

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO**  
**RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**ASPECTOS DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL OFERTADA EM  
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE OURO PRETO – MINAS  
GERAIS: UMA AUDITORIA CLÍNICA**

**MARIANA CARDOSO GOMES SEGATO**

**OURO PRETO**

**2021**

**MARIANA CARDOSO GOMES SEGATO**

**ASPECTOS DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL OFERTADA EM  
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE OURO PRETO – MINAS  
GERAIS: UMA AUDITORIA CLÍNICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, da Universidade Federal de Ouro Preto, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Área de Concentração: Ciências da Saúde

Orientador: Fernando Augusto Figueiredo Montandon

**OURO PRETO**

**2021**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO  
REITORIA  
ESCOLA DE MEDICINA



**FOLHA DE APROVAÇÃO**

**Mariana Cardoso Gomes Segato**

**Aspectos da qualidade da assistência pré-natal ofertada em uma unidade básica de saúde no município de Ouro Preto – Minas Gerais: uma auditoria clínica**

Monografia apresentada ao Curso de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Aprovada em 24 de fevereiro de 2021.

**Membros da banca**

Especialista em Medicina de Família e Comunidade - Fernando Augusto Figueiredo Montandon - Orientador - Universidade Federal de Ouro Preto  
Doutor em Saúde da Mulher - Alexandre de Almeida Barra - Universidade Federal de Ouro Preto  
Especialista em Medicina de Família e Comunidade - Fábio Araújo Gomes de Castro - Prefeitura Municipal de Ouro Preto  
Mestre em Saúde da Família - Gustavo Valadares Labanca Reis - Universidade Federal de Ouro Preto

Sr. Fernando Augusto Figueiredo Montandon, orientador do trabalho, aprovou a versão final em 24 de fevereiro de 2021.

O prof. Gustavo Valadares Labanca Reis, supervisor do Curso de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, em consonância com as normas institucionais e os poderes que lhe foram delegados, autorizou o seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP e assinou a folha de aprovação.



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo Valadares Labanca Reis, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 14/10/2021, às 13:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.ufop.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0230100** e o código CRC **495A5140**.

Referência: Caso responda este documento, indicar expressamente o Processo nº 23109.010633/2021-56

SEI nº 0230100

R. Diogo de Vasconcelos, 122, - Bairro Pilar Ouro Preto/MG, CEP 35400-000  
Telefone: - www.ufop.br

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por me dar forças para continuar na caminhada a cada dia. Sem Ele, nada disso seria possível.

Ao Maurício, pelo companheirismo e amor.

Aos meus pais e irmã, pelo apoio e incentivo.

Ao Sexteto Fantástico pela amizade – com vocês a jornada foi mais leve!

Ao Fernando e ao Gustavo, pela paciência e orientação.

À Equipe do PSF Andorinhas e Beija-Flor, pelo acolhimento.

Às gestantes que cuidei, pela oportunidade de vivenciar em conjunto esse momento tão especial que é a maternidade.

## RESUMO

A assistência pré-natal representa um cuidado importante na vida da mulher, não só em questões de âmbito pessoal, mas também no que diz respeito a aspectos de saúde pública, objetivando a qualidade da assistência prestada e a redução das taxas de morbimortalidade materno-infantil, conforme orientado por políticas públicas de saúde no Brasil. Dentre as orientações fornecidas pelo Ministério da Saúde estão os 10 Passos para um pré-natal de qualidade. No presente trabalho foi realizada uma auditoria clínica com objetivo de avaliar a qualidade do atendimento prestado às gestantes em consultas pré-natal em uma unidade básica de saúde de Ouro Preto, tendo as recomendações do Ministério da Saúde como padrão. Foram avaliados 51 prontuários de gestantes atendidas de janeiro a dezembro de 2020, sendo incluídas na análise as que finalizaram o pré-natal neste período. Das 28 gestantes que se enquadraram neste critério, 85% apresentaram captação precoce (menor que 12 semanas); 100% tiveram os exames de 1º e 2º trimestre solicitados, realizados e avaliados em tempo oportuno, ficando o 3º trimestre com maior porcentagem de não solicitação de alguns exames, como bacterioscopia da secreção vaginal (100%), anti-HIV (50%), HbsAg (50%), glicemia de jejum (25%), VDRL (21%), EAS e urocultura (10,7%), Hemograma (10,7%). Não houve realização do pré-natal do(a) parceiro(a) ou seu registro como acompanhante. Das seis gestantes que necessitaram de atendimento especializado, todas foram encaminhadas e fizeram o seguimento correto. Em relação ao plano de parto, apenas três gestantes (10,7%) foram informadas sobre sua existência, semelhantemente aos direitos garantidos por lei – informados para apenas duas gestantes (7,1%). Nenhuma gestante visitou a maternidade de referência anteriormente ao parto. Diante desses resultados é importante fornecer aos profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado pré-natal um *feedback* sobre a qualidade do atendimento prestado, a fim de discutir estratégias de melhorias que possibilitem a modificação de aspectos necessários a uma prática de qualidade, objetivando o melhor cuidado para as pacientes.

**Palavras-chave: Pré-Natal, Auditoria clínica, Unidade Básica de Saúde**

## **ABSTRACT**

Prenatal care represents an important care in the woman's life, not only in personal matters, but also regarding health aspects, aiming at the quality of the care provided and the reduction of maternal and child morbidity and mortality rates, as directed public health policies in Brazil. Among the guidelines provided by the Ministry of Health are the 10 Steps to quality prenatal care. In the present study, a clinical audit was carried out to assess the quality of care provided to pregnant women in prenatal consultations at a basic health unit in Ouro Preto, with the recommendations of the Ministry of Health as standard. 51 medical records of pregnant women attended from January to December 2020 were recorded, being included in the analysis as they completed prenatal care in this period. Of the 28 pregnant women who met this criterion, 85% had an untimely uptake (less than 12 weeks); 100% had the 1st and 2nd trimester exams requested and performed in a timely manner, leaving the 3rd trimester with a higher percentage of non-request for some exams, such as bacterioscopy of vaginal secretion (100%), anti-HIV (50%) , HbsAg (50%), fasting blood glucose (25%), VDRL (21%), EAS and urine culture (10.7%), blood count (10.7%). There was no prenatal care for the partner or registration as a companion. Of the six pregnant women who needed specialized care, all were referred and followed up correctly. Regarding the birth plan, only three pregnant women (10.7%) were informed about its existence, similar to the rights guaranteed by law - informed for only two pregnant women (7.1%). No pregnant woman visited a reference maternity before delivery. Given these results, it is important to provide health professionals responsible for prenatal care with feedback on the quality of care provided, in order to discuss improvement strategies, enabling the modification of aspects necessary for a quality practice, offering better care for the patients.

