TCE-PE
Fls.:
Rubrica

Tribunal de Contas do Estadode Pernambuco – TCE/PE

RELATÓRIO CONSOLIDADO DE AUDITORIA OPERACIONAL

(PROCESSO TC N° 1005679-8)

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNA NA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA

Prefeitura Municipal de Petrolina

Conselheiro Relator:
Ricardo Rios

Equipe:
Andre Augusto Viana
João Antônio Robalinho Ferraz (coordenador)
Márcia Aparecida Pimentel Leal

Recife, Setembro – 2015

TCE-PE
Fls.:
Rubrica

Agradecimentos

O sucesso das auditorias operacionais depende do relacionamento e da colaboração estabelecidas entre as equipes de auditoria e os dirigentes e técnicos dos programas ou órgãos auditados. Há de se registrar que a equipe do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (TCE-PE) foi bem recebida pelos profissionais das unidades de saúde da família e da Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina.

Agradecemos à enfermeira Vânia Gonçalves de Oliveira Lima e ao médico Clovis de Souza Barbosa Neto da Unidade de Saúde da Família de Poço da Panela da Prefeitura do Recife na orientação e esclarecimento do funcionamento da unidade de saúde, disponibilizando informações que contribuíram para o ajuste dos questionários aplicados em campo, bem como às servidoras do TCE-PE Martha Maria Pedrosa de Almeida e Adriana Maria Gomes Nascimento Leite, que colaboraram para definição do foco dos trabalhos.

TCE-PE
Fls.:
Rubrica

Resumo

A presente auditoria foi aprovada por meio da formalização do processo de Auditoria Especial TC n° 1005679-8, tendo como relator o Conselheiro Valdecir Pascoal.

O objeto desta auditoria operacional é a avaliação das ações para assistência à saúde materna realizadas nas Unidades de Saúde da Família (USFs) das regiões de saúde do Estado de Pernambuco onde apresentam os maiores índices de mortalidade materna. O principal objetivo desta auditoria foi avaliar a qualidade da assistência ao pré-natal prestada pela atenção básica do município de Petrolina, com foco na classificação de risco das gestantes e seus procedimentos para assistência, nos procedimentos adotados no pré-natal, na assiduidade dos profissionais médicos das equipes de saúde da família e na estrutura física mínima preconizada pelo Ministério da Saúde (MS).

A auditoria constatou problemas, tais como: (i) ausência e inadequação da classificação do risco gestacional; (ii) deficiências no atendimento do pré-natal à gestante de risco; (iii) ausência de informações no modelo de ficha perinatal adotado pela Secretaria Municipal de Saúde; (iv) ausência de exames complementares no pré-natal preconizados pelo MS; (v) ausência de procedimentos técnicos e condutas no exame clínico e obstétrico; (vi) baixa assiduidade dos médicos das unidades de saúde da família; (vii) pagamento de médicos de unidades de saúde da família sem o cumprimento de carga horária integral; (viii) divergência entre os registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e da Secretaria de Saúde; (ix) estrutura física das USFs inadequada para o atendimento da população.

Foram utilizados como procedimentos metodológicos para coletar as informações que auxiliaram o processo de auditoria: pesquisa documental e bibliográfica, extração de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), entrevistas semi-estruturadas realizadas com enfermeiras das diversas equipes de saúde da família, e coleta de documentos e informações nas unidades de saúde da família e secretaria municipal de saúde. E como procedimentos de análise: estudo de legislação específica e relatórios gerenciais, análise de dados e séries históricas de informações colhidas do DATASUS, análise de registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e análises estatísticas.

Dessa maneira, visando contribuir para a melhoria das ações para o atendimento pré-natal à gestante de risco promovida pelas unidades de saúde da família do município, foi recomendado à Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina que: capacite os profissionais das equipes de saúde da família através de cursos para conscientização sobre a importância da assistência ao pré-natal e puerpério e do adequado preenchimento dos instrumentos de registro; avalie periodicamente o desempenho das equipes quanto à captação, recondução e trabalho educativo e os procedimentos, atividades e condutas de acompanhamento do pré-natal conforme recomendações do MS; garanta a realização plena dos exames complementares e que implemente procedimentos de controle para responsabilização quanto à ausência de registro documental de procedimentos, atividades e condutas inerentes ao atendimento pré-natal.

Quanto ao atendimento pré-natal realizado nas USFs, incluindo gestantes de risco e sem risco identificado, foi recomendado à Secretaria Municipal de Saúde de

Petrolinaque:reavalie o modelo da ficha perinatal adequando-a para que contenha as informações preconizadas pelo MS; acompanhe junto às equipes de saúde da família a solicitação dos exames complementares e o registro dos respectivos resultados na ficha perinatal e prontuário médico; implante procedimentos de controle e responsabilização quanto à ausência de registro documental e quanto aos procedimentos técnicos e condutas médicas preconizados pelo MS; promova campanha municipal de conscientização da necessidade da realização do exame de citologia oncótica; forneça às USFs a quantidade de sulfato ferroso necessária para atender a todas as gestantes assistidas pelo município; verifique se está sendo feita a profilaxia para o tétano em gestantes.

Quanto aos profissionais de saúde da família, recomendou-se à Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina que assegure o cumprimento da carga-horária estabelecida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Também foi recomendado ao ordenador de despesas da Secretaria Municipal de Saúdea Sra. Lúcia Cristina Giesta Soares, a devolução de R$ 10.666,67 (dez mil seiscentos e sessenta e seis reais e sessenta e sete centavos) aos cofres públicos, referentes aos dias úteis não trabalhados dos médicos no mês de setembro/2010, e ainda a imputação de multa ao ordenador de despesa pela autorização de pagamentos na íntegra a médicos que não cumpriram a jornada semanal contratada.

Por último, quanto à estrutura disponibilizada pelas USFs foi recomendado que a Secretaria Municipal de Saúde de Petrolinapromova a adequação da estrutura física das unidades conforme orientações do MSpara que seja acessível a todos e realize o planejamento e a sistematização das atividades educativas.

Com a implementação das recomendações citadas espera-se que haja uma melhoria da qualidade da assistência pré-natal do município de Petrolina, podendo contribuir para a redução dos índices de mortalidade materna municipal.

TCE-PE
Fls.:
Rubrica

LISTA DE SIGLAS

AOP:	Auditoria Operacional
AU:	Altura Uterina
BCF:	Batimentos Cardíacos Fetais
CCE:	Coordenaria de Controle Externo
CEEMM-PE:	Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna de Pernambuco
CMM:	Coeficiente de Mortalidade Materna
CNES:	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS:	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DHPN:	Doença Hemolítica Perinatal
DN:	Declaração de Nascidos Vivos
DO:	Declaração de Óbito
ESF	Equipe de Saúde da Família
IMC:	Índice de Massa Corpórea
INCA:	Instituto Nacional de Câncer
MPAD:	Mapa de Produção Ambulatorial Diário
MS:	Ministério da Saúde
ODM:	Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
OPAS:	Organização Panamericana de Saúde
PA:	Pressão Arterial
PACS:	Programa Agente Comunitário de Saúde
PHPN:	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNAB:	Política Nacional de Atenção Básica
PNDS:	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNUD:	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROMOEX:	Programa de Modernização do Sistema de Controle Externo/BID
SAMU:	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
SIA:	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIM:	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINASC:	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS:	Sistema Único de Saúde
TCE-PE:	Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco
TDA:	Termo de Designação de Auditoria
USF:	Unidade de Saúde da Família

TCE-PE
Fls.:
Rubrica

LISTA DE FIGURAS

		Pg.
Figura 01:	Evolução do Coeficiente Mortalidade Materna: Macrorregiões do Brasil – 1996-2007	13
Figura 02:	Evolução do Coeficiente Mortalidade Materna por região de saúde de PE – 1999-2007	16
Figura 03:	Fluxograma da assistência à saúde materna	20
Figura 04:	Escore de risco gestacional x Intercorrências obstétricas atuais	29
Figura 05:	Escore de risco gestacional x Intercorrências clínicas crônicas	30
Figura 06:	Escore de risco gestacional x Histórico reprodutivo	30
Figura 07:	Evolução anual das consultas pré-natal no SUS (em milhões): Brasil 2003-2009	36
Figura 08:	Campos sem preenchimento da Ficha Perinatal	38
Figura 09:	Exames complementares realizados pelas USFs visitadas	39
Figura 10:	Aferição dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF) realizada pelas USFs visitadas	40
Figura 11:	Avaliação ultrassonográfica realizada pelas USFs visitadas	40
Figura 12:	Medição da altura uterina realizada pelas USFs visitadas	44
Figura 13:	Aferição da pressão arterial realizada pelas USFs visitadas	45
Figura 14:	Exame de citologia oncótica realizado pelas USFs visitadas	47
Figura 15:	Prescrição do sulfato ferroso pelas USFs visitadas	57
Figura 16:	Vacina antitetânica realizada pelas USFs visitadas	57
Figura 17:	Estrutura física da USF Idalino Bezerra (farmácia e sala de espera)	68
Figura 18:	Estrutura física da USF João Moreira(farmácia e sala de vacina)	69
Figura 19:	Estrutura física da USF Anália Batista (sala de espera)	70
Figura 20:	Estrutura física da USF Ricardo Soares Coelho (sala de espera)	70

TCE-PE
Fls.:
Rubrica

LISTA DE QUADROS

		Pg.
Quadro 01:	Frequência de anos com ocorrência de óbitos maternos: período 1999 a 2008	16
Quadro 02:	Universo da amostragem por USF – Petrolina	22
Quadro 03:	Exames de repetição realizados por gestante –Petrolina	41
Quadro 04:	Avaliação da assiduidade mensal dos médicos de Petrolina: set/2010	59
Quadro 05:	Relação dos médicos sem apresentação de contrato	61
Quadro 06:	Demonstrativo de débito por médico	62
Quadro 07:	Triangulação de registros a partir de três fontes: MPAD, Secretaria de Saúde e CNES	65
Quadro 08	Dados pessoais do responsável	84
Quadro 09	Achados e Recomendações	85

TCE-PE
Fls.:
Rubrica

LISTA DE TABELAS

		Pg.
Tabela 01:	Escore de risco gestacional a partir de Barros	25
Tabela 02:	Escore de risco gestacional a partir de Barros incluídos os fatores do MS – parâmetros criados pela equipe de auditoria	26
Tabela 03:	Classificação de risco gestacional	27
Tabela 04:	Grau de risco gestacional	27
Tabela 05:	Resultados relevantes no escore para classificação médio risco	28
Tabela 06:	Consolidação do Escore de risco gestacional por fatores de risco	31
Tabela 07:	Idade gestacional na 1ª consulta	36
Tabela 08:	Tipo de gestação x Período da 1ª consulta	38
Tabela 09:	Classificação de risco x Encaminhamento de risco	39
Tabela 10:	Tipo de gestação x Exames Complementares	40
Tabela 11:	Classificação de risco x Exames Complementares	40
Tabela 12:	Idade gestacional x Avaliação Ultrassonográfica	44
Tabela 13:	Tipo de gestação x Medição da altura uterina	45
Tabela 14:	Tipo de gestação x Exame de citologia oncótica	47

TCE-PE
Fls.:
Rubrica

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO 10

1.1 Antecedentes 10
1.2 Identificação do objeto da auditoria 10
1.3 Objetivo e escopo da auditoria 11
1.4 Critérios para avaliação 11
1.5 Procedimentos metodológicos 11

CAPÍTULO 2 – VISÃO GERAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNA 13

2.1 Relevância do tema 13
2.2 Comportamento epidemiológico do Coeficiente de Mortalidade Materna em Pernambuco 15
2.3 Legislação e Normas Técnicas 17
2.4 Lógica da assistência à saúde materna 19

CAPÍTULO 3 – RESULTADOS DA AUDITORIA 21

3.1 Atendimento pré-natal à gestante de risco 21
3.1.1 Inadequação da classificação do risco gestacional 23
3.1.2 Deficiências no atendimento do pré-natal à gestante de risco 33
3.2 Atendimento pré-natal realizado nas unidades de saúde da família 49
3.2.1 Ausência de informações no modelo de ficha perinatal adotado pela Secretaria de Saúde 50
3.2.2 Ausência de exames complementares no pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde 52
3.2.3 Ausência de procedimentos técnicos e condutas no exame clínico e obstétrico 53
3.3 Profissional médico de saúde da família 58
3.3.1 Baixa assiduidade dos médicos das unidades de saúde da família 58
3.3.2 Pagamento de médicos de unidades de saúde da família sem o cumprimento de carga horária integral 61
3.3.3 Divergência entre os registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina 63
3.4 Estrutura da unidade de saúde da família 66
3.4.1 Estrutura física inadequada para o atendimento da população 67

CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR 72

CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO 81

CAPÍTULO 6 – PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTO 84

REFERÊNCIAS 85

APÊNDICE A – FATORES DE RISCO PARA A GRAVIDEZ ATUAL 87

APÊNDICE B – DADOS PESSOAIS DO RESPONSÁVEL 88

APÊNDICE C – QUADRO DE ACHADOS E RECOMENDAÇÕES 89

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

1.1 Antecedentes

O Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (TCE-PE) iniciou em 2001 a realização de auditorias operacionais como foco em ações de governo, avaliando aspectos de eficiência, eficácia e economicidade da gestão pública, com o objetivo de contribuir para que os recursos públicos gerem mais benefícios à sociedade.

