como as aplicadas por Hone et al. (2023), demonstram que a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família pode contribuir não apenas para a redução da prematuridade, mas também para o enfrentamento de iniquidades em saúde.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo analisar a correlação entre a qualidade do pré-natal e a prevalência de prematuridade na região Nordeste do Brasil, no período de 2015 a 2023, utilizando dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Trata-se de uma análise ecológica que visa identificar padrões agregados e levantar hipóteses sobre a relação entre políticas públicas de atenção à gestante e desfechos neonatais adversos.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a correlação entre a qualidade do pré-natal e a ocorrência de prematuridade na região Nordeste do Brasil, no período de 2015 a 2023, com base em dados secundários do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Caracterizar o perfil demográfico, social e assistencial das gestantes com partos prematuros no Nordeste entre 2015 e 2023, segundo dados do SINASC.
2. Verificar a distribuição dos nascimentos prematuros por idade gestacional, estado de residência e variáveis maternas (idade, escolaridade, raça/cor e estado civil).
3. Avaliar a associação entre o número de consultas pré-natal realizadas e a gravidade da prematuridade, considerando a idade gestacional ao nascimento.
4. Analisar a adequação do pré-natal e sua relação com a incidência de nascimentos prematuros em diferentes estados da região Nordeste.

5. Identificar padrões e desigualdades regionais na assistência pré-natal e seus possíveis impactos na prevalência e gravidade da prematuridade.
- 6.

### **3 METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo epidemiológico, com delineamento ecológico, observacional, descritivo e analítico, de caráter retrospectivo, no qual foram analisados dados referentes aos nascidos vivos na região Nordeste do Brasil, registrados entre janeiro de 2015 e dezembro de 2023.

Foram incluídas na análise as seguintes variáveis: número de consultas de pré-natal, idade gestacional ao nascimento, ano do nascimento, município/estado de residência, faixa etária da mãe, escolaridade materna, raça/cor e estado civil da mãe.

As informações foram obtidas a partir do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), utilizando-se o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) como fonte primária de dados. As variáveis foram agrupadas por unidade geográfica (estado), permitindo a construção de indicadores populacionais de qualidade do pré-natal e de prematuridade, com posterior análise da correlação entre esses parâmetros.

Os dados obtidos foram exportados em formato tabular e organizados em planilhas do programa Microsoft Excel®. A análise estatística foi realizada por meio do método de contagem direta e cálculo de proporções, complementada com teste de correlação de Pearson (ou Spearman, conforme distribuição dos dados), e eventualmente com regressão linear simples ou múltipla para avaliar a associação entre os indicadores analisados. Os resultados foram apresentados por meio de tabelas, gráficos e mapas temáticos, de forma a evidenciar a distribuição temporal, demográfica e regional dos nascimentos prematuros e sua relação com os indicadores de pré-natal no período estudado.

Por se tratar de um estudo baseado em dados secundários, provenientes de uma base pública e sem identificação individual dos sujeitos, não houve necessidade de submissão à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme estabelece a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que regula pesquisas com dados de domínio público.