**Keywords: Prenatal Care, Clinical Audit, Health Centers**

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Distribuição do número de gestantes de acordo com a idade.....	17
Gráfico 2 - Semanas de gestação na primeira consulta – gestantes que finalizaram o pré-natal.....	19
Gráfico 3 - Número total de consultas pré-natal realizadas. ....	21
Quadro 1 - 10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica. ....	10
Quadro 2 - Exames preconizados pelo Caderno de Atenção Básica relativos a cada trimestre da gestação.....	12

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da idade das gestantes em quartis. ....	17
Tabela 2 - Número de gestações e sua distribuição em porcentagem. ....	18
Tabela 3 - Motivos que levaram as gestantes à consulta médica na UBS.....	18
Tabela 4 - Número de gestantes em relação ao planejamento gestacional.....	19
Tabela 5 - Exames preconizados pelo MS correspondentes a cada trimestre gestacional e sua porcentagem de solicitação no pré-natal na UBS. ....	24
Tabela 6 - Dias após o parto em que foi realizada a consulta de puerpério. ....	25
Tabela 7 - Tipo de parto realizado.....	25
Tabela 8 - Informações sobre acompanhante, pré-natal do(a) parceiro(a) e relacionamento com a gestante. ....	26
Tabela 9 - Gestantes que necessitaram serviço especializado durante o pré-natal. ....	27
Tabela 10 - Gestantes informadas sobre plano de parto / discussão do plano de parto. ....	27
Tabela 11 - Orientação das gestantes sobre direitos trabalhistas. ....	29



## **LISTA DE ABREVIações E SIGLAS**

APS – Atenção Primária à Saúde

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

COVID-19 – Doença do Coronavírus 19

e-SUS AB - Prontuário Eletrônico da Atenção Básica

ESF – Equipe de Saúde da Família

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TIG - Teste Imunológico para Gravidez

UBS - Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	9
2. METODOLOGIA.....	15
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	16
3.1. CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES.....	16
3.2. ANÁLISE DAS GESTANTES SEGUNDO OS PASSOS DE QUALIDADE.....	19
3.2.1. Captação precoce .....	19
3.2.2. Número total de consultas.....	20
3.2.3. Exames realizados em cada trimestre gestacional.....	21
3.2.4. Realização da consulta de puerpério .....	24
3.2.5. Cuidado do(a) parceiro(a) .....	25
3.2.6. Acompanhamento em serviços de referência especializados .....	27
3.2.7. Informação sobre o plano de parto.....	27
3.2.8. Informação sobre o direito de visita à maternidade .....	29
3.2.9. Informação sobre os direitos garantidos por lei .....	29
4. CONCLUSÃO.....	30
5. REFERÊNCIAS .....	31

## 1. INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal representa um cuidado importante na vida da mulher, não só em questões de âmbito pessoal, mas também visando a qualidade da assistência prestada e a redução das taxas de morbimortalidade materno-infantil, conforme orientado por políticas públicas de saúde no Brasil (BRASIL, 2012). Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Rede Cegonha, representando iniciativas com a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país, apoiando as equipes de atenção básica na qualificação do cuidado e na articulação em rede. Dentre os objetivos dessa estratégia destacam-se a humanização do parto e do nascimento, a organização dos serviços de saúde enquanto uma rede de atenção à saúde, a qualificação técnica das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), o acolhimento da gestante e do bebê com classificação de risco em todos os pontos de atenção e a realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno (BRASIL, 2012).

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o bom desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impactos negativos para a saúde materna (BRASIL, 2012). Sendo assim, uma assistência adequada com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, agilidade no encaminhamento hospitalar, regulação de leitos, além da qualificação da assistência ao parto, constitui fator importante para a redução das taxas de morbimortalidade materno-infantil. O MS preconiza dez passos para assegurar um pré-natal de qualidade, objetivando a realização de uma prática humanizada, integral, em rede e custo-efetiva, garantindo um padrão de acesso e qualidade, conforme descrito no QUADRO 1.

Quadro 1 - 10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica.

<p><b>1° PASSO:</b> Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce).</p> <p><b>2° PASSO:</b> Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.</p> <p><b>3° PASSO:</b> Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.</p> <p><b>4° PASSO:</b> Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".</p> <p><b>5° PASSO:</b> Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.</p> <p><b>6° PASSO:</b> É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)".</p> <p><b>7° PASSO:</b> Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.</p> <p><b>8° PASSO:</b> Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".</p> <p><b>9° PASSO:</b> Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).</p> <p><b>10° PASSO:</b> As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal."</p>
---

Fonte: Ministério da Saúde, 2012.

O acesso ao cuidado pré-natal no primeiro trimestre da gestação tem sido incorporado como principal indicador de avaliação da qualidade da atenção básica (BRASIL, 2012; 2016). Dessa forma, tanto o início precoce do cuidado como o número de consultas realizadas se mostram importantes para uma assistência adequada. No Brasil, é estabelecido como critério para a qualidade do pré-natal na atenção básica o início do cuidado até a 12ª semana de gestação (captação precoce) (BRASIL, 2012). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que 60% das mulheres em todo o mundo iniciaram o cuidado pré-natal antes das primeiras 12 semanas de gestação; no entanto, disparidades regionais e de renda foram identificadas (MOLLER et al., 2017). Dados mostram que menos de 50% das mulheres nas regiões em

desenvolvimento receberam atendimento pré-natal precoce contra mais de 80% nas regiões desenvolvidas. O início precoce do atendimento também é importante para que sejam realizadas medidas iniciais precoces (por exemplo, peso, pressão arterial, avaliação laboratorial em mulheres com doenças crônicas) e fornecer apoio e intervenção do serviço social precoce, quando necessário (BRASIL, 2012).

Embora a maioria das gestantes em países desenvolvidos realizem de 7 a 12 consultas pré-natal (ZOLOTOR; CARLOUGH, 2014), o número reduzido de consultas em mulheres com gestação de baixo risco, em países de média e baixa renda, é associado ao aumento da mortalidade perinatal nesses países – o que não ocorre nos países de renda alta (DOWSWELL et al., 2015). Segundo o Caderno de Atenção Básica do MS (2012), o total de consultas deverá ser no mínimo de seis, com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro, de acordo com o seguinte cronograma: até 28ª semana – mensalmente; da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente; da 36ª até a 41ª semana – semanalmente. Com 41 semanas, caso ainda não tenha ocorrido o parto, a gestante deverá ser encaminhada para avaliação do bem-estar fetal. O acompanhamento do ciclo gravídico-puerperal se encerra após o 42º dia de puerpério, quando a consulta de puerpério deverá ter sido realizada.

Outro ponto importante a ser destacado no cuidado pré-natal é a presença do(a) parceiro(a), que deve ser estimulada durante as consultas e atividades em grupo, como parte do planejamento familiar. Mais do que isso, o cuidado do(a) parceiro(a) também é um critério de qualidade – a realização de consultas e exames e o acesso à informação, antes, durante e depois da gestação. (BRASIL, 2012). Lembrando que as expressões “família”, “companheiro(a)” e “pai” são entendidas de forma ampliada, levando-se em consideração as diferentes formas de organização familiar existentes.

Em relação aos exames laboratoriais preconizados em cada trimestre da gestação, o MS orienta conforme explicitado no QUADRO 2. É direito da gestante ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.

Quadro 2 - Exames preconizados pelo Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco.

1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE
Hemograma	Teste de tolerância para glicose com 75g, se a glicemia estiver acima de 85mg/dl ou se houver fator de risco (realize este exame preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana)	Hemograma
Tipagem sanguínea e fator Rh	Coombs indireto (se for Rh negativo)	Glicemia em jejum
Coombs indireto (se for Rh negativo)		Coombs indireto (se for Rh negativo)
Glicemia de jejum		VDRL
Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR		Anti-HIV
Teste rápido diagnóstico anti-HIV		Sorologia para hepatite B (HbsAg)
Anti-HIV		Repita o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente
Toxoplasmose IgM e IgG		Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU)
Sorologia para hepatite B (HbsAg)		Bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação)
Exame de urina e urocultura		
Ultrassonografia obstétrica (não é obrigatório), com a função de verificar a idade gestacional		
Citopatológico de colo de útero (se necessário)		
Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica)		
Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica)		
Eletrforese de hemoglobina (se a gestante for negra, tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou apresentar história de anemia crônica)		

Fonte: Ministério da Saúde, 2012.