A presente avaliação foi motivada a partir da demanda nº 8805 encaminhada pela Ouvidoria do TCE-PE para apuração de denúncia sobre a temática "mortalidade materna do Estado de Pernambuco". Exames preliminares do teor apresentado pela denúncia apontam a falta de política de atenção à saúde da mulher na maioria dos municípios do estado de Pernambuco**.**

Segundo notícia divulgada no caderno "Cidades" do Jornal do Commércio, em 30/05/2009, o relatório emitido pelo Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna de Pernambuco (CEEMM-PE) denuncia o descaso com a saúde reprodutiva das mulheres nos municípios das regiões do Agreste e Sertão. Para a coordenação do comitê, 96% dos óbitos poderiam ser evitados, se fossem garantidos a atenção básica[1] e o acompanhamento pré-natal adequados às mulheres.

Tendo em vista o Termo de Designação de Auditoria (TDA) nº 11/2010, de 26/10/2010, foi determinada a realização de auditoria operacional para avaliação das ações de assistência pré-natal promovidas pelas Unidades de Saúde da Família (USFs) no Município de Petrolina. Para tanto, foi formalizado processo de Auditoria Especial sob o número TC nº 1005679-8, cujo relator é o Conselheiro Valdecir Pascoal, com foco nas ações de assistência pré-natal executadas pelas equipes de saúde da família, gerenciadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina.

O presente trabalho trata dos resultados da auditoria operacional, na modalidade Avaliação de Programa, realizada, aplicando técnicas, procedimentos e metodologias específicas desenvolvidas neste Tribunal sob a denominação Auditoria Operacional (AOP)[2].

1.2 Identificação do objeto da auditoria

O objeto desta auditoria operacional é a avaliação das ações para assistência à saúde materna realizadas nas Unidades de Saúde da Família (USFs) das regiões de saúde do Estado de Pernambuco onde apresentam os maiores índices de mortalidade materna.

[1]Segundo o Ministério da Saúde, atenção básica é um conjunto de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de saúde nos âmbitos individual e coletivo, realizadas por meio de trabalho em equipe e dirigidas a populações de territórios delimitados.

[2]Os termos Auditoria Operacional (AOP) e Auditoria de Natureza Operacional (ANOP) referem-se ao mesmo tipo de auditoria. O primeiro termo está sendo adotado no âmbito do Programa de Modernização do Sistema de Controle Externo (PROMOEX) e o segundo é o adotado neste Tribunal pela Resolução TC n°02/2005.

1.3 Objetivo e escopo da auditoria

O principal objetivo desta auditoria é avaliar a qualidade da assistência ao pré-natal prestada pela atenção básica do município de Petrolina, abordando aspectos de conformidade, economicidade, eficiência, qualidade e de princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como continuidade e acessibilidade.

Para a verificação desses aspectos, a abordagem do trabalho envolveu três questões de auditoria:

- **Questão 1** – Em que medida as ações para assistência ao pré-natal desenvolvidas pelas USFs localizadas nas regiões de saúde de Petrolina, Salgueiro e Ouricuri estão de acordo com os procedimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS)?
- **Questão 2** – Em que medida os médicos de saúde da família registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) conferem com os profissionais que trabalham nas USFs e atendem a carga horária estabelecida pelo SUS?
- **Questão 3** – A estrutura física e de recursos humanos para assistência ao pré-natal disponibilizada pelas USFs localizadas nas regiões de saúde de Petrolina, Salgueiro e Ouricuri estão de acordo com o recomendado pelo MS?

1.4 Critérios para avaliação

Foram adotados como referencial para avaliação da assistência ao pré-natal os protocolos estabelecidos pelo "Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério" do MS, quanto aos exames e procedimentos a serem realizados pela atenção básica (BRASIL, 2005, 2006c). Também foram utilizados os fatores estabelecidos pelo Ministério para classificação de risco da gestante assistida pelas equipes de saúde da família (Manual Técnico para Gestantes de Risco). Ainda, foram utilizados como critérios para avaliação os princípios e diretrizes definidos pelo SUS e pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) instituída pela Portaria n° 648/GM (BRASIL, 2006a). Além da infraestrutura mínima necessária para o funcionamento das unidades de saúde da família exigido pelo "Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde" do MS (BRASIL, 2008a).

1.5 Procedimentos metodológicos

Os procedimentos utilizados para coleta e análise das informações que auxiliaram o processo de auditoria foram:

1- Procedimentos de coleta:

- Pesquisa documental e bibliográfica;
- Extração de dados via *internet* das bases/sistemas do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS);
- Entrevistas semi-estruturadas com enfermeiras das equipes de saúde da família de Petrolina;

- Coleta de informações nas USFs do município de Petrolina, como fichas de pré-natal e boletins diários de produção ambulatoriais, e registro das imagens da estrutura das unidades através de fotografias.

2 - Procedimentos de análise:

- Estudo de legislação específica e leitura de relatórios gerenciais;
- Análise de dados e de séries históricas do Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM) a partir de informações extraídas do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do DATASUS – período 1996 a 2007;
- Analise de registros das unidades de saúde da família extraídos do CNES do DATASUS;
- Análise estatística de dados colhidos nas USFs e lançados no sistema Sphinx Léxica.

Para coleta de informações das fichas perinatais a serem examinadas, foram selecionadas de forma aleatória 232 fichas dentre as quais foram analisadas 167.Buscou-se estabelecer como critério a seleção aleatória de 10 gestantes assistidas por cada equipe de saúde da família (ESFs) das USFs visitadas pelo TCE-PE, contudo a ESF Anália Batista II só estava acompanhando sete gestantes no período da auditoria.

O município de Petrolina possui 47unidades de saúde da família cadastradas no CNES[3]. Foram selecionadas de forma aleatória 12 unidades localizadas na zona urbana do município para aplicação dos questionários e coleta de documentos sobre assistência pré-natal. Dentre as unidades visitadas cinco possuem duas equipes de saúde da família perfazendo um total de 17 ESFs selecionadas. Abaixo apresentamos as USFs visitadas pela equipe de auditoria:

- USF – Álvaro Rocha
- USF – Anália Batista
- USF – Beatriz Luz de Rocha
- USF – Idalino Bezerra
- USF – Jardim Maravilha
- USF – João Moreira[4]
- USF – Lia Bezerra
- USF – Miguel de Lima Durando
- USF – Parteira Idalina dos Santos
- USF – Ricardo Soares Coelho
- USF – Rio Corrente
- USF – Rosa Maria Ribeiro

[3]Base de dados extraída do DATASUS em 20/09/2010: http://cnes.datasus.gov.br/.
[4]A unidade de saúde João Moreira fica localizada no bairro Henrique Leite e a prefeitura municipal de Petrolina denomina essa unidade de USF Henrique Leite

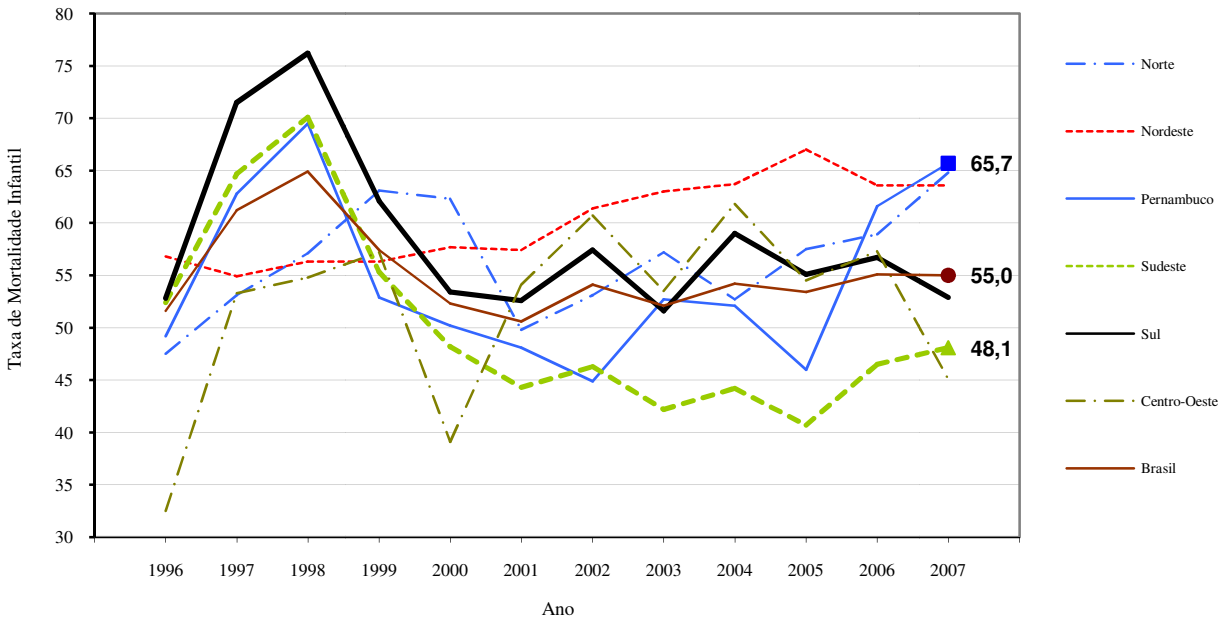
CAPÍTULO 2 – VISÃO GERAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNA

2.1 Relevância do tema

A Portaria do Ministério da Saúde n° 648/GM, de 28/03/2006, instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), operacionalizada pela Estratégia de Saúde da Família, que pretende garantir direitos de cidadania e melhoria da qualidade de vida da população. A atenção primária é utilizada como referência para a organização dos serviços de saúde realizados nos municípios e para a promoção da saúde dentro dos princípios e diretrizes estabelecidos pelo SUS: (i) universalidade de acesso; (ii) integralidade de assistência; (iii) igualdade da assistência; (iv) participação da comunidade; (v) descentralização político-administrativa dos serviços de saúde; (vi) resolubilidade (BRASIL, 1990).

Apesar dos avanços promovidos pela PNAB, a Região do Nordeste apresenta, historicamente, indicadores sociais de saúde desfavoráveis, quando comparados com a média do país. Tome-se como exemplo, o Coeficiente de Mortalidade Materna (CMM) de 65,7 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos do Estado de Pernambuco no ano de 2007: mais de 19% acima da média nacional de 55,0 e de 36% da região Sudeste de 48,1 óbitos maternos.

Figura 01 – Evolução doCoeficiente Mortalidade Materna[5]: Macrorregiões do Brasil – 1996-2007



Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIM[6] e Ministério da Saúde/DATASUS/SINASC[7].

[5] Não foi aplicado o fator de correção de 1,41 para o cálculo do coeficiente de mortalidade de 2005 do Brasil. Este fator tem como objetivo diminuir o impacto da subinformação dos óbitos maternos, estimando valores próximos à realidade.

[6] Base de dados extraída do DATASUS em 14/10/2010: http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf.

[7] Base de dados extraída do DATASUS em 14/10/2010: http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nv.

Aliado a este contexto, observa-se uma crescente preocupação em relação à saúde materna não só dos órgãos nacionais, mas também dos internacionais. A Declaração do Milênio das Nações Unidas, aprovada pelos países membros do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), em setembro de 2000, estabeleceu a melhoria da saúde materna como alguns dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs).

Segundo o PNUD[8]:

> Complicações na gravidez ou no parto matam mais de meio milhão de mulheres por ano e cerca de 10 milhões ficam com sequelas. Uma em cada 16 mulheres morre durante o parto na África Subsaariana. O risco é de uma para cada 3.800 em países industrializados. Existem sinais de progresso mesmo em áreas mais críticas, com mais mulheres em idade reprodutiva ganhando acesso a cuidados pré-natais e pós-natais prestados por profissionais de saúde. Os maiores progressos verificados são em países de renda média, como o Brasil.
> [...]
> Segundo o Relatório Nacional de Acompanhando dos ODMs do governo, houve uma redução de 12,7% na mortalidade materna entre 1997 (61,2 óbitos para 100 mil nascidos) e 2005 (54,3 óbitos para 100 mil nascidos), mas o próprio relatório admite que há subnotificações. Nas regiões Norte e Sudeste houve redução da mortalidade materna, mas ela aumentou no Nordeste, no Centro-Oeste e no Sul no país, segundo o UNICEF.