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

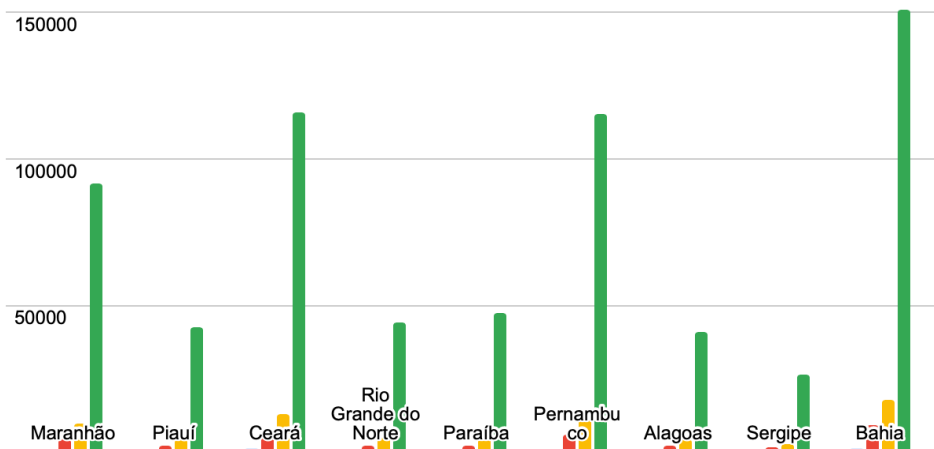
A prematuridade configura-se como um dos principais determinantes de morbimortalidade neonatal no Brasil, associando-se a desfechos adversos imediatos e de longo prazo, além de representar importante desafio para os sistemas de saúde. Entre 2015 e 2023, o Brasil registrou 2.822.918 nascidos vivos prematuros, evidenciando a magnitude do problema em escala nacional. A análise regional demonstra que a Região Sudeste concentrou o maior número absoluto de nascimentos prematuros, seguida pela Região Nordeste, que contabilizam 789.024 casos no período, ocupando a segunda posição nacional. Esse achado deve ser interpretado à luz da distribuição populacional e do volume total de nascimentos, uma vez que Sudeste e Nordeste são as regiões mais populosas do país, concentrando grande parte dos nascidos vivos, o que explica, em parte, os elevados números absolutos de prematuridade observados.

No contexto nordestino, observa-se distribuição heterogênea dos nascimentos prematuros entre os estados. Bahia (179.056 casos), Ceará (136.413) e Pernambuco (134.738) apresentaram os maiores quantitativos absolutos, seguidos por Maranhão (106.074) e Paraíba (54.230). Em contrapartida, Sergipe (30.469) e Alagoas (47.437) registraram os menores números. Esse padrão acompanha, em grande medida, o contingente populacional e o número total de nascimentos em cada unidade federativa, porém também sugere possíveis desigualdades na organização da atenção pré-natal e no acesso aos serviços de saúde, especialmente quando esses dados são analisados em conjunto com indicadores socioeconômicos e assistenciais.

