Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Avaliação da qualidade do pré-natal identificada no momento do parto

Evaluation of prenatal care quality identified at the time of delivery

Evaluación de la calidad de la atención prenatal identificada en el momento del parto

Amanda Bastos dos Santos[1] , Mariana Borges de Carvalho[1], Bruna Porto Moreira[1], Maria Eduarda Martins Quirino[1], Ana Beatriz Silva Rios Agostini[1], Marina Luiza Veloso Ferreira,[1] Lorrane Michelli Teixeira[2,4], Juliana Barroso Zimmermmann[1,3,4].

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade do pré-natal em pacientes assistidas no momento do parto. **Métodos:** Foram avaliadas 169 pacientes atendidas no momento do parto. Utilizou-se o IKMT (índice de Kessner modificado por Takeda) e o IAAPN (índice de assistência e acesso pré-natal), classificando o pré-natal em adequado, intermediário e inadequado. Pelo IAAPN, o adequado foi classificado em superior, médio e baixo, de acordo com a pontuação obtida, sendo ≥ 8 adequado superior, ≥6 e < 8 adequado médio e < 6 e ≥ 4 adequado baixo. Para inadequado, considerou-se a pontuação < 4 a ≥2 pontos e desassistência quando a pontuação foi < 2. Para a avaliação estatística dos dados considerou-se p<0,05**. Resultados:** Estudou-se 169 pacientes com média de idade de 28,6 ± 6,53 anos. O IKMT identificou pré-natal adequado em 86,4% (n=146), inadequado em 5,3% (n=9) e intermediário em 8,3% (n=14). Para o IAAPN, a média dos pontos foi de 5,40 ± 1,13, sendo classificado como adequado baixo. **Conclusão:** O IKMT e o IAAPN mostraram pré-natal adequado, entretanto, para os dados do IAAPN houve perda na avaliação clínica, exames e orientação, o que mostra que apenas o acesso não garante a qualidade do pré-natal.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal, Educação pré-natal, Parto.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the quality of prenatal care in patients assisted at the time of delivery. **Methods:** 169 patients attended at the time of delivery were evaluated. The IKMT (Kessner index modified by Takeda) and the IAAPN (prenatal care and access index) were used to classify prenatal care as adequate, intermediate, and inadequate. According to the IAAPN, adequate care was classified as superior, medium, and low, according to the score obtained, with ≥8 being superior adequate, ≥6 and <8 being moderate adequate, and <6 and ≥4 being low adequate. Inadequate care was considered a score of <4 to ≥2 points, and lack of care was considered when the score was <2. For statistical evaluation of the data, p<0.05 was considered. **Results:** 169 patients with a mean age of 28.6 ± 6.53 years were studied. The IKMT identified adequate prenatal care in 86.4% (n=146), inadequate in 5.3% (n=9), and intermediate in 8.3% (n=14). For the IAAPN, the mean score was 5.40 ± 1.13, classified as low adequate. **Conclusion:** The IKMT and IAAPN showed adequate prenatal

[1] Faculdade de Medicina de Barbacena (FUNJOBE), Barbacena - MG.
[2] Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (EBSERH), Juiz de Fora - MG.
[3] Universidade Federal de Juiz de Fora. Faculdade de Medicina, Juiz de Fora - MG.
[4] High Risk Prenatal Care Group – Grupo de Pesquisa CNPq, Juiz de Fora - MG.

SUBMETIDO EM: 9/2025 | **ACEITO EM: 9/2025** | **PUBLICADO EM: 10/2025**

care, however, for the IAAPN data there was a loss in clinical evaluation, exams and guidance, which shows that access alone does not guarantee the quality of prenatal care.

Keywords: Prenatal care, Prenatal education, Delivery.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad de la atención prenatal en pacientes atendidas al momento del parto. **Métodos:** Se evaluaron 169 pacientes atendidas al momento del parto. Se utilizaron el IKMT (índice de Kessner modificado por Takeda) y el IAAPN (índice de acceso y atención prenatal) para clasificar la atención prenatal en adecuada, intermedia e inadecuada. Según el IAAPN, la atención adecuada se clasificó en superior, media y baja, según el puntaje obtenido, siendo 8 superior adecuada, ≥6 y <8 moderadamente adecuada, y ≤4 y 6 baja adecuada. Se consideró atención inadecuada una puntuación de ≤4 a >2 puntos, y falta de atención cuando la puntuación fue <2. Para la evaluación estadística de los datos, se consideró p<0,05. **Resultados:** Se estudiaron 169 pacientes con una edad media de 28,6 □ 6,53 años. El IKMT identificó una atención prenatal adecuada en el 86,4 % (n = 146), inadecuada en el 5,3 % (n = 9) e intermedia en el 8,3 % (n = 14). Para el IAAPN, la puntuación media fue de 5,40 ± 1,13, clasificada como baja. **Conclusión**: El IKMT y el IAAPN mostraron una atención prenatal adecuada, sin embargo, para los datos del IAAPN hubo una pérdida en la evaluación clínica, exámenes y orientación, lo que demuestra que el acceso por sí solo no garantiza la calidad de la atención prenatal.

Palabras clave: Atención prenatal, Educación prenatal, Parto.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a abrangência do pré-natal ganhou reforços com o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), estabelecido no ano de 2000 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000; MARIO DN, et al., 2019). Nessa época foi publicado pelo Ministério da Saúde, um Manual Técnico que visava os cuidados maternos para que a gravidez transcorresse em segurança, através de cuidados da própria gestante, do parceiro, da família e, especialmente, dos profissionais de saúde (BRASIL, 2000).