A ocorrência de óbito materno é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos. Os índices de mortalidade materna nos países em desenvolvimento são preocupantes. Um estudo realizado por organismos internacionais estimou que em 2005 aproximadamente 536 mil mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Constatou-se que apenas 15% delas viviam em países desenvolvidos. Essa disparidade entre países desenvolvidos e em desenvolvimento é encontrada no continente americano. O Canadá e Estados Unidos apresentam valores inferioresa 11 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos, já países como Bolívia e Peru chegama mais de 200 óbitos e Haiti, 670 óbitos maternos. Cerca de 15 mil mulheres morrem por ano em toda a América devido a complicações na gravidez, no parto ou no puerpério[9].A maioria dos óbitos poderia ser evitada se as condições locais de saúde fossem semelhantes àsdos países desenvolvidos. Em alguns países com situação econômica desfavorável (como Cuba e Costa Rica), os coeficientes de mortalidade materna são inferiores,demonstrando que a decisão política influencia sobre os índices de morte materna (BRASIL, 2009).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 1996, constatou que aproximadamente 10 milhões de mulheres estavam expostas à gravidez indesejada. No SUS são atendidas, anualmente, cerca de 250 mil mulheres com complicações de aborto, sendo esta uma das principais causas de óbito materno (BRASIL, 2004).

[8] Informação extraída do site: http://www.pnud.org.br/odm/objetivo_4/ em 14/10/2010.

[9] É o período cronologicamente variável, de âmbito impreciso, durante o qual se desenrolam todas as manifestações involutivas e de recuperação da genitália materna havidas após o parto. Há, contemporaneamente, importantes modificações gerais. Que perduram até o retorno do organismo às condições vigentes antes da prenhez. A relevância e a extensão desses processos são proporcionais ao vulto das transformações gestativas experimentadas e diretamente subordinadas à duração da gravidez. Por via-de-regra, completa-se a involução puerperal no prazo de seis semanas, embora seja hábito dividir o período que se sucede ao parto em: pós-parto imetiáto (do 1° ao 10° dia); pós-parto tardio ((do 10° ao 45°dia); e pós-parto remoto (além do 45° di). (REZENDE, Jorge; MONTENEGRO, Carlos A. Barbosa. Obstetrícia Fundamental. 5ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1991).

Para o PNDS, o acesso aos serviços de assistência pré-natal representa o problema específico para as mulheres residentes na zona rural das regiões Norte e Nordeste. Segundo a pesquisa, 85,6% das gestantes no Brasil são atendidas por médicos e/ou enfermeiras, sendo que 91,4% das gestantes residentes na área urbana e 67,8% na área rural. Apesar das coberturas de consultas a gestantes, os valores de mortalidade materna e neonatal, a alta incidência de sífilis congênita, e a baixa cobertura de vacina antitetânica, revelam baixa qualidade do atendimento prestado no pré-natal (BRASIL, 2004).

Cerca de dois terços dos óbitos maternos decorrem de causas obstétricas diretas, resultante da baixa qualidade da atenção obstétrica e ao planejamento familiar prestadas às mulheres brasileiras. As principais causas diretas que contribuem para o óbito materno são a hipertensão, a hemorragia, as infecções puerperais, as doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto e puerpério e o aborto (BRASIL, 2009).

Para aperfeiçoamento da assistência materna, é necessário que se monitore e investigue a ocorrência de óbitos nos municípios. Entretanto, dois fatores dificultam e limitam o monitoramento da mortalidade materna no Brasil: a subinformação e o sub-registro. A primeira resulta do preenchimento incorreto das declarações de óbitos (DOs), e ocorre quando se omite que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério[10]. Já o sub-registro, decorre da omissão do registro de óbito em cartório, frequente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, seja pela dificuldade de acesso aos cartórios, pela existência de cemitérios irregulares ou a falta de informação da população quanto à importância da Declaração de Óbito (DO) como instrumento de cidadania (BRASIL, 2009).

Diante dos fatos abordados anteriormente, conclui-se que a "assistência à saúde materna" é tema importante para realização de auditoria operacional com vistas a avaliar o desempenho das ações promovidas pelos municípios para assistência ao pré-natal.

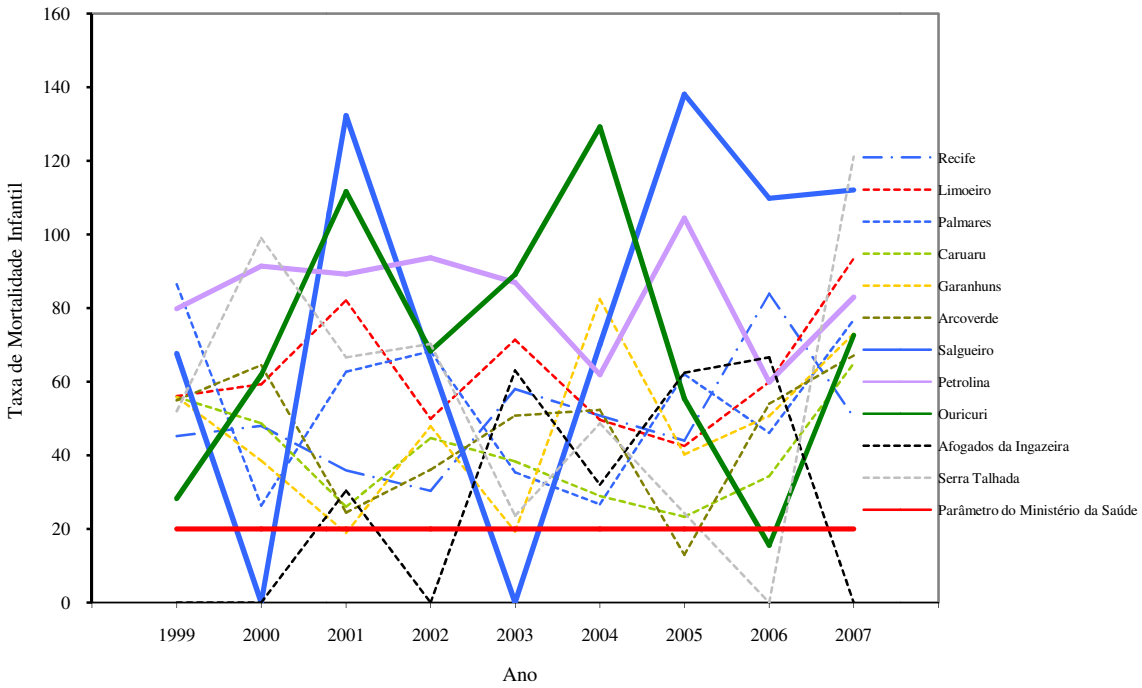
2.2 Comportamento epidemiológico do Coeficiente de Mortalidade Materna em Pernambuco

Para a seleção das Regiões de Saúde de Pernambucoavaliadas, foi examinado o comportamento da série história do CMM de cada região de saúde[11] do Estado entre 1999 e 2007. As Regiões de Petrolina, Salgueiro e Ouricuri se destacam pelos altos índices de mortalidade, comparados com os das demais regiões de Pernambuco (figura02). Quando examinados individualmente os coeficientes, constata-se que os índices de mortalidade destas regiões estão bem acima do parâmetro de 20 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos, estabelecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003).

[10]Geralmente ocorre devido ao desconhecimento dos médicos quanto ao correto preenchimento da DO e quanto à relevância desse documento como fonte de dados de saúde.

[11]O Ministério da Saúde divide o Estado de Pernambuco em 11 regiões de saúde: Afogados da Ingazeira, Arcoverde, Caruaru, Garanhuns, Limoeiro, Palmares, Petrolina, Ouricuri, Recife, Salgueiro e Serra Talhada.

Figura 02– Evolução doCoeficiente Mortalidade Materna[12] por região de saúde de PE – 1999-2007



Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIM[13] e Ministério da Saúde/DATASUS/SINASC[14].

Após análise aprofundada sobre o referido índice das três regiões de saúde citadas neste período histórico, foi possível perceber que há municípios que apresentam quatro ou mais anos com ocorrência de óbitos maternos (quadro 01), dentre os quais selecionamos Bodocó, Ipubi, Lagoa Grande, Ouricuri, Petrolina, Salgueiro e Santa Maria da Boa Vista. Foram realizadas avaliações da assistência pré-natal promovida pelas Unidades de Saúde da Família (USFs) destes municípios.

Quadro 01 – Frequência de anos com ocorrência de óbitos maternos: período 1999 a 2008

Ano	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Anos c/ ocorrência de óbitos
Região Salgueiro – CMM	68	-	132	66	-	70	138	110	112	38	
Belém de São Francisco							1	1		1	3
Cedro						1	1				2
Mirandiba	1						1		1		3
Salgueiro	1		2	1		1	1		1		**6**
Serrita			2	1				1			3
Terra Nova								1			1
Verdejante									1		1
Região Petrolina – CMM	80	91	89	94	87	62	104	60	83	110	
Afrânio										2	1
Cabrobó	2		1	1	1						4
Dormentes	1				1				2	1	4
Lagoa Grande					1	2	1	1	1		**5**
Orocó		1	2	1				1			4
Petrolina	3	6	5	5	2	3	6	2	3	6	**10**
Santa Maria da Boa Vista	1	1		1	2		2	1	1		**7**

[12] Não foi aplicado o fator de correção de 1,41 para o cálculo do coeficiente de mortalidade de 2005 do Brasil.
[13] Base de dados extraída do DATASUS em 14/10/2010:http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205.
[14] Base de dados extraída do DATASUS em 14/10/2010: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205.

Ano	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Anos c/ ocorrência de óbitos
Região Ouricuri – CMM	28	62	112	68	89	129	55	15	73	60	
Araripina		1	2	1	1	3				2	**6**
Bodocó			1	3					2	1	4
Exu				1		1					2
Granito											0
Ipubi	1	2			2	1	1				**5**
Moreilândia	1								1		2
Ouricuri			4			1	2		2	1	**5**
Parnamirim		1			2	1					3
Santa Cruz		1				1					2
Santa Filomena						1	1				2
Trindade			2		1			1			3

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIM e Ministério da Saúde/DATASUS/SINASC.

Os dados disponíveis para cálculo do CMM são oriundos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM[15]) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC[16]), sistemas estes geridos pelo Departamento de Análise de Situação de Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde.

As secretarias municipais de saúde coletam as Declarações de Óbitos (DOs) e as Declarações de Nascidos Vivos (DNs) dos cartórios e estabelecimentos de saúde, que servem de base para alimentação do SIM e SINASC. Uma das informações primordiais é a causa básica de óbito, a qual é codificada a partir do declarado pelo médico atestante, segundo regras estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde.

O CMM é disponibilizado pelo DATASUS com dois anos de atraso para que seja feita a redistribuição dos óbitos pelo local de residência e algumas correções nas informações, principalmente quanto ao cruzamento de causa de óbito por sexo e idade. A partir de 2009, o Ministério da Saúde adotou como rotina a disponibilização de dados preliminares sobre nascidos vivos e óbitos do ano anterior.

2.3 Legislação e Normas Técnicas

Foram identificadas as seguintes leis, resolução, portarias e manuais que tratam sobre a saúde materna, que contribuíram para o entendimento sobre o objeto auditado, e serviram como referencial para avaliação da qualidade da assistência pré-natal ofertada no município de Petrolina:

- **Lei n° 11.634**, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS.
- **Lei n° 11.108**, de 07 de abril de 2005, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS.

[15] Base de dados extraída do DATASUS em 20/09/2010: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?simp/cnv/matbr.def.
[16] Base de dados extraída do DATASUS em 20/09/2010: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvbr.def.

- **Lei n° 8.080**, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n° 36**, de 03 de junho de 2008, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.
- **Portaria n° 1.119**, de 05 de junho de 2008, que regulamenta a vigilância de óbitos maternos.
- **Portaria n° 325/GM**, de 21 de fevereiro de 2008, que estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.
- **Portaria n° 648/GM**, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
- **Portaria n° 399 GM/MS 399,** de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto.
- **Portaria n° 1.067 do Mistério da Saúde**, de 06 de julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e propõe que esta será executada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.
- **Portaria n° 1.172,** de 15 de junho de 2004, que regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências e define a vigilância epidemiológica da mortalidade materna como atribuição de municípios e estados.
- **Portaria n° 2.394/**GM de 19/12/2003, que estabelece o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica – 2004.
- **Portaria/GM n° 653**, de 28 de maio de 2003, que institui a notificação compulsória do óbito materno.
- **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes** – estabelecida em 2007 pelo Ministério da Saúde e Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
- **Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, 2006.
- **Gestação de Alto Risco**: Manual Técnico. 5ª edição/Mistério da Saúde, 2010.
- **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde**: saúde da família. 2ª edição/Ministério da Saúde, 2008.