**GRÁFICO 01** – Nascidos vivos prematuros no Nordeste (2015–2023), por idade gestacional

## Nascidos vivos prematuros no Nordeste (2015–2023), por idade gestacional

<22 semanas 22-27 semanas 28-31 semanas 32-36 semanas



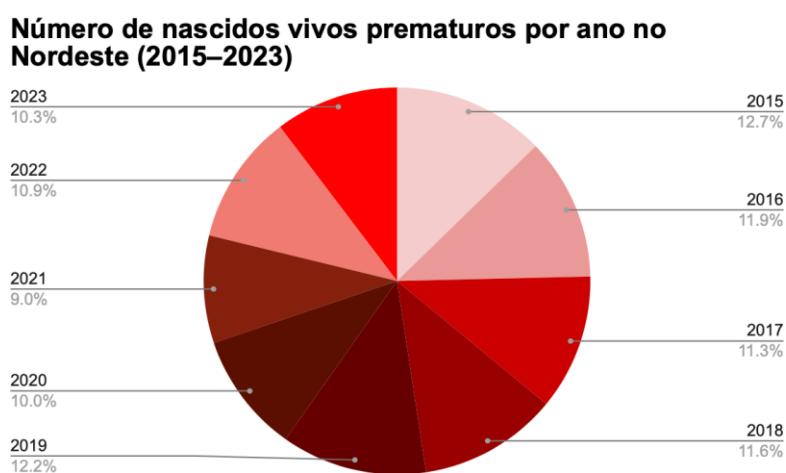
Fonte: Autoral

A análise da distribuição dos prematuros por idade gestacional evidencia claro predomínio dos nascimentos entre 32 e 36 semanas, totalizando 675.705 casos, o que caracteriza a prematuridade tardia como o principal componente do fenômeno na região. Os prematuros muito precoces e extremos (<32 semanas), embora representem menor proporção numérica, mantêm elevada relevância clínica devido ao maior risco de complicações e óbitos. Quando comparados ao conjunto total de nascidos vivos no Nordeste — 7.055.692 no período estudado —, os 789.024 nascimentos prematuros correspondem a aproximadamente 11,18%, proporção que se mantém elevada e estável ao longo dos anos. Esse achado indica que, apesar dos avanços na assistência obstétrica e neonatal, a prematuridade permanece como um evento frequente, sobretudo às custas de partos antecipados no final da gestação, muitos dos quais potencialmente preveníveis por meio de intervenções oportunas e qualificadas na Atenção Primária à Saúde. Quando analisados conjuntamente os nascimentos prematuros, a termo e pós-termo, observa-se que, dos 7.055.692 nascidos vivos registrados no Nordeste entre 2015 e 2023, a maioria ocorreu entre 37 e 41 semanas de gestação (5.826.966 nascimentos), enquanto os nascimentos pós-termo (≥42 semanas) corresponderam a 250.972 casos.

A análise por ano de nascimento demonstra que o número de nascidos vivos prematuros no Nordeste manteve-se relativamente estável ao longo do período estudado, variando entre 92.252 casos em 2015 e 83.936 casos em 2022, sem oscilações abruptas. Observa-se discreta redução progressiva a partir de 2019,

inclusive durante os anos de 2020 e 2021, período marcado pela pandemia de COVID-19, o que sugere que, ao menos no âmbito regional, não houve impacto expressivo na ocorrência global de prematuridade. A manutenção do predomínio da faixa de 32 a 36 semanas em todos os anos reforça a hipótese de que fatores estruturais e assistenciais, mais do que eventos conjunturais isolados, sustentam o padrão observado.

**GRÁFICO 02** – Número de nascidos vivos prematuros por ano no Nordeste (2015–2023)



Fonte: Autoral

No que se refere ao perfil etário materno, os resultados indicam que a maior concentração de nascimentos prematuros ocorreu entre mulheres de 20 a 34 anos, especialmente nas faixas de 20 a 24 anos (183.891 casos) e 25 a 29 anos (166.105 casos), que juntas responderam por parcela expressiva dos eventos no Nordeste entre 2015 e 2023. Embora a literatura frequentemente associada a prematuridade a extremos de idade materna, os dados regionais evidenciam que o fenômeno incide majoritariamente sobre mulheres em idade reprodutiva considerada biologicamente favorável, o que sugere que fatores extra biológicos, como condições socioeconômicas, acesso e qualidade da assistência pré-natal, desempenham papel central na determinação do desfecho.

Ainda que em menor magnitude absoluta, chama atenção o contingente expressivo de nascimentos prematuros entre adolescentes de 10 a 19 anos, que totalizou 163.385 casos no período analisado. Esse achado é particularmente

relevante do ponto de vista da saúde pública, uma vez que a gestação na adolescência permanece associada a menor escolaridade, maior vulnerabilidade social, menor adesão ao pré-natal e maior exposição a comportamentos de risco, fatores amplamente reconhecidos como determinantes da prematuridade. A elevada ocorrência de prematuros nesse grupo reforça a persistência de desigualdades estruturais e a necessidade de estratégias específicas de prevenção da gravidez não planejada e de fortalecimento do cuidado pré-natal precoce.

De forma semelhante, observou-se número expressivo de nascimentos prematuros entre mulheres com 35 anos ou mais, totalizando 126.685 casos, incluindo 96.904 entre 35 e 39 anos e 29.450 entre 40 e 44 anos. A literatura descreve esse grupo como biologicamente mais suscetível a intercorrências gestacionais, como hipertensão, diabetes e insuficiência placentária, condições que frequentemente culminam em interrupção precoce da gestação. Nesse sentido, os dados do Nordeste corroboram o entendimento de que a idade materna avançada permanece como fator relevante para a prematuridade, especialmente quando associada a comorbidades e a um acompanhamento pré-natal inadequado ou tardio.