Esse programa visou alavancar o acesso, a cobertura e a qualidade do atendimento pré-natal, do parto, pós-parto e o cuidado com o recém-nascido. Assim, o pré-natal deve ser iniciado o mais precocemente possível, até no máximo o quarto mês de gestação, e ter no mínimo seis consultas de acompanhamento e incluir exames laboratoriais e de imagem (BRASIL, 2012). Para complementar esse processo, em 2011 o governo lançou a Rede Cegonha e, mais tarde, foi publicado o Caderno de Atenção à Saúde Básica, com a proposta otimizar o acesso e reduzir a mortalidade materna, em especial nas regiões norte e nordeste (BRASIL, 2011).

Entretanto, essas medidas não foram eficazes. Com a reorganização da Rede Cegonha, criou-se a Rede Alyne, em homenagem a mulher negra Alyne Pimentel, vítima de negligência médica e do sistema. Na época, a autópsia determinou hemorragia digestiva como causa da morte, situação tratável e evitável com recursos e protocolos adequados sendo executados (BRASIL, 2024). Dessa forma, pode-se dizer que os níveis de mortalidade materna e perinatal são influenciados não apenas pelas condições de vida, mas também pela qualidade da assistência obstétrica prestada à gestante.

Desta forma, é lícito afirmar que a mortalidade materna pode ser evitada com melhoria da qualidade na assistência e isso incluiu a oportunidade e acesso adequado ao pré-natal, consultas, realização de exames, uso correto de suplementos, vacinação, atendimento no parto e puerpério. Por isso, o melhoramento da atenção pré-natal é um elo nessa corrente de assistência, já que ela é capaz de modular desfechos desfavoráveis, incluindo as doenças hipertensivas, hemorragia, sepse, além de reduzir a ocorrência de prematuridade e baixo peso ao nascer (COUTINHO T, 2003; ZIMMERMMANN JB, et al., 2018; AMARAL FE, et al., 2016).

Na cidade de Barbacena, a Faculdade de Medicina está totalmente inserida na comunidade, prestando atendimento através dos professores e acadêmicos em toda a rede pública. Em 2016, avaliamos a qualidade do pré-natal, utilizando o índice de Kessner, modificado por Takeda (IKMT) e através de um sistema nomeado como Índice de Acesso e Assistência Pré-natal (IAAPN) criado para a avaliação qualitativa do pré-natal. Naquela época, a qualidade do pré-natal em Barbacena foi considerada adequada em 78,4% pelo IKMT e adequado intermediário pelo IAAPN.

Após 8 anos, entende-se que é o momento de reavaliar essa assistência. Para evitar a coleta em várias unidades de saúde, optou-se por avaliar o pré-natal no momento do parto, quando todas as consultas, exames e vacinação já foram realizados e devem estar anotados no cartão de pré-natal. Baseado no exposto, nos propomos avaliar a qualidade do pré-natal em gestantes atendidas no momento do parto.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo transversal onde foram estudadas pacientes no momento do parto, oriundas da rede pública de Barbacena. Os dados foram coletados a partir do cartão de pré-natal das pacientes (número de gestações, partos e abortos, número de consultas pré-natal, anotações destas consultas, exames prévios realizados, resultados ultrassonográficos, vacinação e suplementação. Quando o cartão não foi suficiente para a avaliação, dados foram perguntados às pacientes para esclarecimentos.

Em 2022, nasceram 1234 crianças vivas na cidade de Barbacena, segundo o DataSUS. Considerando a frequência de desvios na qualidade da assistência de 20%, já que no passado o pré-natal foi avaliado como adequado e intermediário por estudo prévio, erro beta de 20% e erro alfa de 5%, seriam necessárias 292 pacientes para essa avaliação. Por ser um estudo piloto, realizado no momento do parto, optou-se por utilizar no mínimo 20% do total sugerido no cálculo amostral, o que equivale a 58 pacientes.

Como critérios de inclusão foram pacientes internadas em trabalho de parto, a partir do terceiro trimestre, que permitissem que seus dados fossem coletados. Os critérios de não inclusão foram gestantes internadas por outra causa, que não concordassem em participar do estudo e gestantes internadas em trabalho de parto, mas para a inibição deste.

Para a avaliação da qualidade do pré-natal, usou-se o índice de Kessner modificado por Takeda (IKMT) que consiste na avaliação do número de consultas e idade gestacional no início do pré-natal, sendo considerado adequado quando foi ≥ (maior ou igual) a 6 consultas de pré-natal e o início deste foi realizado antes de 20 semanas (< 20 semanas). Considerou-se inadequado, quando houve menos de três consultas de pré-natal (< 3) ou início foi ≥ (maior que) 28 semanas e intermediário, as demais situações (TAKEDA S, 1993).

Além do IKMT, utilizou-se o índice de acesso e assistência pré-natal (IAAPN) realizado na Faculdade de Medicina de Barbacena, que se baseou em uma avaliação mais ampla, com acesso, avaliação clínica, avaliação complementar e orientações dadas às pacientes (AMARAL FE, et al., 2016).

Segundo esse índice, o pré-natal foi considerado adequado superior (quando a somatória de pontos for ≥ a 8 pontos), intermediário (quando a somatória de pontos for ≥ a 6 e < 8 pontos) e baixo (quando a somatória de pontos foi < 6 que seis pontos e ≥ 4 pontos). O pré-natal foi classificado como inadequado quando a somatória de pontos foi ≥ a dois pontos e < quatro pontos e como desassistência quando a somatória de pontos foi < que dois pontos (AMARAL FE, et al., 2016).