Com o propósito de garantir e incentivar o processo de humanização do nascimento nas maternidades brasileiras, os órgãos responsáveis têm publicado, nos

últimos anos, diversas portarias e manuais de orientação, nos quais, o parto é resgatado como um evento fisiológico e afetivo. O Plano de Parto surge nesse contexto, recomendado pela OMS desde 1986 (OMS, 2000) e pelo MS - Rede Cegonha, sendo uma carta de intenções na qual a gestante declara qual é o atendimento que espera para si e para o seu bebê, durante o processo de nascimento. Para isso, é necessário que ela seja informada sobre os benefícios e características do parto fisiológico, bem como sobre as intervenções possíveis de serem realizadas durante o trabalho de parto e nascimento, esclarecendo possíveis pontos obscuros e sanando as dúvidas existentes. O plano de parto deve ser elaborado e discutido com a gestante durante o atendimento pré-natal.

A assistência pré-natal pressupõe também avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão para identificar problemas de forma a poder atuar, a depender do problema encontrado, impedindo um resultado desfavorável (BRASIL, 2010). É válido salientar que uma gestação que está transcorrendo bem pode se tornar de risco a qualquer momento em sua evolução. Portanto, é importante que haja intervenção precisa e precoce para evitar os retardos assistenciais capazes de gerar morbidade grave, morte materna ou perinatal. A disponibilidade de serviços de referência especializada, caso seja necessário, em apoio ao pré-natal na APS, é de fundamental importância para o desfecho favorável do cuidado à gestante.

Outra questão relevante para um pré-natal qualificado é o direito da gestante conhecer a maternidade que prestará assistência nos casos de intercorrência durante o seu acompanhamento e para realização do parto. O hospital de referência, onde a gestante provavelmente receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pode ser visitado previamente para conhecimento e vinculação prévia à maternidade, se essa for sua vontade, segundo a Lei Federal nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007.

Além disso, abordar os direitos da gestante, tanto os sociais como os garantidos por lei, podem fazer grande diferença no seu entendimento e no exigir, pela mesma, o cumprimento destes, principalmente no que diz respeito a direitos trabalhistas de estabilidade no emprego, licença maternidade e amamentação, para aquelas que trabalham pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), por exemplo.

Uma das maneiras de verificar se o atendimento prestado às pacientes tem sido conforme o padrão recomendado, no caso do pré-natal realizado no SUS, pelo

MS, é por meio da auditoria clínica, uma estratégia utilizada para produzir melhorias no desempenho profissional em saúde (IVERS et al., 2012). Ela permite confrontar a prática clínica de profissionais como médicos ou enfermeiros, e de estabelecimentos, como hospitais ou clínicas gerais, com os padrões – os padrões definem níveis aceitáveis de atendimento ao paciente e prestação de cuidados de saúde – sugerindo mudanças na estrutura, processo ou resultados da assistência prestada, garantindo o melhor atendimento (IVERS et al., 2012). Diferente de uma pesquisa, na qual busca-se responder à pergunta: “Qual é a coisa certa a se fazer?” (BENJAMIN, 2008), a auditoria clínica busca responder à pergunta: “Estamos fazendo a coisa certa, da maneira certa?” (SMITH, 1992). Em outras palavras, o desempenho profissional é medido ou “auditado” e posteriormente um *feedback* é dado ao profissional de saúde ou equipe responsável, visando a incorporação das melhores práticas recomendadas (IVERS et al., 2012). A auditoria clínica tem objetivo de fornecer aos profissionais de saúde dados sobre seu desempenho na forma de auditoria e *feedback*, o que pode ajudar a melhorar sua prática. Entretanto, estes geralmente levam a melhorias pequenas, mas potencialmente importantes, na prática profissional - sua eficácia parece depender do desempenho da linha de base e de como o *feedback* é fornecido (IVERS, 2012). A realização de uma auditoria pode também ajudar no aprendizado de quem a realiza e na compreensão do processo de saúde em um determinado campo (BENJAMIN, 2008).

O presente trabalho tem como objetivo avaliar aspectos da qualidade da assistência pré-natal, orientados pelo MS, realizados em uma unidade básica de saúde (UBS) no município de Ouro Preto – MG, no período de janeiro a dezembro de 2020. Serão avaliados alguns dos dez passos para o pré-natal de qualidade definidos pelo MS, por meio de uma auditoria clínica, bem como os resultados serão compartilhados com a equipe responsável pelo cuidado, a fim de adequar as melhorias no atendimento que se fizerem necessárias.



## 2. METODOLOGIA

Foi realizada uma auditoria clínica a fim de avaliar alguns aspectos da qualidade da assistência pré-natal ofertada na UBS do Morro Santana, em Ouro Preto – MG, confrontando a prática dos profissionais de saúde com as orientações determinadas como parâmetros de qualidade do atendimento pré-natal.

Na busca por diretrizes padrão nacionais ou locais existentes, foram selecionadas as recomendações estabelecidas pelo MS, órgão nacional que estabelece os parâmetros de atendimento e qualidade pré-natal utilizados pelo SUS. Das dez recomendações determinadas no Caderno de Atenção Básica: Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (10 passos), sete foram escolhidas para serem avaliadas no presente trabalho, motivados pela importância destas em relação ao desfecho do cuidado gestacional, pela relação mais próxima com o atendimento por profissionais de saúde e pela maior probabilidade de encontrar registros em prontuário.

Foram os parâmetros escolhidos para análise: Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12<sup>a</sup> semana de gestação (captação precoce); Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal; É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado(a) (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)"; Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário; Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto"; Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação); e As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal."

Os dados foram coletados retrospectivamente da base de dados do e-SUS AB (Prontuário Eletrônico da Atenção Básica), utilizado na UBS, bem como de planilhas de registros de gestantes utilizadas pela equipe de saúde da família (ESF), confeccionadas por profissionais de saúde (Médico, Enfermeira e Agentes Comunitários de Saúde), referentes às gestantes que realizaram pré-natal na unidade, de janeiro a dezembro de 2020. Diante destas informações, foi confeccionada uma planilha no Excel a fim de organizar os dados e produzir os gráficos referentes às informações colhidas para avaliação que foram pré-estipuladas no trabalho. Foi determinado como critério de inclusão para análise da qualidade da assistência, os

registros de atendimentos às gestantes que tiveram o término do pré-natal em 2020 (tendo sido iniciado em 2019 ou 2020). Entendeu-se como término a última consulta pré-natal a termo (a partir de 37 semanas de gestação), ou a realização da consulta de puerpério.

Além da avaliação dos passos da qualidade selecionados, alguns dados foram coletados a título de caracterização das gestantes incluídas: idade, número de gestações, motivo que levou a procura pelo atendimento pré-natal e planejamento da gestação.