Em conjunto, a distribuição etária dos nascimentos prematuros no Nordeste evidencia que a prematuridade não pode ser compreendida apenas como um evento restrito a grupos tradicionalmente considerados de risco extremo. Ao contrário, trata-se de um fenômeno que atravessa diferentes faixas etárias, com maior impacto absoluto justamente entre mulheres em idade reprodutiva central, o que reforça a importância de políticas universais de qualificação do pré-natal, associadas a ações focalizadas nos grupos mais vulneráveis, como adolescentes e gestantes em idade avançada.

No que se refere ao nível de escolaridade materna, observa-se que a maior parte dos nascimentos prematuros no Nordeste, entre 2015 e 2023, ocorreu entre mulheres com 8 a 11 anos de estudo, totalizando 462.841 casos, o que corresponde a aproximadamente 59% de todos os prematuros registrados na região. Esse padrão foi consistente em todos os estados nordestinos, com destaque para Bahia (104.299 casos), Pernambuco (79.474) e Ceará (82.061), refletindo tanto a magnitude populacional desses estados quanto a predominância desse nível educacional entre as mulheres em idade reprodutiva. Embora esse grupo represente um nível de escolaridade intermediário, os dados sugerem que a escolarização isoladamente não é suficiente para proteger contra a prematuridade, indicando a influência de fatores

estruturais associados ao acesso e à qualidade do cuidado pré-natal.

As mulheres com 4 a 7 anos de escolaridade também apresentaram número expressivo de nascimentos prematuros (168.143 casos), evidenciando um gradiente social claro, no qual níveis educacionais mais baixos se associam a maior ocorrência de desfechos adversos. Estados como Bahia (37.998), Pernambuco (28.561) e Ceará (25.559) concentraram os maiores números absolutos nesse estrato, reforçando o papel das desigualdades socioeconômicas regionais. Por outro lado, mães com 12 anos ou mais de estudo apresentaram menor número total de prematuros (110.795 casos), o que, mesmo considerando diferenças populacionais, sugere um efeito protetor da maior escolaridade, possivelmente mediado por melhor acesso à informação, maior adesão ao pré-natal e maior capacidade de navegação no sistema de saúde.

Chama atenção que os extremos de escolaridade — mães sem nenhuma instrução formal ou com 1 a 3 anos de estudo — representaram uma proporção relativamente menor do total de prematuros (5.786 e 26.708 casos, respectivamente). Esse achado não deve ser interpretado como menor risco individual, mas sim como reflexo da menor representatividade desses grupos na população geral de gestantes, além de possíveis limitações de registro. Ainda assim, a presença consistente desses casos em todos os estados aponta para bolsões de vulnerabilidade social que persistem no território nordestino e que demandam estratégias específicas de busca ativa e acompanhamento na Atenção Primária à Saúde.

De forma integrada, a análise da escolaridade materna evidencia que a prematuridade no Nordeste está fortemente relacionada a determinantes sociais da saúde, não se restringindo apenas aos grupos tradicionalmente considerados de maior risco extremo. A concentração de casos entre mulheres com escolaridade intermediária reforça a necessidade de políticas públicas que transcendam ações focalizadas apenas na pobreza extrema, incorporando estratégias de qualificação do cuidado pré-natal, ampliação do acesso oportuno aos serviços de saúde e redução das desigualdades regionais. Nesse contexto, a escolaridade deve ser compreendida não apenas como variável isolada, mas como marcador de um conjunto mais amplo de condições sociais, econômicas e assistenciais que influenciam o risco de nascimento prematuro.

relacionado à Escolaridade Materna (2015–2023)

<b>Escolaridade</b>	<b>&lt;22 semanas</b>	<b>22-27 semanas</b>	<b>28-31 semanas</b>	<b>32-36 semanas</b>	<b>Total</b>
<b>TOTAL</b>	<b>4.738</b>	<b>35.716</b>	<b>72.865</b>	<b>675.705</b>	<b>789.024</b>
<b>Nenhuma</b>	54	249	640	4.833	5.776
<b>1 a 3 anos</b>	180	1.080	2.640	22.888	26.788
<b>4 a 7 anos</b>	942	7.178	15.398	144.085	167.143
<b>8 a 11 anos</b>	2.910	21.847	42.619	395.465	462.841
<b>12 anos e mais</b>	593	4.631	9.562	96.009	110.795
<b>Ignorado</b>	109	731	1.466	12.445	14.751