Este método permite a avaliação do acesso e da assistência. A assistência foi avaliada através do exame físico, exame complementares e orientação. O acesso foi avaliado através da idade gestacional no início do pré-natal e número de consultas conforme **Quadro 1**. Neste estudo, fizemos atualização do IAAPN quando consideramos os testes rápidos de sífilis, hepatites B e C e anti-HIV.

Quadro 1 - Avaliação do índice de acesso e assistência pré-natal

Dados a serem avaliados			0	1	2
Acesso	**Número de consultas em gestação a termo**		**<3**	**3 a 5**	**>6**
	Início do pré-natal em semanas		**>28**	**13 a 27**	**<13**
Assistência	Avaliação clínica	Nível 1 – PA, UF, BCF, peso, edema descritos	Nível 1 incompleto, independente dos exames de nível 2	Nível 1 completo + 1 dos exames de nível 2	Nível 1 e nível 2 completos
		Nível 2- exame de mamas e coleta colpocitológica no pré-natal			
	Avaliação complementar	Nível 1 – GS, Hemograma, glicemia de jejum, VDRL, EAS ou urocultura e anti-HIV – (Testes rápidos considerados)	Nível 1 incompleto, independente dos exames de nível 2 ou 3	Nível 1 completo, exames do nível 2 incompletos, independente se exames do nível 3	Todos os níveis completos
		Nível 2 – Sorologias para toxoplasmose, rubéola, hepatite B e C			
		Nível 3 – pelo menos 1 exame ultrassonográfico			
	Orientação	Prescrição de suplementação de ferro Prescrição de vacinas	Nenhuma orientação	Prescrição de um dos critérios	Prescrição dos dois critérios

Legenda: PA= pressão arterial, UF = altura uterina, GS = grupo sanguíneo.
Fonte: Santos AB, et al., 2025. Fundamentado em: Amaral FE, et al., 2016.

Os dados foram digitados em planilha Excel e depois exportados para o software Jamovi. Os testes estatísticos utilizados serão o Teste T ou a análise de variância ANOVA para comparação de médias entre grupos ou teste qui-quadrado para variáveis categóricas ou, quando necessário, o teste de Kruskall Wallis (Teste H). O nível de significância foi $p<0,05$. O projeto foi enviado via plataforma Brasil para avaliação da Comissão de ética e pesquisa (CEP) e aprovado sob o número CAAE: 80124424.3.0000.8307 e parecer 7.022.037.

RESULTADOS

Foram estudadas 169 gestantes atendidas em trabalho de parto em uma maternidade pública do estado de Minas Gerais. A média de idade das pacientes foi de 28,6 ± 6,53 anos, com média de gestações de 2,18 ± 1,24, partos de 1,70 ± 1,14 e abortos de 0,36 ± 0,68. A média de início do pré-natal foi de 10,3 ± 5,37 semanas, sendo a maior idade gestacional para início do pré-natal foi de 33 semanas (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Apresentação dos dados obstétricos das pacientes atendidas no momento do parto.

	Média	Desvio padrão
Idade	28,6	6,53
Gestações	2,18	1,24
Partos	1,70	1,14
Abortos	0,36	0,68
Início do pré-natal em semanas	10,3	5,37

Fonte: Santos AB, et al., 2025.

Em relação ao tipo de parto realizado a frequência de cesárea foi de 76,3% (n=129) e de parto vaginal foi de 23,7% (n=40). Realizou-se associação entre o tipo de parto e dados epidemiológicos das pacientes (**Tabela 2**).

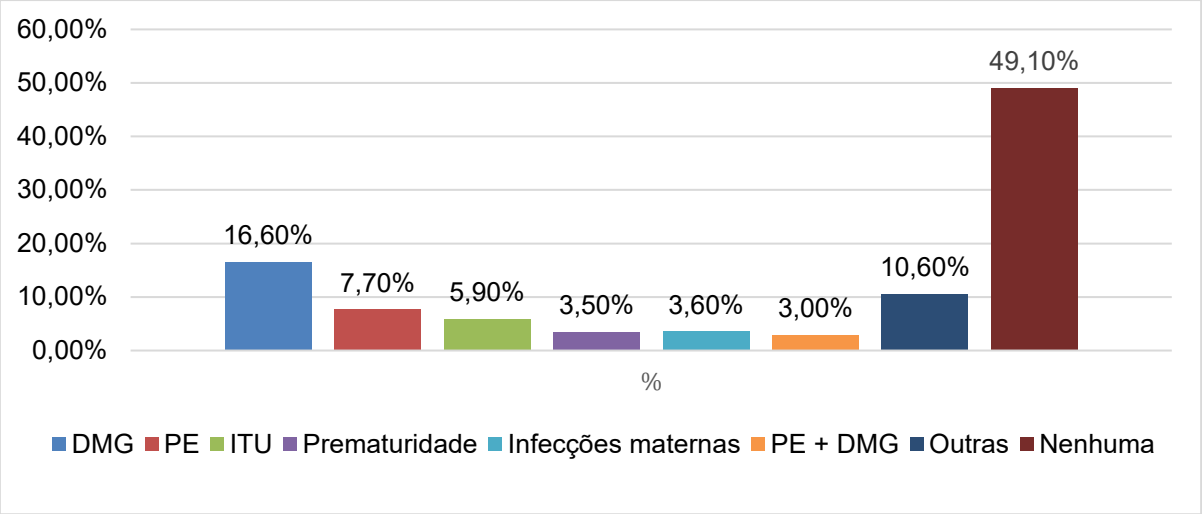
Tabela 2 - Associação entre o tipo de parto e dados epidemiológicos das pacientes atendidas no momento do parto.