Após a análise dos resultados – comparação entre os dados obtidos e as orientações do MS - estes serão posteriormente apresentados à equipe a fim de gerar discussão e planejamento de quaisquer novas mudanças que possam ser implementadas, assim como identificar as limitações e áreas que necessitem de melhora para aprimoramento destes aspectos do cuidado (IVERS et al., 2012).

Em relação aos aspectos éticos do trabalho, por ser tratar de uma auditoria clínica, não se mostra necessária a aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016).

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram analisados 51 prontuários de gestantes atendidas para realização de pré-natal na UBS, de janeiro a dezembro de 2020. Destas, 28 gestantes finalizaram o pré-natal neste período, sendo incluídas no trabalho.

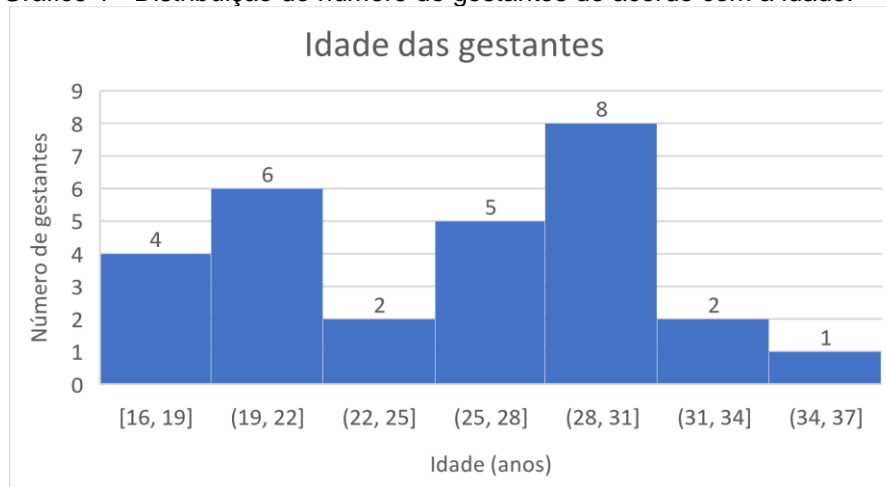
#### **3.1. CARACTERIZAÇÃO DAS GESTANTES**

Durante o período analisado no presente estudo, foram atendidas gestantes com idade variando entre 16 a 37 anos, sendo a distribuição representada no GRÁFICO 1.

A maioria das gestantes são jovens, sendo que quatro (14,3%) são consideradas pelo MS como adolescentes (faixa etária entre 10 e 19 anos) e uma (3,6%) com idade materna avançada (maior que 35 anos) (BRASIL, 2012). Embora a adolescência em si não seja fator de risco para gestação, há possibilidade de risco psicossocial associado a aceitação ou não da gestação, com consequências sobre a vida da adolescente que podem se refletir no acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2010). Já a idade maior que 35 anos pode ser considerada como fator de risco para

complicações na gestação, o que exige atenção especial na realização do pré-natal (CAETANO et al., 2011).

Gráfico 1 - Distribuição do número de gestantes de acordo com a idade.



Fonte: Autoria própria.

Tem-se a faixa de idade com maior representatividade em nosso estudo, as gestantes entre 16 e 30 anos, compreendendo 75% da população analisada, sendo a média de idade de aproximadamente 26 anos (TABELA 1).

Tabela 1 - Distribuição da idade das gestantes em quartis.

Idade das gestantes	
	Anos
Menor	16,0
Primeiro quartil	21,8
Média	25,9
Mediana	27,0
Terceiro quartil	30,0
Maior	37,0

Fonte: Autoria própria.

Em relação ao número de gestações (gesta), das 28 gestantes incluídas, apenas uma não apresentou em prontuário o registro dessa informação. Nas 27 gestantes restantes, a distribuição do número de gestações se encontra representada na TABELA 2.

De acordo com os dados coletados, aproximadamente 22% das gestantes (seis gestantes) eram primigestas, enquanto aproximadamente 66% (18 gestantes) se

encontravam na segunda ou terceira gestação, compreendendo mais de metade das pacientes atendidas. Cerca de 11% (três gestantes) apresentaram quatro ou mais gestações.

Tabela 2 - Número de gestações e sua distribuição em porcentagem.

Nº Gestação Atual	Quantidade	% Simples	% Acumulado
1	6	22,2%	22,2%
2	10	37,0%	59,3%
3	8	29,6%	88,9%
4	1	3,7%	92,6%
5	1	3,7%	96,3%
6	0	0,0%	96,3%
7	0	0,0%	96,3%
8	1	3,7%	100,0%
Soma	27	100,0%	
Sem registro	1		

Fonte: Autoria própria.

Os motivos que levaram a procura pelo atendimento médico para confirmação da gestação ou início do cuidado pré-natal, se encontram listados na TABELA 3. Percebe-se que, das pacientes que apresentaram registro, praticamente 90% chegam ao serviço com diagnóstico de gestação confirmado (teste de Farmácia positivo; Gonadotrofina Coriônica Humana Fração Beta – BHCG - positivo).

Tabela 3 - Motivos que levaram as gestantes à consulta médica na UBS.

	Quantidade	%	%*
Amenorreia	2	7,1%	9,5%
BHCG	17	60,7%	81,0%
Teste de Farmácia	2	7,1%	9,5%
Sem registro	7	25,0%	-
Soma	28	100%	100%

\* % de pacientes com registro

Fonte: Autoria própria.

Em relação ao planejamento da gestação, das 28 gestantes, apenas seis possuem registro de a terem planejado (TABELA 4).

Segundo o MS (2012), do total de gestações, pelo menos a metade não é inicialmente planejada, embora ela possa ser desejada. Entretanto, em muitas ocasiões, o não planejamento se deve à falta de orientação ou de oportunidades para a aquisição de um método anticoncepcional. Isso ocorre comumente com as adolescentes (BRASIL, 2012), que no caso do presente estudo, representam 14,3% das gestantes, como já explicitado. Mesmo sem planejamento prévio, todas as gestações foram relatadas como bem aceitas pelas gestantes e familiares.

Tabela 4 - Número de gestantes em relação ao planejamento gestacional.

	Número de gestantes	(%)
Sim	6	21,4%
Não	20	71,4%
Sem registro	2	7,1%

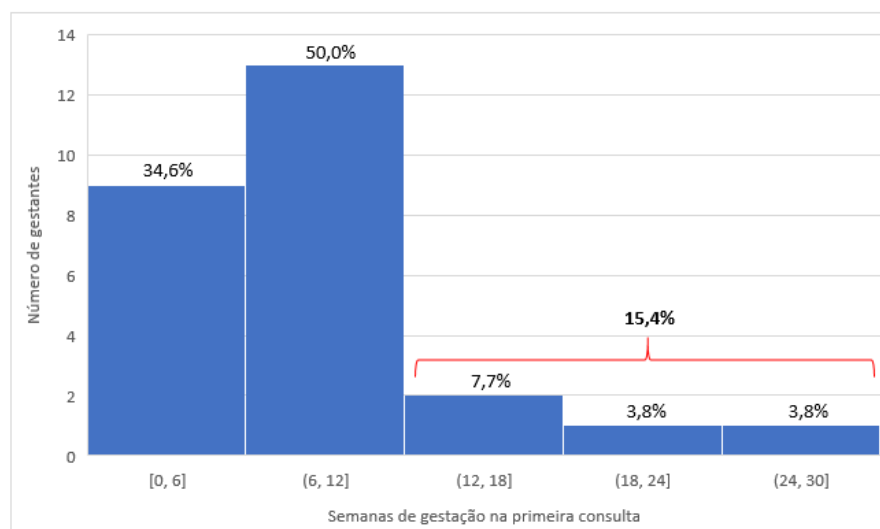
Fonte: Autoria própria.