Fonte: Autoral

Quanto à raça/cor da mãe, observou-se predominância expressiva de nascimentos prematuros entre mulheres pardas, que corresponderam a 599.040 casos, seguidas por mães brancas (86.765) e pretas (46.544). Embora esse padrão reflita, em parte, a composição demográfica da população nordestina, a magnitude observada reforça discussões sobre iniquidades raciais em saúde, especialmente quando considerada a intersecção entre raça/cor, escolaridade e acesso ao pré-natal. A presença de registros classificados como “ignorados” também evidencia limitações na qualidade do preenchimento das informações, aspecto relevante para a interpretação dos dados.

No que se refere ao acompanhamento pré-natal, os dados evidenciam que, no Nordeste, a maior parte dos nascimentos prematuros ocorreu entre mulheres que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal (368.695 casos), seguidas daquelas com 4 a 6 consultas (290.664 casos). Ainda assim, observa-se um contingente expressivo de nascimentos prematuros associados a pré-natal insuficiente, com 100.336 casos entre 1 a 3 consultas e 20.671 casos sem nenhuma consulta registrada. Esses achados sugerem que, embora a ampliação do acesso ao pré-natal tenha ocorrido na região, a ocorrência de prematuridade não se restringe à ausência de acompanhamento, apontando para a influência de fatores como qualidade do cuidado,

início tardio do pré-natal, condições clínicas maternas e vulnerabilidades sociais.

A análise por estados do Nordeste revela heterogeneidade na distribuição dos nascimentos prematuros segundo número de consultas pré-natal. Estados como Bahia, Ceará e Pernambuco concentram os maiores números absolutos de prematuros em todas as categorias de acompanhamento, refletindo tanto o maior volume populacional quanto possíveis desigualdades na organização da rede de atenção pré-natal. Destaca-se que mesmo nesses estados, onde há elevado número de gestantes com 7 ou mais consultas, persiste grande volume de prematuridade, o que reforça a hipótese de que o número de consultas isoladamente não é suficiente para garantir a prevenção de desfechos adversos, sendo necessário considerar a resolutividade e a qualidade das ações desenvolvidas durante o acompanhamento.

Quando considerada a relação entre número de consultas pré-natal e idade gestacional ao nascimento, observa-se um padrão consistente de maior gravidade entre gestantes com acompanhamento insuficiente. As categorias “nenhuma consulta” e “1 a 3 consultas” concentram proporções mais elevadas de prematuridade extrema e muito prematura (<32 semanas), enquanto o grupo com 7 ou mais consultas apresenta maior concentração de nascimentos prematuros tardios (32 a 36 semanas). Esse gradiente reforça o papel do pré-natal como fator protetor parcial contra formas mais graves de prematuridade, ainda que incapaz de eliminá-la por completo. Aqui, recomenda-se a inserção de um único gráfico de barras empilhadas, demonstrando a distribuição da idade gestacional segundo número de consultas pré-natal, por sintetizar visualmente essa relação sem sobrecarregar a apresentação dos resultados.

**TABELA 02 – Número de nascidos vivos prematuros por idade gestacional no Nordeste, relacionado ao número de consultas pré-natal (2015–2023)**

<b>Consultas pré-natal</b>	<b>&lt;22 semanas</b>	<b>22-27 semanas</b>	<b>28-31 semanas</b>	<b>32-36 semanas</b>	<b>Total</b>
<b>TOTAL</b>	<b>4.738</b>	<b>35.716</b>	<b>72.865</b>	<b>675705</b>	<b>789024</b>
<b>Nenhuma</b>	496	2.439	3.012	14.724	20.671
<b>1 a 3</b>	1.911	11.662	15.083	71.680	100.336