	Parto vaginal	Cesariana	Valor de p/ Teste T
Idade	27,4	28,9	0,2
Gestações	2,3	2,1	0,4
Partos	1,9	1,6	0,08
Abortos	0,32	0,37	0,70
Início do pré-natal em semanas	11,7	9,8	0,05

Fonte: Santos AB, et al., 2025.

As principais complicações identificadas no pré-natal foram o diabetes gestacional (n=28; 16,6%), pré-eclâmpsia (n=13; 7,7%), infecções maternas representada por sífilis, HIV e Toxoplasmose (n=6; 3,6%), infeção urinária (n=10; 5,9%), pré-eclâmpsia associada à diabetes gestacional (n=5; 3,0%), prematuridade (n=6; 3,5%), outras (n=18; 10,6%). Entretanto, a muitas pacientes não apresentaram intercorrência no pré-natal, identificadas no cartão de pré-natal (n=83; 49,1%) (**Figura 1**).

Figura 1 - Frequência de complicações identificadas no pré-natal das pacientes atendidas em trabalho de parto, coletadas do cartão de pré-natal.



Fonte: Santos AB, et al., 2025.

A avaliação da qualidade do pré-natal através do IAAPN foi realizada quantitativamente pelos critérios de pontos (acesso, avaliação clínica, avaliação complementar e orientação). A média de pontos da avaliação clínica foi de 1,1 ± 0,5, da avaliação complementar foi de 1,8 ± 0,4 e da orientação foi de 1,4 ± 0,6. A avaliação total dos pontos foi de 8,0 ± 0,6 pontos, sendo classificado como adequado superior, segundo os critérios estabelecidos pelo IAAPN em 2016. Em relação ao IAAPN, o pré-natal foi classificado como adequado superior, quando a somatória de pontos for ≥ 8. Os dados são apresentados na **Tabela 3**.

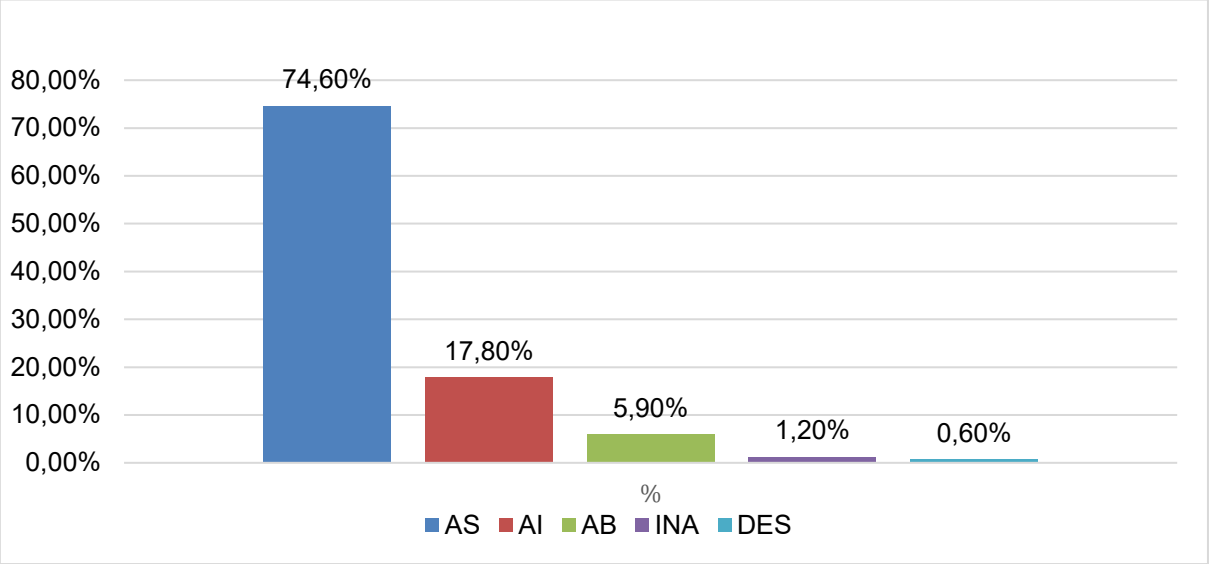
Tabela 3 - Cálculo do IAAPN e classificação do pré-natal.

Dados avaliados		Acesso				Assistência						Total		Classificação
		Início do pré-natal		Número de consultas		Avaliação clínica		Avaliação complementar		Orientação				Adequado Superior
Média	DP	1,7	0,5	1,8	0,4	1,1	0,5	1,8	0,4	1,4	0,6	8,0	0,6	

Fonte: Santos AB, et al., 2025.

Foi também realizada a avaliação qualitativa do IAAPN e verificou-se que 74,6% foram considerados adequado superior, 17,8% adequado intermediário, 5,9% adequado baixo, 1,2% inadequado e 0,6% foi considerado desassistência, conforme **Figura 2**.