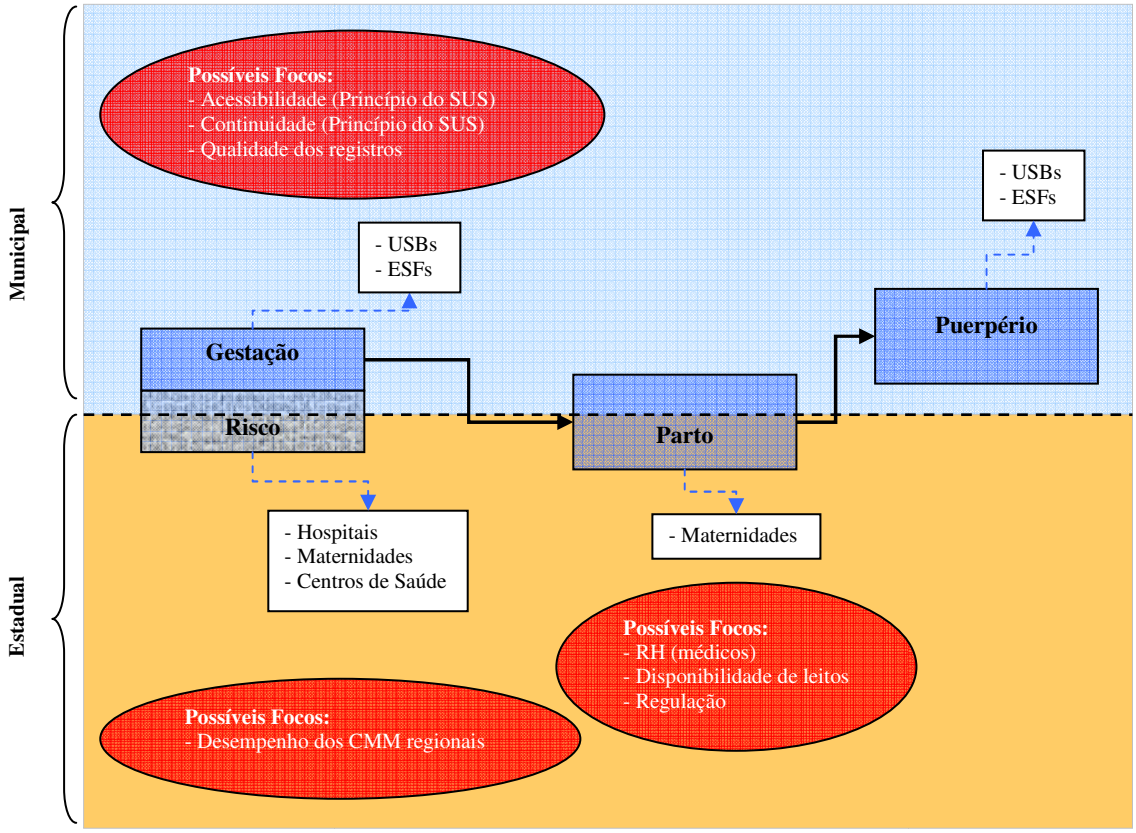
2.4 Lógica da assistência à saúde materna

A responsabilidade pela assistência materna (pré-natal e puerperal) perpassa por unidades básicas de saúde e hospitalares de responsabilidade municipal e estadual, e deve incluir ações de promoção e prevenção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado. Os estados e municípios necessitam dispor de uma rede de serviços organizada para a atenção obstétrica e neonatal, com mecanismos estabelecidos de referência e contrarreferência.

As ações para assistência à saúde materna promovidas pela rede pública de saúde podem ser representadas por um fluxo de atividades sob a responsabilidade das unidades da esfera estadual e municipal. O ciclo da assistência se divide em três fases distintas: (i) gestação, (ii) parto, e (iii) puerpério. A fase preliminar do cuidado à saúde da gestante inicia-se na assistência pré-natal ofertada pela atenção básica (gestação), em grande parte desempenhada pelos médicos e enfermeiras das unidades de saúde básicas e das equipes de saúde da família de responsabilidade municipal. Nos casos em que há ocorrência de risco e complicações na gravidez da mãe, os profissionais de saúde podem encaminhar a gestante (referência e contrarreferência) para unidades de maior complexidade (exemplo: hospitais, maternidades e centros de saúde) para promoção de um acompanhamento mais especializado. Em muitas situações os municípios não dispõem de profissionais e estruturas especializadas para o atendimento de gestantes em situação de risco, as quais geralmente são encaminhadas para municípios maiores que possuem estrutura ou para unidades hospitalares de gestão estadual.

A segunda fase do cuidado à saúde materna corresponde à assistência ao parto realizado em maternidades ou hospitais públicos sob a gestão municipal ou estadual. Após o parto materno, inicia-se a fase do puerpério da mulher que deve ser acompanhada pelos profissionais (ginecologista e enfermeira) de saúde do município ao longo de um período para garantir uma assistência integral à saúde da mulher.

Figura 03 – Fluxograma da assistência à saúde materna



Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir de leitura de legislação e documentos.
Legenda: Unidade de Saúde Básica (USB); Equipe de Saúde da Família (ESF).

As redes de serviços para assistência à saúde materna devem levar em consideração os seguintes critérios para organização da atenção obstétrica e neonatal (BRASIL, 2005): (i) vinculação de unidades que prestam atenção pré-natal às maternidades/hospitais, conforme definição do gestor local; (ii) garantia dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessáriosàatenção pré-natal, assistência ao parto e ao recém-nascido eatenção puerperal, com estabelecimento de critérios mínimos para ofuncionamento das maternidades e unidades de saúde; (iii) captação precoce de gestantes na comunidade; (iv) garantia de atendimento a todas as gestantes que procurem os serviços desaúde; (v) garantia da realização dos exames complementares necessários; (vi) garantia de atendimento a todas as parturientes e recém-nascidos queprocurem osserviços de saúde e garantia de internamento, sempre quenecessário; (vii) garantia de acompanhante durante o trabalho de parto, no parto e nopós-parto; (viii) incentivo ao parto normal e à redução da cesárea desnecessária; (ix) vinculação à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal, de modo agarantir a internação da parturiente e do recém-nascido nos casos dedemanda excedente; (x) transferência da gestante e/ou do neonato em transporte adequado,mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); (xi) garantia de atendimento das intercorrências obstétricas e neonatais; (xii) atenção à mulher no puerpério e ao recém-nascido.

CAPÍTULO 3 – RESULTADOS DA AUDITORIA

3.1 Atendimento pré-natal à gestante de risco

Este capítulo remete-se aos achados da avaliação sobre a adequação do atendimento pré-natal à gestante de risco tendo como referência o nível de risco gestacional identificado e o atendimento despendido durante as consultas pela equipe de saúde da família, conforme os apontamentos constantes na ficha de perinatal[17], prontuário, entre outros documentos, utilizados pelas Unidades da Saúde da Família (USFs) do Município de Petrolina.

O principal objetivo do atendimento pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez. Ocasião que ocorrem mudanças físicas e emocionais distintas em cada gestante. Dentre as usuárias desse atendimento, as gestantes com fatores de risco demandam uma atenção mais aprimorada, pois se encontram em situação desfavorável (doença materna ou condição sócio-biológica) ao pleno desenvolvimento gestacional. Principalmente na gestação de alto risco, quando existe o risco maior para a saúde da mãe e/ou do feto.

O Ministério da Saúde (MS) afirma que a adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde, o que pode colaborar para a redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal verificados no Brasil, pois possibilita à mulher ter acesso a procedimentos e condutas de saúde essenciais à prevenção de possíveis complicações durante a gestação e o puerpério que podem acarretar em morbimortalidade materna e fetal.

Segundo informações do MS, o município de Petrolina tem histórico de taxas altas de mortalidade materna, por exemplo, em 2008 e 2009 corresponderam respectivamente a 131,8 e 55,2 casos de óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos, quando o recomendado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) é de 20 casos.[18] Ainda segundo informações do MS pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em 2009, apenas 44,5% das crianças nascidas vivas corresponderam a gestantes que tiveram sete ou mais consultas pré-natais.[19]

Os indicadores de saúde "taxas de mortalidade neonatal precoce e tardia, perinatal e materna" refletem, entre outras situações, a inadequação do atendimento pré-natal prestado.

Para verificação da robustez das informações coletadas foram analisadas estatisticamente 167 fichas pré-natais de usuárias do atendimento pré-natal municipal com seus respectivos prontuários entre 232 fichas selecionadas aleatoriamente. O período das informações correspondeu às mulheres que0 estavam grávidas até a data da coleta da documentação (26/10/2010).

---

[17] Instrumento para o registro dos dados obtidos em cada consulta, para uso dos profissionais de saúde da unidade. Deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, do parto, do recém-nascido e do puerpério, segundo a Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000 do Ministério da Saúde.

[18] A taxa de mortalidade materna possui um comportamento de flutuações de elevações e quedas, contudo ela deve ter uma linha de tendência de queda lise.

[19] Disponível em: http://www.portalodm.com.br/relatorios/5-melhorar-a-saude-das-gestantes/pe/petrolina. Acesso em: 05/04/2011.

Com base nas informações concedidas pelas profissionais de saúde sobre o grau de risco das gestantes, a documentação foi agrupada em dois tipos de gestação: normal[20](55,1%) e de risco[21] (44,9%). Esta classificação foi adotada devido à falta de informação sobre a qualidade da classificação de risco gestacional adotada nas USFs.

Para a análise da adequação da assistência do pré-natal à gestação de risco foi utilizada apenas a documentação referente às 75 gestantes como foi consolidado no quadro a seguir. É importante informar que na USF Miguel Durano não foi identificado o uso da ficha perinatal, deste modo foram utilizados para a análise apenas os prontuários das pacientes e fichas da Assistência Médica e Sanitária.

No quadro 02 a seguir está consolidado, por tipo de gestação, o total de amostras coletadas por USF auditada e a discriminação:

Quadro 02 – Universo da amostragem por USF – Petrolina

EQUIPES DA SAÚDE DA FAMÍLIA	TOTAL DE GESTANTE ATENDIDA PELO PRÉ-NATAL		FICHAS PERINATAIS COLETADAS				PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO	COREN-PE
	NORMAL	RISCO	GESTANTE NORMAL	% DO TOTAL	GESTANTE DE RISCO	% DO TOTAL (*)		
ESF - BEATRIZ LUZ	1	10	0	0%	10	100%	Rízia S. Diniz Jorge	88986
ESF - PARTEIRA IDALINA I	17	3	8	47%	2	67%	Karina S. Souza	94870
ESF - PARTEIRA IDALINA II	42	6	4	10%	6	100%	Francisca Bruna B. Bezerra	188102
ESF - ROSA MARIA I	21	6	6	29%	4	67%	Luciana Pessoa Maciel	203498
ESF - ROSA MARIA II	10	2	5	50%	5	250%*	Christiane Almeida de Macedo Alves	5467
ESF – ÁLVARO ROCHA I	39	6	5	13%	5	83%	Judenira B. Ramos	134.842
ESF – ÁLVARO ROCHA II	46	3	5	11%	5	167%	Herta Gonçalves Campos	1178-67
ESF - ANÁLIA BATISTA I	33	3	5	15%	5	167%*	Mariana Linard de Oliveira	153336
ESF - ANÁLIA BATISTA II	42	2	6	14%	1	50%	Sícilia Pimentel D. Marreiros	167599
ESF – IDALINO BEZERRA	26	4	5	19%	5	125%*	Kalina Ligia Severo Moura	114757
ESF - LIA BEZERRA I	31	5	5	16%	5	100%	Olívia Texeira de Oliveira	(**)
ESF - LIA BEZERRA II	21	4	7	33%	3	75%	João Carlos de Lima Santos	(**)
ESF – RIO CORRENTE	28	5	5	18%	5	100%	Cícera Priscila Fernandes Dantas	144099
ESF - JARDIM MARAVILHA	17	3	6	35%	4	133%*	Edson de Freitas S. Junior	151429
ESF - JOÃO MOREIRA	60	12	6	10%	4	33%	José de Anchieta da S. Calado	0570997/09
ESF – MIGUEL DE LIMA DURANDO	22	1	7	32%	3	300%*	Maria de Fátima Soares de Souza	(**)
ESF - RICARDO SOARES II	9	3	7	78%	3	100%	Renata S. Torres	5717-P-PF
TOTAL	**465**	**78**	**92**	**20%**	**75**	**82%**		

Obs.: (*)Números inconsistentes, pois apresentam divergências das informações dos profissionais de saúde com os dados da documentação coletada e analisada; (**) Não foi possível determinar o número de identificação profissional.
Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas.

[20]Sem risco gestacional.
[21] Com risco gestacional.