### 3.2. ANÁLISE DAS GESTANTES SEGUNDO OS PASSOS DE QUALIDADE

#### 3.2.1. Captação precoce

Em relação às gestantes analisadas, a captação precoce foi de 22 gestantes (cerca de 85%), como demonstrado no GRÁFICO 2.

Gráfico 2 - Semanas de gestação na primeira consulta – gestantes que finalizaram o pré-natal.



Fonte: Autoria própria.

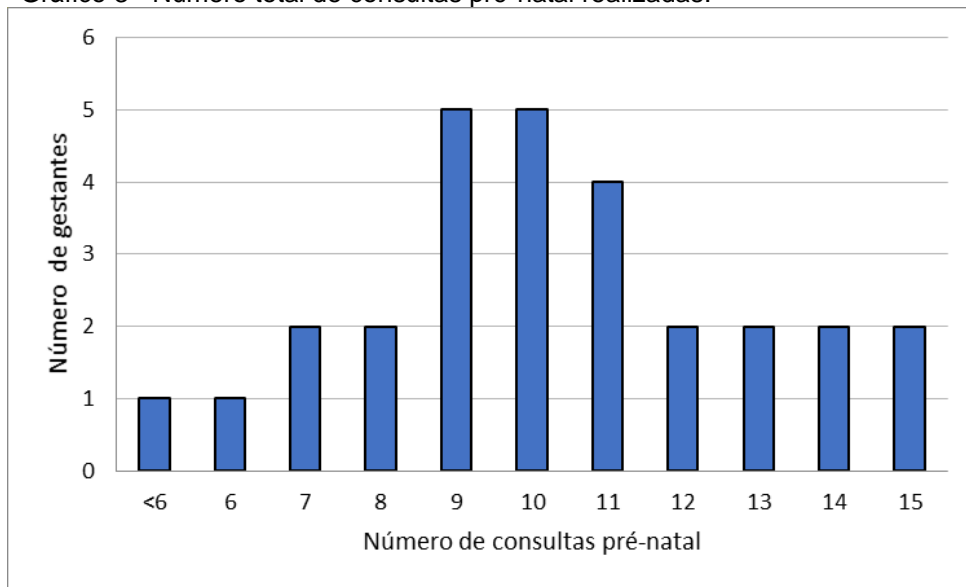
Segundo estudos da OMS, apenas 60% das mulheres no mundo iniciam o pré-natal antes das 12 semanas; de acordo com Moller et al. (2017), esse número é reduzido para 50% em países considerados em desenvolvimento. No presente trabalho, a captação precoce das gestantes foi em torno de 91% durante o período estudado. Algumas estratégias embasadas nos manuais do MS podem ser utilizadas para facilitar a captação precoce destas gestantes na UBS. Ela pode ser feita, por exemplo, por meio de visitas domiciliares a serem realizadas, preferencialmente, pelos agentes comunitários de saúde, para identificação das gestantes e na orientação das mulheres e suas famílias quanto a importância do pré-natal (BRASIL,2012). Outra possibilidade de captação precoce da gestante na comunidade, segundo o MS, é o oferecimento do teste imunológico para gravidez (TIG) na UBS, realizado por médico ou enfermeiro, para mulheres com histórico de atraso menstrual por mais de 15 dias.

Em algumas mulheres, a gravidez é confirmada somente no quarto ou quinto mês, e os motivos podem ser vários: pouca sintonia com seu corpo para percepção ou negação das mudanças corporais provocadas pela gestação; histórias ginecológicas de amenorreias prolongadas; confusão com menstruação os sangramentos eventuais do primeiro trimestre (SILVA, 2013). Para evitar que isso aconteça, a Equipe de Saúde da Família possui papel importante na identificação e captação precoce dessas gestantes, devendo ficar alerta para sinais e sintomas que muitas vezes não são percebidos pelas próprias mulheres, o que pode retardar o diagnóstico da gestação e conseqüentemente o início do cuidado pré-natal.

### **3.2.2. Número total de consultas**

O número total de consultas realizadas, embora não esteja compreendido nos 10 Passos para o pré-natal de qualidade, é entendido como um aspecto relevante do cuidado, pois muitas vezes reflete a captação precoce e o acompanhamento regular durante os trimestres de gestação. O MS e também a OMS orientam que sejam feitas no mínimo seis consultas, o que, no presente estudo, foi realizado por 27 das 28 gestantes que finalizaram o pré-natal, conforme representado no GRÁFICO 3.

Gráfico 3 - Número total de consultas pré-natal realizadas.



Fonte: Autoria própria.

Vale ressaltar que seis consultas é o mínimo preconizado – muitas vezes é necessário realizar um número de consultas muito maior do que esse. De acordo com o manual da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), qualquer número abaixo de seis consultas é tido como atendimento deficiente (PEIXOTO, 2014). A assistência pré-natal rotineira previne a morbimortalidade materna e perinatal, através da detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de reduzir os fatores de risco que trazem complicações para a saúde da gestante e do neonato (DOMINGUES et al., 2012). Uma revisão da Cochrane sugere que em países de média e baixa renda, um menor número de consultas (menos de cinco) não mostrou diferença comparado ao pré-natal com oito consultas, em relação à prematuridade e/ou bebês de baixo peso, embora possa estar relacionado com maior mortalidade perinatal (DOWSWELL et al., 2015).

### 3.2.3. Exames realizados em cada trimestre gestacional

No presente estudo, em relação aos exames preconizados pelo MS no primeiro trimestre gestacional, para 28% das gestantes não foi solicitado o anti-HIV e para 28% não foi solicitado o teste rápido anti-HIV. No caso destas gestantes, um ou outro exame foi realizado – não houve gestantes que não realizaram ao menos um dos testes anti-HIV no primeiro trimestre, embora o Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco do MS de 2012 oriente realizar ambos. Em 2016, o MS juntamente com

o Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, publicaram um Protocolo de Atenção Básica - Saúde das Mulheres, no qual há a orientação de realizar um ou outro exame, e não ambos – HIV teste rápido ou sorologia. Observa-se também que para 20% das gestantes não foi solicitado o teste rápido para sífilis, enquanto para 88% houve solicitação do VDRL. A orientação é que seja realizado um e/ou outro – no protocolo de 2016, a orientação foi alterada para um ou outro, apenas. Da mesma maneira, todas as gestantes realizaram um ou outro teste, ou ambos, não havendo aquelas que não realizaram nenhum deles. Em relação aos demais exames orientados, todos foram solicitados e avaliados em tempo oportuno.

No que diz respeito ao segundo trimestre, o MS orienta apenas a realização de dois testes, o coombs indireto para pacientes com Rh negativo e o teste de tolerância a glicose com 75g. O último foi solicitado para 100% das gestantes em nosso estudo, enquanto o coombs indireto apenas para as pacientes Rh negativo ou para as que não possuíam resultado laboratorial documentado deste exame previamente. Semelhantemente, todos os exames solicitados foram realizados e avaliados por um profissional de saúde.