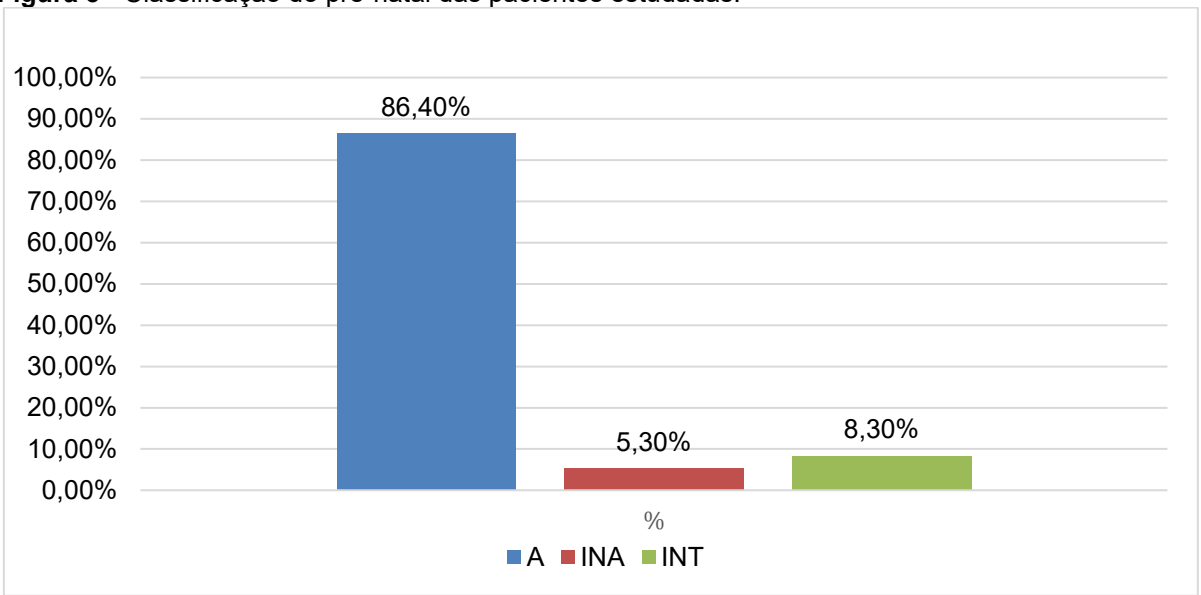
Figura 2 - Frequência das classificações do pré-natal segundo IAAPN.



Legenda: AS = adequado superior; AI = Adequado intermediário; AB= Adequado baixo; INA= Inadequado; DES= Desassistência.
Fonte: Santos AB, et al., 2025.

A avaliação do pré-natal pelo IKMT identificou-se pré-natal adequado em 86,4% (n=146), inadequado em 5,3% (n=9) e intermediário em 8,3% (n=14). A **Figura 2** mostra a qualidade do pré-natal de acordo com IKMT. Realizou-se associação entre o IKMT e os dados epidemiológicos e não houve associação entre o IKMT e idade (p= 0,6), número de gestações (p=0,8), partos (p=0,4) e abortos (p=0,6).

Figura 3 - Classificação do pré-natal das pacientes estudadas.



Legenda: A= adequado, INA= Inadequado, INT= intermediário.
Fonte: Santos AB, et al., 2025.

Realizou-se a associação entre os dados epidemiológicos e IAAPN e verificou-se através da regressão linear que não houve associação entre IAAPN e idade (p=0,3), número de gestações (p=0,8), número de partos (p=0,33) e número de abortos (p=0,18). Entretanto, houve associação entre o índice de Kessner e IAAPN e verificou-se p<0,001, de forma que a pontuação obtida no índice de Kessner se associou a pontuação final do IAAPN.

Tabela 3 - Associação entre índice de KMT e IAAPN.

IKMT						
IAAPN Aspectos avaliados	**Adequado** ≥ (maior ou igual) a 6 consultas de pré-natal e o início deste foi realizado antes de 20 semanas (< 20 semanas).		**Intermediário** Maior que 3 consultas (>3) e menor que 6 (<6) ou iniciado após 20 semanas e < 28 semanas (menor que)		**Inadequado** Menos de três consultas de pré-natal (< 3) ou início foi ≥ (maior que) 28 semanas		**Valor de p**
Acesso							
	Média	**DP**	**Média**	**DP**	**Média**	**DP**	
Número de consultas	1,8	0,3	1,1	0,5	0,3	0,7	<0.001
Início do pré-natal	1,9	0,2	1,4	0,5	0.8	0.9	<0.001
Assistência							
Avaliação clínica	1,1	0,4	0,8	0,6	0.8	0.9	0,2
Exames	1,9	0,3	1,6	0,6	1,0	0,8	0,01
Orientação	1,5	0,6	1,1	0,8	1,0	0,7	0,07
Total de pontos	8,4	1,1	6,2	1,4	4,4	2,2	<0,001

Fonte: Santos AB, et al., 2025.

Na análise da concordância entre o Índice de Kessner modificado por Takeda (IKMT) e o Índice de Adequação da Assistência Pré-Natal reformulado (IAAPN), observou-se importante divergência na classificação das gestantes. A tabela de contingência mostrou que o IKMT classificou a maioria das gestantes como “Adequado”, enquanto o IAAPN, ao incorporar dimensões adicionais de avaliação clínica, exames complementares e orientações, distribuiu as mesmas gestantes em diferentes níveis de adequação (adequado superior (AS), adequado intermediário (AI) e adequado baixo (AB)), além de identificar casos considerados Inadequados (I) ou de Desassistência (DES). Ao se agrupar o IAAPN em duas categorias (Adequado = AS+AI+AB; Inadequado = I+DES) para comparabilidade direta com o IKMT, o valor do Cohen’s Kappa foi de 0,14, indicando concordância fraca entre os índices. Na análise com as cinco categorias ordinais do IAAPN, utilizando o Kappa ponderado (quadrático), o valor obtido foi de 0,22, sugerindo apenas concordância regular.