No quadro acima ficou bastante evidenciado o desconhecimento sobre a situação de atendimento das USFs do município por parte de alguns profissionais entrevistados, pois houve divergências entre o que foi informado e o que foi identificado na documentação analisada.

3.1.1 Inadequação da classificação do risco gestacional

Os resultados obtidos na análise documental refletem a inadequação da classificação do risco gestacional (baixo, médio ou alto) adotada pelos profissionais da equipe de saúde, quando da primeira consulta e nas demais. As evidências demonstram casos de ausência e de deficiência no registro dos fatores de risco em que estão submetidas as gestantes consideradas de risco. Dificultando assim, a caracterização real do grau de risco o qual estão submetidas as usuárias acompanhadas pela assistência pré-natal.

Para implementar as atividades do controle pré-natal, é necessário identificar os riscos aos quais cada gestante está exposta, pois permitirá a orientação e os encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez. É indispensável que essa avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta.[22]

O próprio Ministério da Saúde (MS) alerta que é de suma importância a adequada classificação do risco, pois permite o devido encaminhamento das gestantes de alto risco às unidades de referência.[23] Evitando o uso de recursos e rotinas dedicados ao alto risco para as gestantes de baixo risco (gestação normal), pois essas ações não melhoram a qualidade assistencial, nem seus resultados, além de retardarem o acesso das gestantes que realmente necessitam.[24]

Conforme o Manual Técnico do MS sobre Pré-Natal e Puerpério, os estados e municípios, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, devem garantir atenção pré-natal e puerperal realizada em conformidade com os parâmetros estabelecidos no manual e entre esses:

> [...]
> 3.11 **Classificação de risco gestacional** e detecção de problemas, a serem realizadas na primeira consulta e nas subsequentes (grifo nosso);[25]
> [...]

De acordo com o Manual Técnico citado acima, as situações em que deve ser considerado o encaminhamento ao pré-natal de alto risco ou avaliação com especialista estão divididas em quatro grupos de fatores de risco:

- CARACTERÍTICAS INDIVIDUAIS E CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DESFAVORÁVEIS:São apresentadas as características individuais, as condições sociais, fatores que têm relações com o estresse e o suporte social da história afetiva prévia e atual a que estão submetidas as gestantes de risco;

[22] Ministério da Saúde. Manual técnico: **Pré-Natal e Puerpério, Atenção Qualificada e Humanizada**. Brasília – DF, 2006, p. 22.

[23] As unidades de referência para gestantes de alto risco foram criadas pela Portaria nº 3477, de 20 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde.

[24] A gestação de baixo risco é quando não existe inicialmente nenhum problema de saúde, mas que pode vir a desenvolver. Já a gestação de alto risco é quando existe qualquer doença materna ou condição sócio-biológica que pode prejudicar a sua boa evolução. Na gestação de alto risco existe risco maior para a saúde da mãe e/ou do feto.

[25] *Idem*, p. 11.

- HISTÓRICO REPRODUTIVO ANTERIOR: São apontadas as evoluções dos partos anteriores e analisadas, pois a evolução da gestação anterior poderá repetir-se na gestação atual, portanto é investigado o histórico reprodutivo da mãe, como por exemplo: idade da menarca, número de filhos, paridade e idade da mãe, ocorrências de aborto habitual ou de natimorto;
- INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS CRÔNICAS: É investigado se a gestante possui cardiopatias, pneumopatias, endocrinopatias, hipertensão arterial, doenças infecciosas, etc., pois muitas vezes a realização de exames simples pode prevenir complicações para a grávida e para o recém-nascido. Por vezes, as mulheres correm riscos por não saber que possuem pressão alta (hipertensão arterial) ou diabetes (endocrinopatia), por exemplo. É importante ressaltar que as principais causas da mortalidade materna no Brasil são a hipertensão arterial, a hemorragia, infecção puerperal e as complicações decorrentes do aborto e que a morte materna obstétrica indireta[26] é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez;[27]
- DOENÇAS OBSTÉTRICAS ATUAIS DA GESTANTE: São enfatizadas as possíveis intercorrências clínicas, que são passíveis de apresentar repercussões sobre a gestante como, por exemplo, hipertensão, sangramentos, processos infecciosos sistêmicos e obesidade. É importante salientar que a morte materna obstétrica direta[28] é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas.

As informações referentes aos quatro grupos citados acima devem ser obtidas na anamnese.[29] O detalhamento de cada grupo de risco se encontra no Apêndice A.

Portanto, identificando-se um ou mais fatores de riscos durante as consultas do pré-natal, a gestante deverá ser encaminhada pelo profissional de saúde para tratamento na Unidade de Saúde da Família (USF), conforme orientam os protocolos do Ministério da Saúde. Os casos não previstos para tratamento na USF deverão ser encaminhados para a atenção especializada (referência) que, após avaliação, deverá devolver a gestante para a atenção básica com as recomendações para o seguimento da gravidez ou deverá manter o acompanhamento pré-natal nos serviços de referência para gestação de alto risco. Nesse caso, a equipe da atenção básica deverá manter o acompanhamento da gestante, observando a realização das orientações prescritas pelo serviço de referência[30].

A avaliação sobre a adequação da classificação do nível de risco gestacional adotada pelo profissional de saúde durante a primeira consulta pré-natal e nas consequentes e registrada na ficha de pré-natal ou no correspondente prontuário, tem como referência a

[26] A razão de mortalidade materna por causas obstétricas indiretas no Brasil ficou no ano de 2007 em 17,5 (por 100 mil nascidos vivos).
[27] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias. Acesso em: 10/01/2011.
[28] A razão de mortalidade materna por causas obstétricas diretas no Brasil ficou no ano de 2007 em 55,5 (por 100 mil nascidos vivos).
[29] É uma entrevista que busca relembrar todos os fatos que se relacionam com a doença e à pessoa doente. Segundo o Dicionário Houaiss, corresponde o "histórico que vai desde os sintomas iniciais até o momento da observação clínica, realizado com base nas lembranças do paciente." (HOUAISS, Antônio; VILLAR, Moura de Salles. Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa, Rio de Janeiro: Objetiva, 2001). Anamnese em obstetrícia objetiva a coleta de dados que, no geral, permitem analisar as condições pregressas e atuais do organismo materno, de modo a inferir sobre o seguimento da gestação atual.
[30] Ministério da Saúde o*p cit*. p. 24.

adoção de um escore para classificar o risco gestacional calculado com base na proposta por Chamberlain *et al*. No Brasil, esse método foi adaptado e utilizado por Barros *et al*.[31] O escore de referência classifica o risco de acordo com informações sobre a história reprodutiva prévia, antropometria[32] materna e situação socioeconômica apresentada pela gestante durante a primeira consulta. Ver tabela 01 aseguir:

Tabela 01 – Escore de risco gestacional a partir de Barros

Escore de risco gestacional utilizado por Chamberlain et al. (1970), adaptado por Barros et al. (1985).

Características maternas	escore
Idade	
20-29	0
30-34	1
acima de 35	2
Paridade	
1-2	0
0-3	1
mais de 42	2
Renda familiar	
mais de 6 SM	0
3,1-6 SM	1
menos de 3 SM	2
História reprodutiva	
aborto	4
morte neonatal	4
natimorto	4
baixo peso ao nascer	2
História de diabete	4
Altura materna < de 150cm	1
Fumo na gestação	1
Mãe s/companheiro	2

Fonte: Barros et al. (1985)

Para montagem do escore criado pela equipe de auditoria, os fatores de risco gestacional que permitem a realização do pré-natal pela equipe da USF receberam uma pontuação entre 1 e 2, enquanto os que necessitam da realização do pré-natal em serviços de referência[33] receberam pontuação igual a 4.[34] Para a falta de informação nos documentos analisados foi considerado 1. Após as determinações do escore (pontuações)

[31] Foi utilizado durante os estudos perinatais ingleses (Chamberlain *et al*., 1970), e que foi adaptado e utilizado previamente no Brasil (Barros *et al.*, 1985).

[32] Processo ou técnica de mensuração do corpo humano ou de suas várias partes (FERREIRA, Aurélio Buarque. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1986).

[33] As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real) e/ou fatores previsíveis que demandem intervenções mais complexas devem ser necessariamente referenciadas, podendo, contudo, retornar ao nível primário, quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada.

[34] ALVIM, Denise dos Anjos Buker; BASSOTO, Teresa Raquel de Paiva; MARQUES, Genaíne Mendes. Sistematização da Assistência de Enfermagem à Gestante de Baixo Risco. Rev. Meio Ambiente e Saúde, 2007; 2(1): 258-272. Disponível em: http://www.faculdadedofuturo.edu.br/revista/index.php?id=edicoesanterioresvn2. Acesso: em: 22/12/2010.

foi adotado o mesmo escalonamento do método de Chamberlain *et al,* adaptado por Barros *et al*.

Tabela 02 – Escore de risco gestacional a partir de Barros incluídos os fatores do MS – parâmetros criados pela equipe de auditoria

1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:	
Características maternas	Escore
Faixa etária:	
Menor que 15 e maior que 35 anos	2
Entre 15 – 29 anos	0
Entre 30 -34	1
Mãe sem companheiro	2
Não informado	1
Altura materna <1,50 m	1
Não informado	1
Peso durante a gravidez:	
<45 Kg e >75 Kg	2
Não informado	1
Dependência de drogas:	
Ilícitas	2
Licitas	1
Renda familiar:	
> 6 salários mínimos	0
Entre 3 e 6 salários mínimos	1
< de 3 salários mínimos	2
2. História reprodutiva anterior:	
Características maternas	Escore
Morte perinatal explicada ou inexplicada Abortamento habitual Esterilidade/infertilidade Pré-eclâmpsia/eclampsia	4
Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos Nuliparidade e multiparidade Síndromes hemorrágicas Cirurgia uterina anterior Macrossomia fetal	2
Não possui	0
Não Informado	1
3. Intercorrências clínicas crônicas:	
Características maternas	Escore
Cardiopatias, Pneumopatias, Nefropatias, Endocrinopatias, Hemopatias, Hipertensão arterial moderada ou grave e/ou fazendo uso de antihipertensivo, Epilepsia; Portadoras de doenças infecciosas, Doenças auto-imunes, Ginecopatias	4
Infecção urinária	2
Nenhuma	0
Não Informado	1
4. Doença obstétrica na gravidez atual:	
Características maternas	Escore
Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico, Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada, Ganho ponderal inadequado, Pré-eclâmpsia/eclâmpsia, Diabete gestacional, Amniorrexe prematura, Hemorragias da gestação, Isoimunização, Óbito fetal, Hipertensão gestacional, Hematoma Retroplacentário, Placenta Prévia Marginal	4
Gestação múltipla, Glicemia, Infecção Urinaria, Tireóide, Manobras abortivas, RX, Contato com DIC	2
Nenhuma	0
Não informado	1

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir dos escores de Barros e fatores do MS.

É importante salientar que a adoção deste escore não teve o objetivo de discriminar e normatizar os níveis de risco gestacional, mas avaliar o estado gestacional registrado na documentação analisada e a sua correlação com os fatores de risco considerados pelo MS e que orientam possível encaminhamento à unidade de saúde de referência ou especialista para alto risco.

Entre as 75 fichas coletadas referentes à gestação de risco foi observada a ausência do registro do grau de risco gestacional em 21 (28,0%). É importante ressaltar que a identificação da documentação, como referente à gestante de risco, foi feita pelos profissionais de saúde entrevistados e que a ficha perinatal adotada pelo município não possui as opções "atendimento pré-natal de alto risco" e "classificação de risco". Portanto, algumas fichas foram identificadas pelos profissionais de saúde, no momento da auditoria, como referentes às gestantes de risco mesmo não existindo o registro do grau de risco gestacional.

Considerando as informações fornecidas e contidas nas fichas perinatais, foi feita a consolidação da classificação de risco gestacional registrada pelos profissionais de saúde, como pode ser visto na tabela a seguir:

Tabela 03– Classificação de risco gestacional

Classificação de risco	Freq.	%
Baixo	06	8,0%
Médio	0	0%
Alto	48	64,0%
Não Informado	21	28,00%
TOTAL OBS.	75	**100%**

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas.

As informações obtidas na documentação selecionadasobre os fatores de risco serviram para alimentar o banco de dados necessário para a análise do escore de risco gestacional aplicado pela equipe de auditoria. O resultado obtido, como pode ser visto na tabela a seguir, classificou uma gestante como de baixo risco, 23 como risco de grau médio e 51 gestantes como de alto risco[35].

Tabela 04 – Grau de Risco Gestacional

Escore	Freq.	%
Menos de 3 (baixo risco)	01	1,3
De 3 a 7 (médio risco)	23	30,7
Mais de 7 (alto risco)	51	68,0
TOTAL	**75**	**100,0**

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas.