No terceiro trimestre encontra-se o maior número de exames obrigatórios não solicitados: 50% de anti-HIV; 100% da bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas); 10,7% de exame de urina e urocultura; 25% da glicemia de jejum; 10,7% do hemograma; 50% da sorologia para hepatite B (HbsAg); 21,4% do VDRL. Embora outros testes não obrigatórios tenham sido realizados neste mesmo período, como o teste rápido anti-HIV (25%); o teste rápido para triagem de sífilis (21,4%); o teste rápido para hepatite B (10,7%), não houve cobertura de 100% das gestantes. A bacterioscopia de secreção vaginal, embora seja preconizada pelo MS, no município de Ouro Preto, não é um exame disponível gratuitamente pelo SUS, ficando restrita sua coleta e análise por laboratórios da rede privada, o que poderia explicar a sua não solicitação e realização. Além disso, semelhantemente a alguns exames não mais orientados durante o primeiro trimestre, no Protocolo de Atenção Básica - Saúde das Mulheres de 2016, a bacterioscopia da secreção vaginal não se encontra na lista de exames preconizados (BRASIL, 2016).

A diferença encontrada na solicitação de exames do terceiro trimestre em relação ao primeiro trimestre, por exemplo, pode estar relacionada ao número de profissionais que realiza o atendimento – na UBS cujos dados foram analisados, a primeira consulta pré-natal é realizada pela enfermeira da unidade (apenas um



profissional), enquanto a continuidade do cuidado pré-natal se distribui entre enfermeira e médicos/médicos residentes (sete profissionais). Além disso, existem outros manuais de orientação ao pré-natal, como o da FEBRASGO por exemplo, que incluem outros exames nos três trimestres de gestação, não preconizados pelo MS – o que explicaria o pedido dos exames extras, mas não a falta de exames que deveriam ter sido solicitados.

Os exames solicitados distribuídos nos respectivos trimestres estão representados na TABELA 5.

Tabela 5 - Exames preconizados pelo MS correspondentes a cada trimestre gestacional e sua porcentagem de solicitação no pré-natal na UBS.

Exames	1º Trimestre			2º Trimestre			3º Trimestre		
	Sim	Não	NA	Sim	Não	NA	Sim	Não	NA
Anti-hbs	Extra: 60,0%	0,0%	40,0%	Extra: 25,0%	0,0%	75,0%	Extra: 17,9%	0,0%	82,1%
Anti-HCV	Extra: 36,0%	0,0%	64,0%	Extra: 46,4%	0,0%	53,6%	Extra: 21,4%	0,0%	78,6%
Anti-HIV	72,0%	28,0%	0,0%	Extra: 64,3%	0,0%	35,7%	50,0%	50,0%	0,0%
Bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas)							0,0%	100,0%	0,0%
Citopatológico de colo de útero (SN)	0,0%	0,0%	100,0%						
Coombs indireto (se for Rh negativo)	44,0%	0,0%	56,0%	14,3%	0,0%	85,7%	10,7%	14,3%	75,0%
Eletroforese de hemoglobina (SN)	0,0%	0,0%	100,0%						
Exame da secreção vaginal (SN)	0,0%	0,0%	100,0%						
Exame de urina e urocultura	100,0%	0,0%	0,0%	Extra: 89,3%	0,0%	10,7%	89,3%	10,7%	0,0%
Glicemia de jejum	100,0%	0,0%	0,0%	Extra: 78,6%	0,0%	21,4%	75,0%	25,0%	0,0%
Hemograma	100,0%	0,0%	0,0%	Extra: 89,3%	0,0%	10,7%	89,3%	10,7%	0,0%
Parasitológico de fezes (SN)	0,0%	0,0%	100,0%						
Sorologia para hepatite B (HbsAg)	100,0%	0,0%	0,0%	Extra: 71,4%	0,0%	28,6%	50,0%	50,0%	0,0%
Teste de tolerância para glicose com 75g (24ª e a 28ª semana)	Extra: 40,0%	0,0%	60,0%	100,0%	0,0%	0,0%			
Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR	80,0%	20,0%	0,0%	Extra: 28,6%	0,0%	71,4%	Extra: 21,4%	0,0%	78,6%
Teste rápido diagnóstico anti-HIV	72,0%	28,0%	0,0%	Extra: 35,7%	0,0%	64,3%	Extra: 25,0%	0,0%	75,0%
Tipagem sanguínea e fator Rh	100,0%	0,0%	0,0%	Extra: 14,3%	0,0%	85,7%			
Toxoplasmose IgM e IgG	100,0%	0,0%	0,0%	Extra: 78,6%	0,0%	21,4%	SN: 64,3%	17,9%	17,9%
TR Hepatite B	Extra: 60,0%	0,0%	40,0%	Extra: 17,9%	0,0%	82,1%	Extra: 10,7%	0,0%	89,3%
TR Hepatite C	Extra: 56,0%	0,0%	44,0%	Extra: 17,9%	0,0%	82,1%	Extra: 7,1%	0,0%	92,9%
TSH	Extra: 56,0%	0,0%	44,0%	Extra: 21,4%	0,0%	78,6%			
US obstétrica	Extra: 100,0%	0,0%	0,0%	Extra: 67,9%	0,0%	32,1%	Extra: 64,3%	0,0%	35,7%
VDRL	Extra: 88,0%	0,0%	12,0%	Extra: 89,3%	0,0%	10,7%	78,6%	21,4%	0,0%

Legenda: NA – não se aplica; SN – se necessário; TR - teste rápido; US - ultrassonografia  
Fonte: Autoria própria.

### 3.2.4. Realização da consulta de puerpério

Em relação à consulta de puerpério, das 28 gestantes que finalizaram o pré-natal, cinco (18%) não realizaram essa consulta, preconizada pelo MS a acontecer até 42 dias após o parto. As 23 demais realizaram a consulta no tempo descrito (TABELA 6).

Tabela 6 - Dias após o parto em que foi realizada a consulta de puerpério.

Número de dias	
Menor	3,0
Primeiro quartil	11,0
Média	16,4
Mediana	13,0
Terceiro quartil	18,5
Maior	44,0

Fonte: Autoria própria.

Houve apenas uma gestante que realizou a consulta de forma tardia, com 44 dias pós-parto. A consulta de puerpério é importante para que se realize a reavaliação das condições de saúde da mulher e do recém-nascido, o registro das alterações, a investigação e o registro da amamentação, o retorno da menstruação e da atividade sexual, a realização das ações educativas e a condução das possíveis intercorrências (BRASIL, 2012).

Interessante notar que a média para consulta de puerpério foi de 16 dias – o que muitas vezes coincidiu com o tempo de retirada de pontos do parto cesariano, realizado por 46,4% das gestantes que possuíam esse registro (TABELA 7).

Tabela 7 - Tipo de parto realizado.

	Quantidade	(%)
Cesáreo	13	46,4%
Normal	11	39,3%
Sem registro	4	14,3%

Fonte: Autoria própria.

### 3.2.5. Cuidado do(a) parceiro(a)

Em se tratando do cuidado do(a) parceiro(a), de acordo com as informações colhidas em prontuário, não foi observado registro de ter sido oferecido acompanhamento ou exames “pré-natal do(a) parceiro(a)” – nem mesmo houve o registro se as gestantes vieram às consultas acompanhadas deste(a). (TABELA 8)

Tabela 8 - Informações sobre acompanhante, pré-natal do(a) parceiro(a) e relacionamento com a gestante.