DISCUSSÃO

Foi realizada a análise de 169 prontuários de pacientes internadas para o parto. Houve uma variabilidade entre a idade das mulheres no grupo avaliado, mas a média mostrou-se semelhante à média brasileira fornecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que foi de 28,1 anos. No mesmo contexto, o número de semanas em que o pré-natal foi iniciado mostrou-se variável, mas com média dentro dos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde que estabelece variação máxima de quatro meses (BRASIL, 2012).

Em relação à via de parto, as mulheres submetidas à cesariana eram de uma faixa etária maior que as submetidas ao parto normal, mas sem significância estatística. No contexto atual, a cesárea foi o procedimento mais realizado, sendo sua frequência muito elevada (76,3%), acima da recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) que é menor que 15%. Esse cenário reflete uma tendência global de crescimento da taxa de cesarianas, fator preocupante para OMS, uma vez que, apesar do procedimento ser imprescindível para salvar vidas em situações que o parto vaginal é contra indicado, quando realizada sem indicação, pode ser prejudicial para a gestante e para o bebê. A taxa de cesariana vem aumentando no mundo todo. Na América Latina, aumentou para 21% entre 1990 e 2021, no Caribe essa taxa é de 43% (BETRÁN AB, et al., 2021). Em Portugal, identificou-se taxa de cesarianas de 25% (VARGAS S, REGO S, CLODE N, 2018).

As regiões com os maiores aumentos foram a Ásia Oriental, a Ásia Ocidental e a África do Norte (aumento de 44,9%, 34,7% e 31,5%, respectivamente), enquanto a África Subsaariana e a América do Norte (aumento de 3,6% e 9,5%, respectivamente) foram as que tiveram menor taxa de aumento, embora esteja em ascensão. Assim, acredita-se que a redução de taxas de cesarianas em nulíparas é essencial, já que o incremento de taxas neste grupo perpetua o procedimento, caracterizando a cesárea de repetição (VARGAS S, et al., 2018).

Com a avaliação clínica, laboratorial e orientações, a somatória dos pontos classificou o pré-natal como adequado, com qualidade superior, conforme identificado pelo IAAPN. Esta classificação aumentou nos últimos nove anos, quando o pré-natal de Barbacena foi classificado como adequado intermediário pelo IAAPN (AMARAL FE, et al., 2008). Estes dados são comparáveis aos citados em outros estudos que verificou aumento da tendência de realização das consultas de pré-natal nos anos 1997, 2006 e 2016 e de exames laboratoriais entre os anos de 2006 e 2016 (DOURADO VSTC, et al., 2023). Outro estudo realizado por Nader ARL, et al. (2025) verificou adequação do pré-natal em 71,1%, comparável a este estudo. Estes dados mostram a importância do pré-natal como modulador de desfecho materno e fetal. Entretanto, no Brasil, os dados não são homogêneos. Assim, regiões menos favorecidas apresentam resultados piores e maior índice de MM, já que a cobertura e qualidade do pré-natal é baixa. (SILVA CA, et al., 2025) Barbacena está situada em Minas Gerais, na região sudeste, uma das mais favorecidas do país e isso pode modular positivamente os resultados.

Embora o número de consultas e a idade gestacional tenham sido considerados adequados pelo IKMT, a aplicação do IAAPN evidenciou perda significativa de pontos na dimensão clínica, demonstrando que a assistência prestada não contempla integralmente as recomendações dos programas nacionais de atenção à saúde da gestante. Foi justamente nesse aspecto que se concentrou a maior fragilidade, revelando que, mesmo em casos classificados como adequados, persistem falhas importantes. A ausência do registro sistemático de medidas como altura uterina, pressão arterial, ausculta dos batimentos cardíacos fetais e pesquisa de edemas compromete a segurança do acompanhamento, já que são critérios inegociáveis na assistência pré-natal (DISTRITO FEDERAL, 2024). Além disso, o IAAPN inclui a avaliação das mamas e a coleta da colpocitologia oncótica, cujas baixas taxas de realização também se destacaram como problemas, limitando a detecção precoce de patologias ginecológicas com impacto direto no desfecho materno-fetal.

No Brasil, desde 2005, o Ministério da Saúde (MS) orienta a realização do exame das mamas na primeira consulta de pré-natal, associado à orientação sobre amamentação (GONÇALVES CV, et al., 2008). O exame colpocitológico, que consta no cartão de pré-natal e é recomendado pela OMS, não foi realizado integralmente. Para muitas mulheres, o período gestacional representa o único momento de contato com os serviços de saúde, reforçando a necessidade desse rastreamento. O exame especular deve ser incorporado à primeira consulta, pois ele é essencial na avaliação de fluxos genitais, que podem estar associados a desfechos desfavoráveis como o trabalho de parto prematuro (ZIMMERMMANN JB, et al., 2021).