Analisando a documentação da gestante classificada como de "baixo risco" pelo escore aplicado, observou-se que se trata de uma gestante com idade de 15 anos, ou seja, adolescente.[36] Contudo, segundo informações contidas na documentação, não foram

[35]A digitação, edição e verificação de consistência dos dados foram realizadas com o programa Sphinx Léxica V5.

[36]Em tese, a adolescência, não é fator de risco para a gestação, mas há a possibilidade de risco psicossocial, associado à aceitação ou não da gravidez, o que pode levar a tentativa de interrupção da gestação através de manobras abortivas,

registrados outros fatores de riscos e nem a classificação do risco gestacional. É importante destacar que o MS considera fator de risco idade inferior a 15 anos.

Confrontando a classificação registrada nas fichas perinatais com a classificação do escore de risco gestacional aplicado, observou-se que as seis gestantes consideradas de "baixo risco", pelos profissionais das USFs, tiveram a seguinte classificação pelo escore aplicado: duas classificadas como de "alto risco" e quatro como de "médio risco". As classificadas como de "médio risco" tiveram como fator de influência a falta de registro da informação sobre as características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis. Quanto às classificadas como de "alto risco"; uma teve escore influenciado pela falta de registro de informações sobre os fatores de risco considerados[37] e a outra por antecedente abortivo e por idade acima dos 30 anos[38], que apresentam pontuações significativas no escore adotado.

O resultado no escore aplicado para "médio risco" foi influenciado pelo baixo registro de identificação dos fatores de risco referentes à doença obstétrica na gravidez atual, intercorrências clínicas crônicas e histórico reprodutivo, que apresentam as maiores pontuações no escore adotado.[39]

Assim, por meio do cotejo entre as fichas perinatais e os prontuários, subentende-se que a maioria das gestantes consideradas de risco não teve intercorrências desses fatores ou então, que houve subnotificação (baixo registro). Ver tabela abaixo:

Tabela 05 – Resultados relevantes no escore para classificação "médio risco"

FATORES DE RISCO	Sem ocorrência (%)	Sem registro (%)	TOTAL (%)
Histórico reprodutivo anterior	87,0	8,7	95,7
Intercorrências clínicas crônicas	69,6	6,3	75,8
Doença obstétrica na gravidez atual	69,6	0,0	69,6

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas.
Obs.: Considerou-se 'Sem registro' quando não havia registro nas fichas perinatais e prontuários das gestantes.

É importante informar que três gestantes classificadas pelo escore aplicado como de "médio risco" não tinham registro da classificação de risco na documentação analisada.

Quanto às 48 gestantes classificadas como de "alto risco" pelos profissionais de saúde, observou-se que 33 coincidem com a classificação dada pelos escore aplicado pela equipe de auditoria como de "alto risco" e 15 foram consideradas como de "médio risco". O que mais influenciou para a classificação "médio risco" foi o registro de intercorrências pessoais anteriores e na gestação atual que permitem a realização do pré-natal pela própria equipe de saúde da USF onde a gestante está sendo acompanhada e a não existência de intercorrências no histórico reprodutivo.

---

que consequentemente irá refletir na vida da gestante adolescente. Portanto é um fator relevante a ser considerado pelo acompanhamento pré-natal de responsabilidade da ESF.

[37] A falta de informação sobre a existência de fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal da gestação coloca a gestante e o feto em situação de risco.

[38] O número de abortos a que a gestante foi submetida anteriormente afeta a biologicamente como psicoemocionalmente, podendo ser influenciável à gestação atual. Quanto ao fator idade, é conhecido que a partir dos 35 anos aumenta as ocorrências de doenças crônicas além de alterações hormonais e fisiológicas decorrentes da idade.

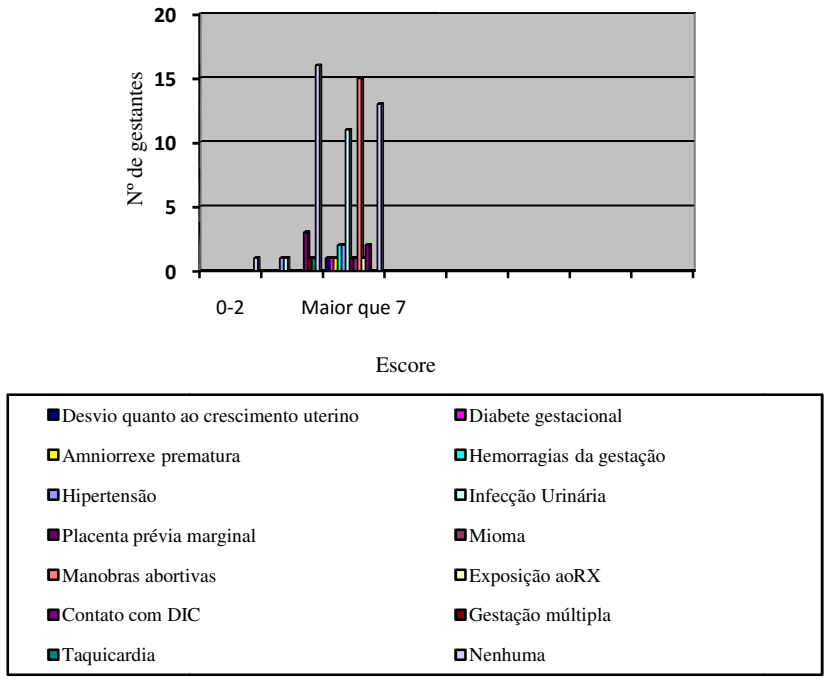
[39] Essas três variáveis explicam 78,3% do escore de risco gestacional (Coeficiente de correlação múltipla: R=0,88).

Entre as 21 fichas sem identificação do grau de risco gestacional, o escore aplicado demonstrou que 17 gestantes deveriam ter sido classificadas como de "alto risco", pois segundo os registros na documentação analisada, as gestantes possuíam fatores de risco referentes à antecedentes pessoais, obstétricos e na gestação atual que indicam a necessidade da realização do pré-natal em serviços de referência especializado em gravidez de alto risco.

Na análise dos resultados observou-se também que:

- 40,0% das fichas perinatais e prontuários não tinham registro referente à intercorrências obstétricas na gravidez atual e 20% tinham realizado manobras abortivas;

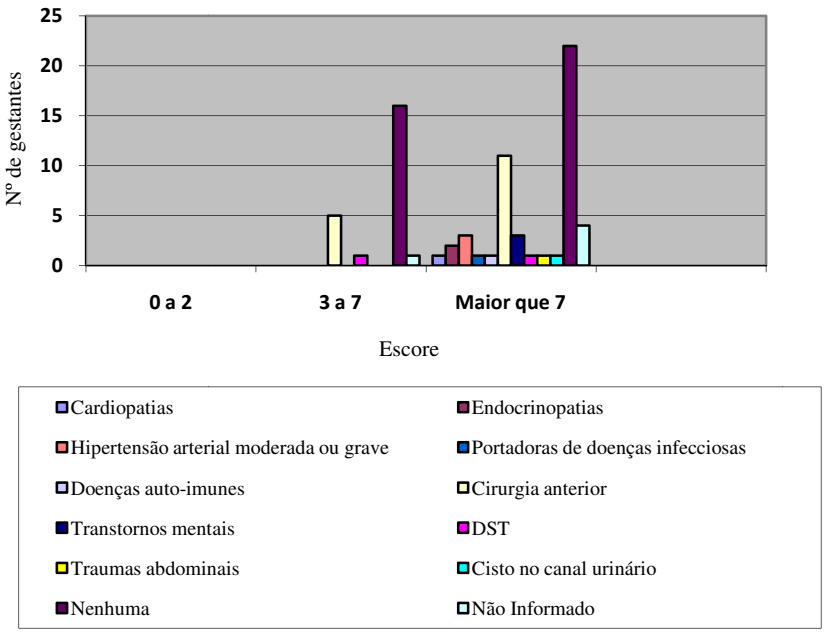
Figura 04 - Escore de risco gestacional x Intercorrências obstétricas atuais



Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

- 52,0% das fichas perinatais registram "nenhuma" intercorrências clínicas crônicas anteriores e 21,3% tinham realizado cirurgia pélvica anterior;

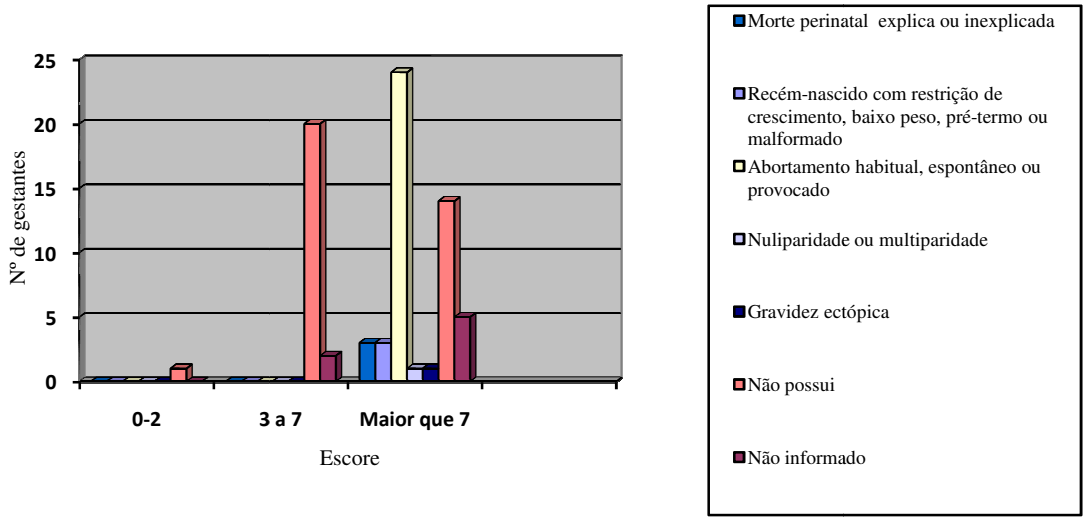
Figura 05 - Escore de risco gestacional x Intercorrências clínicas crônicas



Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

- 46,7% das gestantes de risco não possuíam histórico reprodutivo anterior e 33,3% tinham antecedentes abortivos;

Figura 06 - Escore de risco gestacional x Histórico reprodutivo



Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

A consolidação dos fatores de risco significativos por gestante de risco está representada na tabela 06a seguir:

Tabela 06 – Consolidação do Escore de risco gestacional por Fatores de Risco

Escore de risco gestacional	Histórico reprodutivo	Intercorrências crônicas	Intercorrências Obstétricas atuais
3 gestantes m = 14,33	Morte perinatal explicada ou inexplicada (3 gestantes)	Cardiopatias (1 gestante) Portadoras de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis e outras DST) (gestante 1) Traumas abdominais (1 gestante)	Hipertensão (1 gestante) Contato com DIC (1 gestante) Nenhuma (1 gestante)
3 gestantes m = 14,33	Recém-nascido com restrição de crescimento, baixo peso, pré-termo ou malformado (3 gestantes)	Cirúrgia pélvica anterior (2 gestantes) Nenhuma (1 gestante)	Manobras abortivas (3 gestantes)
25 gestantes m = 13,20	Abortamento habitual, espontâneo ou provocado (25 gestantes)	Nenhuma (13 gestantes) Cirúrgia pélvica anterior (5 gestantes) Hipertensão arterial moderada ou grave e/ou fazendo uso de antihipertensivo (2 gestantes) Transtornos mentais (2 gestantes) Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus) (1 gestante) Doenças auto-imunes (lupus eritematoso sistêmico, outras colagenoses) (1 gestante) DST (1 gestante)	Manobras abortivas (10 gestantes) Nenhuma (7 gestantes) Infecção Urinaria (4 gestantes) Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico (1 gestante) Diabete gestacional (1 gestante) RX (1 gestante) Contato com DIC (1 gestante)
1 gestantes m = 8,00	Nuliparidade e multiparidade (1 gestante)	Cirúrgia pélvica anterior (1 gestante)	Nenhuma (1 gestante)
1 gestantes m = 11,00	Gravidez ectópica (1 gestante)	Cirúrgia pélvica anterior (1 gestante)	Nenhuma (1 gestante)
35 gestantes m = 6,91	Não possui (35 gestantes)	Nenhuma (24 gestantes) Cirúrgia pélvica anterior (7 gestantes) Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus) (1 gestante) Hipertensão arterial moderada ou grave e/ou fazendo uso de antihipertensivo (1 gestante)	Nenhuma (15 gestantes) Infecção Urinaria (7 gestantes) Contato com DIC (3 gestantes) Hipertensão (2 gestantes) Manobras abortivas (2 gestantes) Amniorrexe prematura (1 gestante) Hemorragias da gestação

Escore de risco gestacional	Histórico reprodutivo	Intercorrências crônicas	Intercorrências Obstétricas atuais
7 gestantes m = 8,43	Não Informado (7 gestantes)	Transtornos mentais (1 gestante) DST (1 gestante) Não Informado (5 gestantes) Cisto no canal urinário (1 gestante) Nenhuma (1 gestante)	(1 gestante) Placenta Prévia Marginal (1 gestante) Nenhuma (5 gestantes) Hemorragias da gestação (1 gestante) Infecção Urinaria (1 gestante)

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas.
Obs.: m = média do escore de risco gestacional.