	Sim	Não	Sem registro
A gestante compareceu com acompanhante?	2 (7,1%)	0	26 (92,9%)
Foi oferecido o pré-natal do(a) parceiro(a)?	0	0	28
Foi realizado o pré-natal do(a) parceiro(a)?	0	0	28
Possui relacionamento estável?	17 (60,7%)	4 (14,3%)	7 (25,0%)

Fonte: Autoria própria.

As duas gestantes que compareceram acompanhadas foram da mãe e da prima – nenhuma acompanhada pelo(a) parceiro(a), e não há registro no prontuário da gestante sobre o motivo do não comparecimento deste(a). Das 21 gestantes com registro sobre o relacionamento com os(as) parceiros(as), 17 (cerca de 60%) declararam ter relacionamento estável. Um fator que poderia explicar a ausência de registro do acompanhamento e/ou consulta do(a) parceiro(a) seria a possibilidade desse registro ter sido feito no prontuário do(a) próprio(a) parceiro(a), e não da gestante - o que, na visão deste trabalho, poderia dificultar a localização dessas informações, caso no prontuário da gestante não conste ao menos o nome do(a) parceiro(a), complicando o acesso a essa informação. Outra possibilidade a ser levantada e que poderia explicar a ausência do(a) parceiro(a) é o horário de realização das consultas – a UBS onde foram coletados os dados está aberta de 7h às 17h, que costuma ser o horário de trabalho de grande parte da população economicamente ativa. Uma forma de incentivar a participação do(a) parceiro(a) nas consultas é a flexibilização do horário do pré-natal caso possível, e o fornecimento de atestado de comparecimento – no caso das consultas de pré-natal do(a) parceiro(a). Além disso, é direito do pai deixar de comparecer ao serviço por até dois dias para acompanhar consultas médicas e exames complementares durante o período de gravidez de sua esposa ou companheira, sem prejuízo do salário, de acordo com a CLT (BRASIL, 1943).

Estando o(a) parceiro(a) presente, é importante proporcionar espaço na consulta para sua participação, para que ele(a) possa, também, se envolver no processo gravídico-puerperal ativamente, favorecendo a reflexão e o diálogo sobre as mudanças que ocorrerão com a chegada de um filho (BRASIL, 2012).

### 3.2.6. Acompanhamento em serviços de referência especializados

No presente estudo, cerca de 20% das gestantes (seis gestantes) necessitaram de algum serviço de referência especializado; todas foram devidamente encaminhadas e realizaram o acompanhamento durante o tempo necessário, juntamente com a manutenção das consultas na UBS. Os motivos de encaminhamento são representados na TABELA 9.

Tabela 9 - Gestantes que necessitaram serviço especializado durante o pré-natal.

	DMG	Depressão/DMG	DHEG	Toxoplasmose
Necessitaram tratamento especializado	2	1	1	2
Foi disponibilizado?	100%	100%	100%	100%
Foi realizado?	100%	100%	100%	100%

Legenda: DMG – diabetes mellitus gestacional; DHEG – doença hipertensiva específica da gravidez.

Fonte: Autoria própria.

A avaliação do risco gestacional deve ser realizada de forma permanente, ou seja, deve acontecer em toda consulta pré-natal. Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materno-infantil e ampliar o acesso com qualidade, é necessário que se identifiquem os fatores de risco gestacional o mais precocemente possível e seja disponibilizado o acesso ao serviço especializado necessário (BRASIL, 2012).

### 3.2.7. Informação sobre o plano de parto

Apenas cerca de 10% (três gestantes) foram informadas sobre os benefícios do parto fisiológico e sobre a realização do plano de parto, sendo este plano discutido apenas com uma gestante, conforme TABELA 10.

Tabela 10 - Gestantes informadas sobre plano de parto / discussão do plano de parto.

	Sim	Não	Sem registro
Foi informada sobre o parto e plano de parto?	3 (10,7%)	0	25
Foi discutido sobre o plano de parto?	1 (3,57%)	0	27

Fonte: Autoria própria.

A experiência de parto de uma mulher é de vital importância e suas memórias de parto perduram (SIMKIN, 1996). Os principais fatores que influenciam a qualidade desta experiência incluem expectativas pessoais, a qualidade e a quantidade de apoio que ela recebe, a qualidade da relação cuidador-paciente, como por exemplo,

comunicação, continuidade do cuidado, empatia, respeito, seu envolvimento na tomada de decisões, seu risco clínico e resultado obtido ao final da gestação (HODNETT, 2002). Daí percebe-se a importância de abordar com as gestantes, durante o cuidado pré-natal, suas expectativas, planos, ideias, angústias, dúvidas e trazer orientações à medida que a gravidez avança.

A preparação para o parto deve fornecer à gestante e suas famílias o conhecimento e o apoio necessários para tomar decisões informadas, alinhadas com seus valores e preferências. Uma boa preparação pode otimizar a experiência do parto, mesmo que surjam complicações e sejam necessárias intervenções não esperadas ou planejadas (HAPIO, 2017). Muitas vezes a preferência da mulher por um parto tipo cesariana, por exemplo, está relacionada a valores culturais, econômicos e as informações acerca dos tipos de parto fornecidas a ela durante o pré-natal (BENERUTE et al., 2013).

Fornecer informações à mulher sobre o funcionamento do seu corpo, a fisiologia e o tempo do trabalho de parto e os mecanismos da dor podem ser ferramentas importantes para ressignificar o parto normal e contribuir para a escolha consciente dessa gestante, bem como participação ativa nesse processo (KOTTWITZ et al., 2017).

Informar a gestante sobre os benefícios do parto fisiológico pode ter papel decisivo na construção da experiência que ela e sua família vivenciarão no parto. Tais medidas podem e precisam ser escolhidas pela mulher antes e durante o parto, por meio da realização desse plano. Ele é um documento, de caráter legal, e se baseia no princípio bioético da autonomia – é escrito pelas gestantes após receberem informações sobre a gravidez e o processo de parto, considerando seus valores e desejos pessoais, além das expectativas criadas sobre seu parto ao longo da gravidez (SUÁREZ-CORTÉS et al, 2015).

No presente trabalho, não se encontrou registro desses dados no prontuário de quase 90% das gestantes que realizaram atendimento pré-natal, o que pode levar a dois pensamentos distintos – ou os profissionais de saúde não estão abordando essa temática nas consultas de pré-natal, ou o estão fazendo, porém sem o registro adequado. Informações como “converso sobre parto” ou “oriento sobre parto” são comumente encontradas em prontuário, porém deixam a desejar no entendimento do que especificamente está sendo discutido com a gestante, e da orientação que pode/deve ser realizada, e devidamente documentada, para fins de educação em

saúde e informação da paciente, e também para fins do registro correto das questões abordadas em consulta médica.

Uma sugestão para minimizar esse fato é deixar registrado a intenção de discutir o tema como planejamento futuro em prontuário e/ou no cartão de pré-natal da própria paciente, para que não haja esquecimento na abordagem desse item tão relevante, caso seja esse o motivo.

### 3.2.8. Informação sobre o direito de visita à maternidade

Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente a maternidade na qual dará à luz, segundo a Lei Federal nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. No presente estudo, não há registro sobre qualquer das gestantes ser informada sobre esse direito, ou realizar a visita no ano de 2020.