<b>consultas</b>					
<b>4 a 6 consultas</b>	1.379	15.464	33.339	240.482	290.664
<b>7 ou mais consultas</b>	764	5.287	20.117	342.527	368.695
<b>Ignorado</b>	188	864	1.314	6.292	8.658

**Fonte:** Autoral

Por fim, ao considerar a adequação quantitativa do pré-natal, verificou-se que apenas 426.175 mães tiveram acompanhamento classificado como adequado ou mais que adequado, enquanto 174.681 foram classificadas como inadequadas e 6.628 não realizaram pré-natal. A concentração de pré-natal inadequado em estados com maior volume populacional, como Bahia, Pernambuco e Ceará, aponta para desafios persistentes na organização da atenção pré-natal, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Esses achados reforçam a necessidade de estratégias voltadas não apenas ao aumento do número de consultas, mas também à captação precoce da gestante e à qualificação do cuidado ofertado.

**TABELA 03** – Número de nascidos vivos prematuros por idade gestacional no Nordeste, relacionado à adequação de consultas pré-natal (2015–2023)

Adequação pré-natal	MA	PI	CE	RN	PB	PE	AL	SE	BA	Total
<b>TOTAL</b>	106.074	48.926	136.413	51.681	54.230	134.738	47.437	30.469	179.056	789.024
<b>Não fez pré-natal</b>	719	351	552	345	432	1.691	500	110	1.928	6.628
<b>Inadequado</b>	29.596	10.825	24.119	8.955	8.925	32.033	10.560	6.395	43.277	174.681
<b>Intermediári</b>	23.214	7.784	19.218	8.556	8.185	20.509	7.834	6.928	28.391	130.

<b>o</b>										619
<b>Adequado</b>	12.895	5.720	15.644	6.625	7.074	15.459	5.849	4.127	20.155	93.548
<b>Mais que adequado</b>	31.258	18.089	64.548	22.274	25.643	60.289	19.275	12.775	69.976	332.627
<b>Não classificado</b>	8.392	6.157	12.332	4.926	3.971	4.757	3.419	634	15.333	59.921

Fonte: Autoral

Por último, no que se refere ao estado civil materno e à realização de consultas pré-natal, observa-se que a maior parte dos nascimentos prematuros ocorreu entre mulheres solteiras, totalizando 372.758 casos, seguidas por aquelas em união consensual (200.433) e casadas (195.512). Esse padrão reflete, em parte, a distribuição demográfica das gestantes na região Nordeste, mas também pode indicar maior vulnerabilidade social e assistencial entre mulheres sem vínculo conjugal formal, especialmente no que diz respeito ao suporte familiar, estabilidade socioeconômica e continuidade do cuidado durante a gestação.

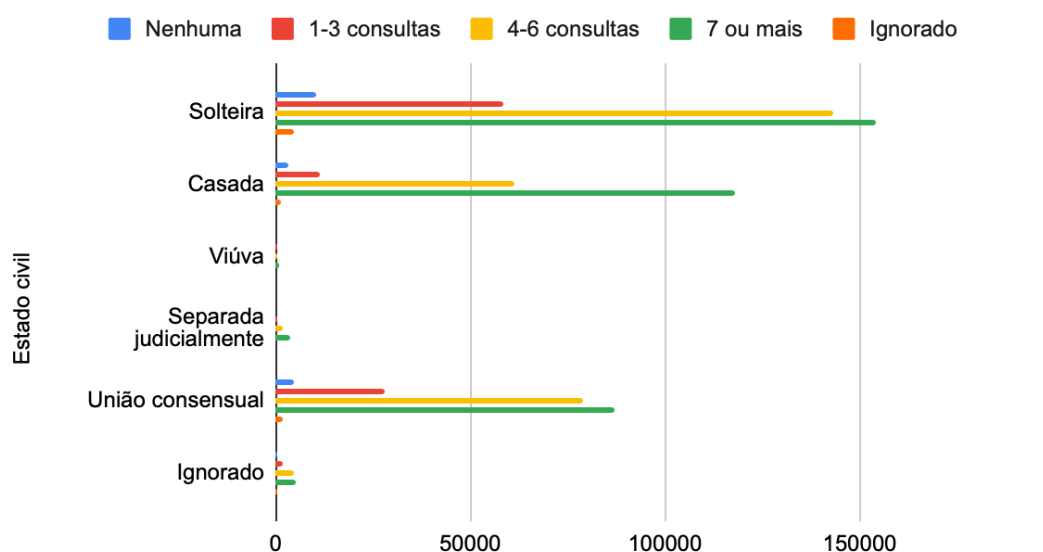
Ao analisar a adesão ao pré-natal segundo estado civil, verifica-se que, independentemente da categoria, predomina a realização de 7 ou mais consultas, especialmente entre mulheres solteiras (154.343) e em união consensual (86.941). Entretanto, chama atenção o número expressivo de gestantes que realizaram até três consultas ou nenhuma, sobretudo entre solteiras (68.606 casos) e mulheres em união consensual (32.734 casos). Esses achados sugerem que, embora muitas gestantes alcancem o número recomendado de consultas, ainda persiste um contingente relevante com acompanhamento insuficiente, possivelmente relacionado a barreiras de acesso, fragilidade do vínculo com os serviços de saúde e menor suporte social.