Outro problema encontrado na classificação de risco foi quanto às informações sobre o grupo de fatores de risco relacionados às características individuais e sociais das gestantes de risco, pois a ficha perinatal não possui campo para preenchimento de informações sobre condições ambientais de moradia e renda familiar. Além disso, há deficiências de registro quanto a:

- Ocupação profissional, 34,7% sem informação;
- Segurança familiar, 22,7% sem informação;
- Escolaridade, 34,7% sem informação;
- Altura materna, 46,7% sem informação.

O próprio MS reconhece que o risco de morte materna está diretamente relacionado ao nível socioeconômico das mulheres, pois as mortes maternas geralmente estão relacionadas à falta de acesso a serviços de saúde de qualidade, principalmente nas áreas rurais. Pesquisas mostram que o maior índice no Brasil é de mulheres pobres, em especial as mulheres negras. Portanto, não se deve negligenciar quanto ao registro das condições socioeconômicas das gestantes, principalmente as consideradas de risco gestacional.

O MS em seu Manual Técnico para Gestação de Alto Risco destaca a importância em obter informações de cunho pessoal e socioeconômico:

> [...]
> Cabe ainda destacar **a importância da abordagem integral às mulheres,** considerando-se as especificidades relacionadas às questões de gênero, raça, etnia, classe social, escolaridade, situação conjugal e familiar, trabalho, renda e atividades laborais, possibilidade de situação de violência doméstica e sexual, uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outras. Essa atenção implica na valorização de práticas que privilegiem a escuta e a compreensão sobre os diversos fenômenos que determinam maior ou menor condição de risco à gestação.[40] (grifo nosso)
> [...]

As evidências encontradas nas 12 USFs do município de Petrolina durante esta auditoria demonstram que os profissionais responsáveis pelas consultas do pré-natal não estão seguindo plenamente as recomendações do MS para a realização da identificação da existência de fatores de risco gestacional.

[40] Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual Técnico: *Gestação de Alto Risco*, 5ª Ed.. BRASÍLIA – DF, 2010, p. 24.

Primeiramente, por deficiências sobre informações das condições biopsicossocio-culturais em consequência da ausência de alguns campos na ficha perinatal e pela subnotificação dessas informações, que devem ser registradas na primeira consulta e nas subsequentes. Em segundo lugar, por inconsistência da classificação do risco gestacional com os fatores de risco e em alguns casos, por ausência do registro.[41]

Portanto, conclui-se que há um problema comum nas USFs auditadas, podendo ocorrer em outras unidades do município, que é a inadequada classificação do grau de risco e a ausência do registro em alguns casos. Esta situação pode estar acarretando o uso de recursos e realização de rotinas dedicadas às gestantes de alto risco, quando na realidade são de baixo risco.

Considerando que há deficiências nos registros do atendimento pré-natal das USFs auditadas, quanto à classificação do risco gestacional, conforme determina o MS, recomendamos a Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina, como propostas para mitigar os achados descritos(problemas)e consequentemente, aprimorar o acesso aos serviços de atenção primária à saúde, que:

1. Fiscalize periodicamente se a avaliação do risco gestacional está ocorrendo em toda consulta do pré-natal, com o respectivo registro da classificação de risco e identificação do profissional de saúde responsável em ficha perinatal e prontuário médico;

2. Adote ficha perinatal com campos que possibilitem o registro da classificação de risco gestacional e de informações sobre as condições biopsicossocio-culturais da gestante, como renda familiar e condições de moradia;

3. Implante procedimentos de controle e responsabilização na assistência ao pré-natal e puerpério, quanto à ausência de registro de informações inerentes a gestante de risco nas fontes primárias[42], por parte dos profissionais de saúde responsáveis, conforme regulamentações do MS.

3.1.2 Deficiências no atendimento do pré-natal à gestante de risco

Constatou-se deficiência dos serviços e atendimentos do pré-natal às gestantes de riscos ofertados pelo município, descumprindo as condutas e procedimentos estabelecidos pelo MS.

Durante a análise documental foi observado deficiências de informações nas fichas perinatais e nos respectivos prontuários, ocorrendo também em alguns casos, ausência de informações, sobre os procedimentos e condutas efetivados durante o atendimento pré-natal, mesmo existindo campo para os registros. É importante ressaltar que o MS recomenda que as condutas e os diagnósticos sejam anotados na ficha perinatal e no cartão da gestante.

A consolidação dos registros efetivados pelos profissionais de saúde na documentação analisada evidenciou deficiências no acompanhamento à gestante de risco, o que torna oatendimento pré-natal praticado nas USFs auditadas inadequado. É importante enfatizar que os procedimentos e condutas analisados são os mesmos estabelecidos pelo MS para a atenção pré-natal.

[41] A ficha perinatal adotada pelo município não possui campo para o registro da classificação do risco.
[42] Prontuários, ficha perinatal, cartão da gestante, ficha de evolução, partograma, fichas.

As deficiências ora apresentadas neste item se devem à falta de controle interno efetivo da Secretária de Saúde do Município sobre o atendimento às gestantes de risco durante o pré-natal, como também às demais. É importante ressaltar que a ausência de controle pré-natal, por si mesma, é um fator de risco para a gestante e para o recém-nascido como afirma o próprio Ministério da Saúde.

Para avaliação da adequação do atendimento pré-natal despendido à gestante de risco, a equipe de auditoria utilizou os critérios estabelecidos na Portaria n° 569/GM de 01 de junho de 2000 do MS que instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal (PHPN).

O PHPN fundamenta-se na humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para buscar melhorias na qualidade da assistência pré-natal e enfrentar o problema da descontinuidade entre o acompanhamento da gravidez e o parto. A humanização compreende, entre outros, dois aspectos: o primeiro refere-se ao dever das unidades de saúde em receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido e o segundo refere-se à adoção de medidas e procedimentos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando-se práticas intervencionistas desnecessárias e consequentemente, riscos para a gestante e o recém-nascido.

O PHPN estabeleceu para o cuidado pré-natal os seguintes critérios:

> [...]
> 1. Realizar a primeira consulta até o 4° mês de gestação;
> 2. Garantir a realização dos seguintes procedimentos: [...]

Os itens 1 e 2 expostos na citação acima correspondem respectivamente às ações de busca ativa das gestantes em seu território de atuação, por meio da visita domiciliar, pelos agentes de saúde e ao atendimento despendido às gestantes durante as consultas do pré-natal pelos profissionais de saúde.

A instituição dos critérios apontados anteriormente propiciou a elaboração de manuais com a finalidade de oferecer referência para a organização da rede assistencial, a capacitação profissional e a normalização das práticas de saúde para orientar a equipe assistencial no diagnóstico e tratamento das doenças e/ou problemas que afligem a mulher durante a gravidez.

Esses manuais objetivam também uniformizar as condutas, contribuindo para uma atuação mais coesa da equipe, assim como para a oferta de uma assistência eficiente e de qualidade. Portanto, os critérios de referência para esta auditoria estão contidos nos manuais respectivos à Assistência Pré-natal e Puerpério elaborados pelo MS.

Para se ter uma assistência pré-natal efetiva o MS considera indispensável as seguintes ações básicas[43]:

I. **Debater sobre a Assistência Pré-natal** junto à comunidade atendida pelas USFs;

II. **Identificar precocemente todas gestantes** ainda no primeiro trimestre para se dar inicio e continuidade a Assistência Pré-natal visando às intervenções oportunas;

[43]Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência pré-natal: Normas e Manuais técnicos, 3ª Ed.. BRASÍLIA – DF, 2000, p. 9.

III. **Acompanhamento periódico e contínuo** de todas as mulheres grávidas nas USFs e nos domicílios;

IV. **Ter sistema de referência e contrarreferência** para garantir continuidade em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

Outra questão preponderante é que um dos pontos analisados durante a investigação do óbito materno, pelo Comitê de Mortalidade Materna ou pelo setor de epidemiologia responsável é a assistência prestada no pré-natal e no puerpério e, portanto, é imprescindível a precisão dos dados na documentação para se avaliar os diagnósticos e tratamentos dispensados à mulher. É com essas informações retrocitadas e outras, que se podem obter quais seriam os fatores de evitabilidade e as medidas de prevenção cabíveis.

Entre os critérios de evitabilidade devem-se levar em conta os fatores profissionais. Considerando os casos em que, por falta de capacitação ou capacitação imprópria, ocorreu negligência, imperícia ou imprudência por parte dos profissionais de saúde que atendem à mulher. São exemplos disso a não identificação de risco reprodutivo, a falha diagnóstica e a inadequação de procedimentos e tratamentos, entre outros.[44]

No que tange as questões referentes ao acompanhamento da gestação, parto e puerpério, após a implantação do PHPN, tornou-se obrigatória a realização do preenchimento dos instrumentos de registro dos procedimentos para alimentar o Sistema SIS/PRÉ-NATALe garantir verbas[45].

A presente análise iniciou-se com a verificação dos procedimentos e condutas adotados no atendimento pré-natal prestado à gestante considerada de risco durante as consultas realizadas e que foram registrados na documentação analisada. Como também, se houve o respectivo registro do encaminhamento das gestantes classificadas como de "alto risco" gestacional para serviço de referência. Observou-se, portanto, se o atendimento do pré-natal nas USFs estava em conformidade com o que determina o MS para os casos de gestação de risco.

As informações relevantes para a análise do atendimento pré-natal à gestante de risco foram registradas em formulários padronizados e pré-codificados. No caso foram utilizados dois tipos de formulários:

1. Formulário nº 03: Análise dos procedimentos e condutas do pré-natal realizados nas USFs do município, conforme Portaria n.º 569/GM de 1 de junho de 2000 do MS, referente ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento;

2. Formulário nº 04: Análise da classificação do nível de risco gestacional, aplicando o escore para determinação da classificação de risco considerando quatro grupos de fatores de risco descritos pelo MS.

Foram os seguintes pontos analisados no atendimento da gestante de risco:

[44] Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna, 3.ª edição. Brasília – DF, 2007, p. 37, 38.

[45] O SIS/PRÉ-NATAL é o software desenvolvido peloDATASUS, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde. É especificamente ligado ao cadastro e acompanhamento de gestantes. Um incentivo financeiro é concedido ao município por cada gestante captada e cadastrada ainda no primeiro trimestre gestacional. Se posteriormente forem realizadas mais de seis consultas pré-natais e uma consulta puerperal, outro incentivo financeiro é concedido.

- ***Deficiência na identificação precoce da gestante de risco pela equipe da saúde da família:***

O MS considera uma assistência pré-natal efetiva, quando a equipe de saúde da família consegue identificar precocemente todas gestantes ainda no primeiro trimestre, dando assim o inicio ao atendimento pré-natal e sua continuidade do atendimento visando às intervenções cabíveis. Entretanto, como pode ser visto na tabela 07 a seguir em destaque, 41(54,7%) gestantes consideradas de risco pelos profissionais de saúde iniciaram o pré-natal após a 12ª semana de gestação:

Tabela 07 – Idade gestacional na 1ª consulta

CÓDIGO DA GESTANTE[46]	DUM	1ª CONSULTA	IG (semanas)
PT81	17/08/2010	19/10/2010	9,00
PT83	08/03/2010	04/08/2010	21,29
PT84	28/01/2010	12/08/2010	28,00
PT89	11/01/2010	30/03/2010	11,14
PT100	01/03/2010	31/08/2010	26,14
PT91	05/06/2010	04/10/2010	17,29
PT95	08/10/2009	04/01/2010	12,57
PT97	05/03/2010	09/07/2010	18,00
PT99	24/05/2010	06/09/2010	15,00
PT101	19/02/2010	19/07/2010	21,43
PT102	09/02/2010	09/07/2010	21,43
PT103	25/04/2010	28/06/2010	9,14
PT104	10/02/2010	19/04/2010	9,71
PT105	19/02/2010	11/05/2010	11,57
PT110	28/11/2009	04/05/2010	22,43
PT111	06/02/2010	14/06/2010	18,29
PT112	17/04/2010	21/06/2010	9,29
PT113	02/03/2010	29/05/2010	12,57
PT114	25/06/2010	18/08/2010	7,71
PT115	31/05/2010	14/09/2010	15,14
PT61	14/02/2010	20/04/2010	9,29
PT62	30/05/2010	03/08/2010	9,29
PT63	30/04/2010	31/08/2010	17,57
PT64	15/06/2010	17/08/2010	9,00
PT70	05/06/2010	03/08/2010	8,43
PT72	08/06/2010	22/07/2010	6,29
PT121	05/05/2010	22/07/2010	11,14
PT122	05/01/2010	20/05/2010	19,29
PT123	05/07/2010	14/09/2010	10,14
PT124	05/07/2010	31/08/2010	8,14
PT125	01/05/2010	10/08/2010	14,43
PT126	09/06/2010	10/08/2010	8,86
PT127	01/06/2010	05/10/2010	18,00

[46] As gestantes que serviram de amostra para a análise receberam um código com o objetivo de se manter sigilo sobre a identidade das informações.