Tais resultados foram compatíveis com os identificados em outros estudos (TELÓ AF e YONEGURA, WHT, 2023). Souza RA, et al., 2021, em seu estudo, verificaram que apenas 4 de um total de 40 gestantes realizaram o exame citopatológico. No Paraná, outra avaliação identificou que apenas 54,8% das participantes apresentavam o exame de prevenção do colo uterino em dia, caracterizando uma deficiência na assistência pré-natal (TELÓ AF e YONEGURA, WHT, 2023). Espera-se que o novo rastreio para o câncer de colo uterino, determinado pelo MS a partir deste ano, através de biologia molecular (DNA do HPV), reduza o número de pacientes que não realizam exames, especialmente pelo intervalo maior entre as coletas (5 anos), quando esse for negativo (FIOCRUZ, 2025).

A análise dos exames laboratoriais básicos, revelou que a maior parte das pacientes realizaram a rotina básica. Sabe-se que a ausência de básicos de pré-natal, especialmente aqueles relacionados a infecções transmissíveis ou a alterações metabólicas, pode significar a perda de oportunidades diagnósticas e, consequentemente, de intervenções preventivas (ZIMMERMMANN JB, et al., 2021).

Além das recomendações nacionais, a OMS orienta que todas as gestantes realizem ao menos um ultrassom obstétrico até a 24ª semana, como parâmetro adicional de qualidade assistencial (LEAL MC, et al., 2020). No entanto, estudos brasileiros mostram que, apesar da elevada cobertura de consultas, persiste a dificuldade em garantir a realização uniforme dos exames, reforçando a existência de uma incongruência entre a expansão do acesso e a integralidade do cuidado de maneira efetiva (ZIMMERMANN et al., 2018; COUTINHO T, et al., 2003).

Ao analisar as complicações obstétricas, verificou-se maior prevalência de diabetes gestacional (16,6%), seguida de pré-eclâmpsia (7,7%), infecção urinária (5,9%) e infecções como sífilis, HIV e toxoplasmose (3,6%). A associação entre diabetes e pré-eclâmpsia foi registrada em 3% dos casos. É importante destacar que aproximadamente metade das mulheres (49,1%) não apresentaram intercorrências, o que sugere que, em muitos casos, a assistência oferecida foi capaz de prevenir complicações relevantes. Além disso, não houve nenhum caso de óbito fetal nos casos avaliados (BRASIL, 2024).

Segundo os dados de IKMT verificou que 86,4% dos acompanhamentos foram classificados como adequados, 8,3% como intermediários e 5,3% como inadequados, o que aponta para bom desempenho em termos de acesso e início precoce das consultas. A avaliação pelo IAAPN obteve média de 8,0 $\pm$ 0,6 pontos, caracterizando o pré-natal como adequado superior, melhor que o realizado há 9 anos, na mesma instituição (AMARAL FE, et al., 2016).

Entretanto, quando se fez o teste Kappa houve discordância entre as duas metodologias. Os resultados indicam que o IKMT, por se basear apenas no número e no início das consultas, tende a superestimar a adequação do pré-natal, classificando como “adequado” situações em que, segundo o IAAPN reformulado, há falhas em procedimentos clínicos, exames ou orientações. Entretanto, acreditamos que o baixo valor de Kappa não deva ser interpretado como fragilidade do IAAPN, mas sim como evidência de que os dois índices avaliam dimensões distintas da assistência pré-natal, pois o IKMT é focado no acesso, enquanto o IAAPN reformulado é capaz de captar a qualidade integral do cuidado (AMARAL FE, et al., 2016).

Assim, a discrepância entre os dois índices evidencia que atingir o número de consultas não garante, um acompanhamento de qualidade. O índice de Kessner tem sido alvo de críticas, majoritariamente por valorizar critérios quantitativos em detrimento do conteúdo do pré-natal (KESSNER et al., 1973). A adaptação proposta por Takeda (1993), dando origem ao IKMT, buscou adequar o instrumento à realidade brasileira, reduzindo ao número mínimo de consultas exigidas. Apesar da adaptação, o instrumento segue limitado, pois não aborda, de maneira abrangente, os aspectos qualitativos da assistência (TAKEDA, 1993). Nesse sentido, o IAAPN surge como alternativa mais sensível, por incluir dimensões clínicas e laboratoriais, além das orientações fornecidas à gestante (AMARAL et al., 2016).

Importante ressaltar que apesar de ser um estudo piloto, contou com a aplicação do IAAPN reformulado em Barbacena, que representa uma evolução metodológica do índice originalmente descrito. A inovação deste estudo foi a inclusão dos testes rápidos validados pelo Ministério da Saúde (HIV, sífilis, hepatite B e C), quando registrados no cartão de pré-natal, alinhando-se às recomendações mais recentes de rastreamento e prevenção de agravos maternos (BRASIL, 2022). Essa reformulação tornou o IAAPN mais robusto para captar fragilidades que o IKMT não identifica, além de atualizar o instrumento às políticas públicas contemporâneas de saúde da mulher (AMARAL FE, et al., 2016).

Em síntese, os resultados revelam que a atenção pré-natal se encontra em nível satisfatório quanto ao acesso, mas limitada na dimensão qualitativa. Esse cenário, observado em diferentes contextos brasileiros, reforça a urgência de políticas voltadas à qualificação da atenção, permitindo que o pré-natal avance do aspecto quantitativo para o qualitativo e se consolide como instrumento de prevenção e promoção efetiva da saúde da gestante e do recém-nascido.