Do ponto de vista interpretativo, a associação entre estado civil, adesão ao pré-natal e ocorrência de prematuridade reforça o papel dos determinantes sociais da saúde na gênese do parto prematuro. Mulheres sem companheiro formal podem enfrentar maior sobrecarga emocional e econômica, o que pode impactar negativamente o início precoce e a continuidade do pré-natal. Assim, os dados apontam para a necessidade de estratégias específicas na Atenção Primária à Saúde que considerem o contexto social das gestantes, promovendo captação precoce,

acolhimento qualificado e estratégias de busca ativa, especialmente entre grupos socialmente mais vulneráveis, como forma de reduzir a incidência da prematuridade no Nordeste.

**GRÁFICO 03** – Número de nascidos vivos prematuros por estado civil da mãe e número de consultas pré-natal no Nordeste (2015–2023)

**Número de nascidos vivos prematuros por estado civil da mãe e número de consultas pré-natal no Nordeste (2015–2023)**



Fonte: Autoral

De forma integrada, os resultados deste estudo evidenciam que a prematuridade no Nordeste brasileiro configura-se como fenômeno multifatorial, fortemente influenciado por determinantes sociais, demográficos e assistenciais. A maior concentração de casos entre mulheres em idade reprodutiva central, com escolaridade intermediária, raça/cor parda e pertencentes a contextos de maior vulnerabilidade social demonstra que a prematuridade não se restringe a grupos extremos de risco biológico, mas atravessa diferentes perfis maternos. A associação consistente entre menor adequação do pré-natal e maior gravidade da prematuridade reforça o papel central da assistência pré-natal não apenas como estratégia de ampliação do acesso, mas como componente essencial da qualidade do cuidado, cuja efetividade depende do início oportuno, da continuidade e da resolutividade das ações desenvolvidas ao longo da gestação.

Nesse sentido, os achados apontam para a necessidade de fortalecimento da

Atenção Primária à Saúde no Nordeste, com foco na captação precoce das gestantes, estratificação de risco adequada, acompanhamento longitudinal e integração com a rede de atenção obstétrica. Estratégias direcionadas a grupos socialmente mais vulneráveis — como adolescentes, mulheres com menor escolaridade, sem companheiro formal e residentes em contextos socioeconômicos desfavoráveis — mostram-se fundamentais para a redução da prematuridade, especialmente das formas mais graves. Assim, a compreensão da prematuridade como expressão das desigualdades sociais em saúde reforça a importância de políticas públicas intersetoriais, capazes de articular ações assistenciais, educacionais e sociais, como caminho para a redução sustentável desse desfecho adverso no Nordeste brasileiro.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo demonstrou que a prematuridade permanece como um relevante problema de saúde pública no Nordeste brasileiro, com proporção elevada no período de 2015 a 2023, correspondendo a aproximadamente 11,18% dos nascidos vivos. Observou-se distribuição heterogênea entre os estados e predominância da prematuridade tardia (32 a 36 semanas), indicando a persistência de fatores estruturais e assistenciais que influenciam o desfecho.