Em toda a cidade de Ouro Preto, o hospital de referência é a Santa Casa de Misericórdia de Ouro Preto, que possui um trabalho de recepção às gestantes a partir de 30 semanas de gestação, que ocorre periodicamente, em grupos, para conhecimento da Maternidade – sala de parto, alojamento conjunto, banco de leite. Com a pandemia da doença do coronavírus 19 (COVID-19), porém, esse trabalho foi suspenso.

### 3.2.9. Informação sobre os direitos garantidos por lei

Em relação aos demais direitos da gestante, das 28 atendidas, apenas duas possuem o registro de terem sido informadas sobre seus direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

Tabela 11 - Orientação das gestantes sobre direitos trabalhistas.

	Sim	Não	Sem registro
Foi orientada sobre os direitos garantidos por lei?	2 (7,1%)	0	26

Fonte: Autoria própria.

Existe uma série de leis trabalhistas – válidas para gestantes que trabalham no regime CLT – que podem ser usufruídas neste período, como a estabilidade da gestante no emprego, desde a confirmação da gravidez até o 5º mês após o parto; a licença maternidade, de 120 dias após o nascimento de seu filho, (podendo ser iniciada até 28 dias antes do nascimento), sem que haja prejuízo do emprego, salário

e demais benefícios; a dispensa do horário de trabalho para comparecer às consultas e exames, mediante atestado médico para comprovação da falta; o direito a dois descansos especiais, de meia hora cada um, durante a jornada de trabalho, para a amamentação de seu filho, até que complete seis meses de idade; o direito a duas semanas de repouso em caso de aborto (BRASIL, 2017).

Não há registro em prontuário das gestantes que trabalham pelo regime da CLT, ou das que estão sem trabalho fora do domicílio no momento da gestação – esta pode ser uma razão pela qual o tema não seja muito abordado durante as consultas. É importante conhecer essa característica da vida da gestante, a fim de informá-la e incentivá-la a exigir que seus direitos sejam garantidos.

#### **4. CONCLUSÃO**

O presente estudo buscou avaliar se alguns aspectos da qualidade do pré-natal estipulados pelo MS estavam sendo observados no atendimento às gestantes na UBS do Morro Santana, em Ouro Preto-MG. Diante dos resultados encontrados, algumas melhorias na prática da ESF podem ser realizadas, principalmente no que diz respeito aos exames solicitados no terceiro trimestre de gestação, e a informação às gestantes sobre aspectos outros na consulta pré-natal, como o plano de parto, os direitos garantidos por lei, e o pré-natal do(a) parceiro(a) – itens importantes na qualidade do cuidado onde não foi encontrado registro sobre sua realização.

Algumas sugestões de mudanças no processo de trabalho foram realizadas ao longo da discussão do estudo, porém, abordar o assunto em equipe, com o objetivo de encontrar uma alternativa em comum, pode ser um ponto que auxilie na melhoria do atendimento, unindo esforços de todos os participantes do cuidado, para que um cuidado de maior qualidade seja fornecido às gestantes encontradas nesta população.

Tem-se como proposta de plano futuro o *feedback* destes resultados para a equipe – o que faz parte da metodologia da auditoria clínica -, ainda não realizado por motivos de planejamento e tempo. Espera-se que as propostas de mudanças que surjam a partir dos resultados encontrados sejam implementadas e tragam resultados efetivos na melhora da qualidade do pré-natal.



## REFERÊNCIAS

BENJAMIN, A. Audit: how to do it in practice. **BMJ** (Clinical research ed.) v. 336,7655, p. 1241-5, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.39527.628322.AD>. Acesso em 20 Jan. 2021.

BENUTE, G. R. G. *et al.* Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, p. 281-285, Junho 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010072032013000600008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032013000600008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 Jan. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Brasília, DF. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual Técnico – Gestão de Alto Risco**. Brasília, DF. 2010.

BRASIL. **Consolidação das leis do trabalho – CLT e normas correlatas**. Coordenação de Edições Técnicas. Brasília: Senado Federal, 2017.

BRASIL. Decreto-lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943. Aprova a consolidação das leis do trabalho. Lex: coletânea de legislação: Edição Federal, São Paulo, v. 7, 1943.

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de Setembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema único de Saúde. Brasília, Diário Oficial [da] União, 28 dez. 2007, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Ministério da Saúde. Brasília, DF. 2016.

BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <http://bit.ly/2fmnKeD>. Acesso em: 13 Mai. 2021.

CAETANO, L.C. *et al.* Gravidez depois dos 35 anos: uma revisão sistemática da literatura. **Rev Min Enferm.** v.15(4), p.579-87, Out-Dez 2011. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/73>. Acesso em 15 Jan. 2021.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, Mar. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 08 Jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>.

DOWSWELL, T. *et al.* Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. **The Cochrane database of systematic reviews**. v.7 CD000934. Jul. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26184394/>. Acesso em: 01 Fev 2021. doi:10.1002/14651858.CD000934.pub3

HAAPIO, S. *et al.* Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first-time mothers: an RCT. **Scandinavian journal of caring sciences**. v. 31,2 p.293-301. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27439382/>. Acesso em: 15. Jan. 2021. doi:10.1111/scs.12346

HODNETT, E. D. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. **American journal of obstetrics and gynecology** v. 186,5, p.160-72, 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12011880/>. Acesso em: 10 Jan. 2021. doi:10.1067/mob.2002.121141

IVERS, N. *et al.* Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. **The Cochrane database of systematic reviews**. v.6 CD000259. Jun. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22696318/>. Acesso em: 15. Jan. 2021. doi:10.1002/14651858.

KOTTWITZ, F. *et al.* Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, e20170013, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452018000100201&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000100201&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 08 Fev. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0013>.

MOLLER, A.B. *et al.* Early antenatal care visit: a systematic analysis of regional and global levels and trends of coverage from 1990 to 2013. **The Lancet**. Global health v. 5,10 p. 977-983. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28911763/>. Acesso em 12 Jan. 2021. doi:10.1016/S2214-109X(17)30325-X

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra, 2000. Disponível em: [https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit\\_atencao\\_perinatal/manuais/assistencia\\_a\\_o\\_parto\\_normal\\_2009](https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/assistencia_a_o_parto_normal_2009). Acesso em 11 Jan. 2021.

PEIXOTO, S. **Manual de assistência pré-natal**. 2. ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014.

SILVA S. *et al.* O puerpério e a mulher contemporânea: uma investigação sobre a vivência e os impactos da perda da autonomia. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 166-184, jun. 2013. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582013000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000100010&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 08 fev. 2021.

SIMKIN, P. The experience of maternity in a woman's life. **Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing**. v. 25,3, p.247-52, 1996. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8683360/>. Acesso em 13 jan. 2021. doi:10.1111/j.1552-6909.1996.tb02432.x

SMITH, R. Audit and research. **BMJ**. Clinical research ed. v. 305,6859, p.905-6, 1992. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1458071/>. Acesso em 9 Jan. 2021. doi:10.1136/bmj.305.6859.905

SUAREZ-CORTES, M. *et al.* Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 520-526, Junho 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692015000300520&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000300520&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 08 Fev. 2021. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583>.

ZOLOTOR, A. J.; CARLOUGH, M. C. Update on prenatal care. **American family physician** v. 89,3, p. 199-208, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24506122/>. Acesso em: 20 Jan. 2021.