Em Barbacena, o pré-natal é, em grande parte, conduzido em Unidades Básicas de Saúde, sob responsabilidade de médicos generalistas e enfermeiros, com participação de acadêmicos da Faculdade de Medicina de Barbacena (FAME). Embora esse modelo contribua para ampliar a cobertura, pode apresentar limitações quanto à disponibilidade de exames complementares, recursos diagnósticos e padronização das condutas.

Apesar dessas fragilidades, observa-se uma perspectiva de tendência positiva, já que o elevado percentual de pré-natais classificados como adequados indica boa cobertura e adesão inicial ao acompanhamento, constituindo uma base sólida para avanços futuros. Nesse sentido, investir na qualificação do conteúdo das consultas pode transformar um cenário já satisfatório em uma assistência resolutiva e integral, capaz de reduzir riscos maternos e perinatais.

CONCLUSÃO

Em síntese, os resultados revelam que a atenção pré-natal se encontra em nível satisfatório quanto ao acesso, mas limitada na dimensão qualitativa. Esse cenário, observado em diferentes contextos brasileiros, reforça a urgência de políticas voltadas à qualificação da atenção, permitindo que o pré-natal avance do aspecto quantitativo para o qualitativo e se consolide como instrumento de prevenção e promoção efetiva da saúde da gestante e do recém-nascido.

REFERÊNCIAS

1. AMARAL FE, et al. Qualidade do pré-natal: uma comparação entre gestantes atendidas na Faculdade de Medicina de Barbacena e na Universidade Federal de Juiz de Fora. Clin Biomed Res., 2016; 36(3): 124–134.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acessado em 10 agosto de 2025.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico: Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível on line https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acessado em 10 de agosto de 2025.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Cegonha. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acessado em: 07 de setembro de 2025.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf. Acessado em: 10 de agosto de 2025.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf. Acessado em: 10 de agosto de 2025.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Alyne: conheça a história da jovem negra que deu nome ao novo programa de cuidado integral à gestante e bebê. Disponível: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/setembro/rede-alyne-conheca-a-historia-da-jovem-negra-que-deu-nome-ao-novo-programa-de-cuidado-integral-a-gestante-e-bebe. Acessado: 1 de outubro de 2024.
8. BRASIL. Testes rápidos e exames durante a gestação promovem a saúde da mulher e protegem o bebê. Disponível: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/novembro/testes-rapidos-e-exames-durante-a-gestacao-promovem-a-saude-da-mulher-e-protegem-o-bebe. Acessado: 1 de setembro de 2025.
9. BETRAN AP, et al. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. BMJ Global Health, 2021. Disponível: https://gh.bmj.com/content/bmjgh/6/6/e005671.full.pdf. Acessado: 8 de agosto de 2025.
10. COUTINHO T, et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo índice de Kessner. Revista de Saúde Pública, 2003; 37(6): 714-721.
11. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à Saúde da Mulher no Pré-Natal e Puerpério. Disponível: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Protocolo+Aten%C3%A7%C3%A3o+%C3%A0+Sa%C3%BAde+da+Mulher+no+Pr%C3%A9-Natal+e+Puerp%C3%A9rio+%281%29.pdf/05d9cf01-f078-8120-ec30-b28653d4f8f7?t=1740417873165. Acessado em: 01 de agosto de 2025.
12. DOURADO VSTC, et al. Assistência pré-natal adequada: estudo de inquéritos populacionais. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2023; 23(4): e12625.

13. FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de assistência pré-natal. São Paulo: FEBRASGO; 2014.
14. FIOCRUZ. Tecnologia inovadora no SUS vai detectar precocemente o câncer de colo do útero. 2025. Disponível: https://fiocruz.br/noticia/2025/08/tecnologia-inovadora-no-sus-vai-detectar-precocemente-o-cancer-do-colo-do-utero. Acessado: 1 de setembro de 2025.
15. GONÇALVES CV, et al. Exame clínico das mamas em consultas de pré-natal: análise da cobertura e de fatores associados em município do Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, 2008; 24(8): 1783-90.
16. MARIO DN, et al. Quality of Prenatal Care in Brazil: National Health Research 2013. Cien Saude Colet. 2019; 24(3): 1223-32.
17. NADER ARL, et al. Qualidade do pré-natal em um município no sul do Brasil e sua associação com baixo peso ao nascer, prematuridade e baixo Apgar. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2025; 5(5): e20580.
18. KESSNER DM, et al. Infant death: an analysis by maternal risk and health care. Washington: Institute of Medicine, National Academy of Sciences, 1973.
19. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Saúde materna.
20. TAKEDA S. Avaliação de unidade de atenção primária: modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1993.
21. TELÓ AF, YONEGURA, WHT. Avaliação da cobertura do exame citopatológico do colo do útero durante à assistência pré-natal. E-Acadêmica, 2023; 4(3): 1-7.
22. SOUZA RA, et al. Realização do Papanicolau durante o pré-natal: perfil das gestantes atendidas em uma unidade docente assistencial. Revista Saúde Coletiva, 2025; 011385.
23. VARGAS S, et al. Cesarean Section Rate Analysis in na Tertiary Hospital in Portugal According to Robson Ten Group Classification System. Rev Bras Ginecol Obstet, 2020; 42(6): 310–315.
24. ZIMMERMMANN JB, et al. Condutas em Obstetrícia para gestantes de baixo risco: Protocolo do Serviço de Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFJF. 1 ed. Bragança Paulista: Margem da Palavra. 2018; 350p.
25. ZIMMERMMANN JB, et al. Gestação de alto risco: do pré-natal ao puerperio. 1ed. Curitiba: Editora CRV. 2021; 880p.