Os achados evidenciaram associação da prematuridade com determinantes sociais da saúde, como escolaridade materna, raça/cor e estado civil, refletindo contextos de maior vulnerabilidade social. Embora a maioria das gestantes tenha realizado número considerado adequado de consultas pré-natais, a ocorrência de prematuridade mesmo nesses grupos aponta que o quantitativo de consultas, isoladamente, não garante proteção suficiente, reforçando a importância da qualidade, do início oportuno e da efetividade do cuidado.

Dessa forma, conclui-se que o enfrentamento da prematuridade no Nordeste exige o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, com foco na qualificação do pré-natal, na redução das desigualdades sociais e na implementação de políticas públicas integradas, capazes de promover cuidado materno-infantil equitativo e de qualidade.

## **REFERÊNCIAS**

DAMASO, Eliana Lopes; ROLNIK, Daniel Lorber; CAVALLI, Ricardo de Carvalho; et al. Prediction of preterm birth by maternal characteristics and medical history in the Brazilian population. *Journal of Pregnancy*, Londres, v. 2019, p. 1–8, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1155/2019/4395217>

FRIGOTTO, Marcelle Fernandes da Silva; PAULA, Isabela Cristina Santos Freire de; DANIEL, Isabelle Cristina; et al. Time series and factors associated with prematurity in live births in Curitiba, Brazil: time series analysis between the years 2000 and 2021. *BMC Pregnancy and Childbirth*, Londres, v. 25, n. 1, p. 1050, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-025-08152-4>

GONZAGA, Isabel Clarisse Albuquerque; SANTOS, Sheila Lima Diogenes; SILVA, Ana Roberta Vilarouca da; CAMPELO, Viriato. Pré-natal e fatores de risco associados ao parto prematuro e baixo peso ao nascer em uma capital do Nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1965–1974, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.06162015>

GUIMARÃES, Eliete Albano de Azevedo; VIEIRA, Carolina Santiago; NUNES, Fernanda Daniela Dornelas; et al. Prematurity and associated factors in Divinópolis, Minas Gerais state, Brazil, 2008–2011: analysis of the Information System on Live Births. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 26, n. 1, p. 91–98, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000100010>

HONE, Thomas; BEEN, Jasper V.; SARACENI, Valeria; et al. Associations between primary healthcare and infant health outcomes: a cohort analysis of low-income mothers in Rio de Janeiro, Brazil. *The Lancet Regional Health – Americas*, Londres, v. 22, p. 100519, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100519>

LEAL, Maria do Carmo; ESTEVES-PEREIRA, Ana Paula; VIELLAS, Elaine Fernandes; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Prenatal care in the Brazilian public health services. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 54, e008, 2020. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>

OLIVEIRA, Adelaide Alves de; ALMEIDA, Marcia Furquim de; SILVA, Zilda Pereira da; et al. Factors associated with preterm birth: from logistic regression to structural equation modeling. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, e00211917, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00211917>

RAMOS DE OLIVEIRA, Clariana V.; NEVES, Paulo A. R.; LOURENÇO, Barbara H.; et al. Prenatal care and preterm birth in the Western Brazilian Amazon: a population-based study. *Global Public Health*, Londres, v. 17, n. 3, p. 391–402, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1865429>

TUON, Rogério Antonio; AMBROSANO, Gláucia Maria Bovi; SILVA, Sandra Maria Cunha Vidal e; PEREIRA, Antonio Carlos. Serviço de monitoramento telefônico para gestantes e impacto na prevalência da prematuridade e fatores de risco associados em Piracicaba, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 7, e00107014, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00107014>

VANIN, Luísa Krusser; ZATTI, Helen; SONCINI, Thaise; NUNES, Rodrigo Dias; SIQUEIRA, Louise Beni Staudt de. Maternal and fetal risk factors associated with late preterm infants. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 38, e2018136, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018136>