CÓDIGO DA GESTANTE[46]	DUM	1ª CONSULTA	IG (semanas)
PT128	19/05/2010	14/09/2010	16,86
PT129	25/02/2010	30/06/2010	17,86
PT130	25/12/2009	30/04/2010	18,00
PT01	01/04/2010	01/06/2010	8,71
PT02	30/05/2010	19/09/2010	16,00
PT03	12/04/2010	07/07/2010	12,29
PT04	25/04/2010	07/07/2010	10,43
PT05	04/10/2009	07/04/2010	26,43
PT21	18/01/2010	02/06/2010	19,29
PT22	05/08/2009	21/10/2009	11,00
PT23	12/06/2010	11/08/2010	8,57
PT24	25/03/2010	11/08/2010	19,86
PT31	22/06/2010	04/08/2010	6,14
PT32	26/03/2010	01/06/2010	9,57
PT33	11/02/2010	04/05/2010	11,71
PT34	25/05/2010	13/07/2010	7,00
PT41	24/03/2010	11/05/2010	6,86
PT42	15/01/2010	26/04/2010	14,43
PT43	26/01/2010	04/05/2010	14,00
PT44	10/05/2010	19/05/2010	1,29
PT45	12/09/2009	26/01/2010	19,43
PT51	25/04/2010	10/08/2010	15,29
PT52	14/01/2010	13/04/2010	12,71
PT162	05/02/2010	19/05/2010	14,71
PT164	14/06/2010	06/10/2010	16,29
PT170	05/02/2010	19/08/2010	27,86
PT131	26/04/2010	02/08/2010	14,00
PT132	01/07/2010	18/08/2010	6,86
PT133	05/05/2010	11/08/2010	14,00
PT11	25/04/2010	08/06/2010	6,29
PT12	14/05/2010	11/08/2010	12,71
PT13	05/05/2010	01/09/2010	17,00
PT14	02/01/2010	12/05/2010	18,57
PT15	06/04/2010	14/10/2010	27,29
PT141	25/07/2010	14/10/2010	11,57
PT142	02/07/2010	16/09/2010	10,86
PT151	25/05/2010	12/08/2010	11,29
PT152	17/04/2010	17/06/2010	8,71
PT153	14/06/2010	16/08/2010	9,00
PT154	01/04/2010	10/06/2010	10,00
PT155	06/02/2010	12/08/2010	26,71
PT156	10/05/2010	30/08/2010	16,00

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas
Legenda: DUM – Data da última menstruação; IG – Idade gestacional.
Obs.: Cada gestante examinada recebeu um código para manter a privacidade/anonimato.

Na tabela 08 abaixo, relativa ao período em que ocorreu a primeira consulta, observa-se que nove gestantes indicadas como de risco começaram o pré-natal após 20ª semana e 12 gestantes consideradas como "sem risco" iniciaram as consultas do pré-natal também depois da 20ª semana de gravidez, que segundo a determinação do MS, essas deveriam ter sido classificadas como gestantes com risco gestacional.

Tabela 08 – Tipo de gestação x Período da 1ª consulta

Período Tipo de gestação	Antes da 20ª semana	Após a 20ª semana	TOTAL
Sem risco	80	12	92
Risco	66	09(*)	75
TOTAL	**146**	**21**	**167**

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas
(*) Sendo 06 gestantes de alto risco.

Tais evidências demonstram falhas no trabalho de buscativa dos agentes comunitários de saúde, pois o encaminhamento da mulher gestante ao serviço de saúde é de responsabilidade desse agente durante as visitas domiciliares.

É imperativo que a equipe de saúde da família mantenha uma vigilância sobre a gestante, realizando visitas domiciliares, atividades educativas e assegurando que ela compareça a todas as consultas agendadas.

- ***Ausência de encaminhamento à unidade de referência de risco:***

Todos os profissionais de saúde entrevistados declaram fazer a identificação do risco gestacional, porém apenas sete (41,2%) informaram que realizam o encaminhamento da gestante considerada de risco para unidade de referencia ou especialista, utilizando formulário padronizado.[47] Para a coleta dessas informações foi adotado o formulário nº 02 (Análise da Assistência Pré-natal Municipal) elaborado pela equipe de auditoria.

Utilizando-se das informações das fichas perinatais e prontuários selecionados, com ênfase nas 75 gestantes consideradas de risco, foi realizado o cotejo entre as informações relatadas pelos profissionais de saúde e as coletadas na documentação analisada. O resultado da análise demonstrou que 50,7% das gestantes consideradas como de risco pelos profissionais de saúde não possuíam registros do encaminhamento para uma unidade de referência ou para especialista.

Observa-se em destaque na tabela 09, a seguir, que 16 (33,3%) gestantes consideradas de "alto risco" pelos profissionais de saúde das USFs e 16 (76,2%) sem classificação do grau de risco não tiveram o registro do encaminhamento para unidade de referência ou para especialista.

[47] O MS recomenda a utilização de formulário padrão (ficha de Referência e contrarreferência) para encaminhamento de gestante à unidade de referência de alto risco. Foi observado o uso de receituário para o encaminhamento da gestante por parte dos profissionais de saúde das ESF.

Tabela 09 – Classificação de risco x Encaminhamento de risco

Classificação do risco	Encaminhamento para serviço de referência	
	Sim	Não
Baixo	00	**06**
Médio	00	00
Alto	32	**16**
Não informado da classificação de risco	05	**16**
TOTAL	37	**38**

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

É importante informar que, entre as 16 fichas sem identificação do grau de risco gestacional e sem encaminhamento para serviço de alto risco, 14 gestantes foram classificadas como de "alto risco" pelo escore aplicado pela auditoria, pois as gestantes possuíam fatores de risco referentes à doença obstétrica na gravidez atual, intercorrências clínicas crônicas e histórico reprodutivo anterior, como também fatores relativos às condições biopsicossócio-culturais.

Outro fato identificado foi que não houve o registro da contrarreferência, ou seja, das informações sobre: exames, diagnósticos, tratamentos realizados e recomendações, quando do retorno dos casos referidos para a unidade de origem.[48]

A falta de registro leva ao entendimento que não foi necessário a conduta de encaminhamento para unidade de saúde de referencia para "alto risco" ou especialista, ou então, que não foi realizada. Esta deficiência afeta a qualidade do atendimento pré-natal oferecido pelo município e impossibilita uma avaliação plena sobre a conduta de encaminhamento ao atendimento de referência para "alto risco".

Tais evidências demonstram que a Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina precisa melhorar a qualidade da classificação de risco e da conduta de encaminhamento das gestantes de risco para serviços de referência. É importante ressaltar a importância do adequado encaminhamento à referência de alto risco, pois permite intervenções preventivas ou urgentes que se façam necessárias para redução do risco gestacional, como também, possibilita a diminuição de recursos e rotinas desnecessárias.

- ***Ausência de realização plena dos exames complementares:***

Quanto aos exames complementares, previstos pelo MS para serem solicitados na primeira consulta do acompanhamento do pré-natal, não foi observado na documentação das 167 gestantes estudadas o cumprimento pleno de todos os exames (ver tabela 10).

Como exemplo pode ser citada a situação de 13 gestantes (17,3%) que haviam realizado duas ou mais consultas e não constava qualquer registro dos exames complementares nas fichas perinatais ou nos prontuários[49].

[48] A contrarreferência é o ato formal de encaminhamento do paciente à unidade de saúde que o referiu, após resolução da causa referenciada. Esta contrarreferência deve sempre ser acompanhada das informações necessárias ao seguimento do paciente na unidade de procedência.

TCE-PE
Fls.:
Rubrica

Tabela 10 – Tipo de gestação x Exames Complementares – Petrolina

Exames Laboratoriais **Tipo de gestação**	ABO-Rh (grupo sanguíneo)	Hb / Ht	1° Glicemia de jejum	2° Glicemia para rastreamento de diabete gestacional	1° VDRL - Sorologia sífilis	2° VDRL	1° Sumário de Urina	2° Sumário de Urina	HIV/AIDS	HbsAg - Sorologia p/ hepatite B	IgM - Sorologia p/ Toxoplasmose	Nenhum
Sem risco	54	58	50	**6**	39	**2**	50	**0**	36	11	14	22
Risco	47	47	43	**3**	38	**2**	47	**2**	30	10	5	16
TOTAL	101	105	93	**9**	77	**4**	97	**2**	66	21	19	38

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

Tabela 11 – Classificação de risco x Exames Complementares – Petrolina

Exames Laboratoriais de rotina Classificação de risco	ABO-Rh (grupo sanguíneo)	Hb / Ht	1° Glicemia de jejum	**2° Glicemia para rastreamento de diabete gestacional**	1° VDRL - Sorologia sífilis	**2° VDRL**	1° Sumário de Urina	**2° Sumário de Urina**	HIV/AIDS	HbsAg - Sorologia p/ hepatite B	IgM – Sorologia p/ Toxoplasmose	**Nenhum**
Baixo	4	4	6	**1**	4	**0**	6	**0**	4	1	0	**0**
Alto	28	31	26	**2**	26	**2**	30	**2**	19	5	4	**11**
Não Informado	15	12	11	**0**	8	**0**	11	**0**	7	4	1	**5**
TOTAL	**47**	**47**	**43**	**3**	**38**	**2**	**47**	**2**	**30**	**10**	**5**	**16**

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

[49] Até a data da realização da auditoria.

No caso específico dos exames complementares que devem ser repetidos até a 30ª semana de gestação (glicemia, sumário de urina e sorologia para sífilis), conforme a recomendação prevista pelo MS para o atendimento à gestante nas unidades básicas de saúde[50], a descontinuidade dos exames para as gestantes consideradas de risco é mais crítica (ver tabela 11 anterior).

Entre as gestantes de risco com 30 ou mais semanas de gestação (32), apenas quatro realizaram pelo menos um exame de repetição e entre essas, só uma realizou por completo dois dos três exames previstos. Como pode ser visto no quadro 03 a seguir:

Quadro 03 – Exames de repetição realizados por gestante

Exames Complementares da gestante de risco (*)	1º Glicemia de jejum	**2º Glicemia para rastreamento de diabete gestacional**	1º VDRL - Sorologia sífilis	**2º VDRL**	1º Sumário de Urina	**2º Sumário de Urina**
PT111	X	X	X	**-**	X	
PT22	X	X	X	-	X	X
PT24	-	-	X	X	X	-
PT24	X	-	X	X	X	-
TOTAL	**3**	**2**	**3**	**2**	**4**	**1**

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas.
(*) Foi utilizado um código de identificação para cada gestante estudada com o objetivo de manter em sigilo a fonte de informações.

Portanto, apenas 12,5% das gestantes de risco analisadas com idade gestacional para realização dos exames de repetição tiveram o devido registro na documentação inerente ao atendimento pré-natal.

Foi observado também na documentação das gestantes de risco, com mais de duas consultas realizadas, que apenas cinco (7,2%) realizaram o exame de sorologia para Toxoplasmose (IgG e IgM)[51] e que apenas três (9,4%), entre as gestantes de risco com idade gestacional maior ou igual a 30 semanas, realizaram o exame de sorologia para Hepatite tipo B (HbsAg)[52], esse recomendado para próximo da 30ª semana de gestação.

Apesar das sorologias citadas acima serem apenas recomendados pelo MS, quando houver disponibilidade,[53] é de suma importância enfatizar a necessidade de realização desses exames, pois doenças como a toxoplasmose podem causar os seguintes agravos anatômicos e funcionais: restrição de crescimento intrauterino, morte fetal, prematuridade e/ou manifestações clínicas e sequelas como microftalmia, lesões oculares, microcefalia, hidrocefalia, calcificações cerebrais, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e retardo mental[54].

Já a Hepatite tipo B (VHB) pode ocorrer de forma assintomática ou sintomática. Quando aparecem, os sintomas costumam ser: mal-estar, cefaléia, febre baixa, anorexia, astenia, fadiga, artralgia. Raramente na fase crônica, o portador do VHB apresenta náuseas,

[50] Ministério Saúde. Secretaria Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Técnico: *Pré-natal e Puerpério – Ação Qualificada e Humanizada*. Brasília – DF, 2006, p. 11.
[51] A toxoplasmose é uma zoonose causada pelo Toxoplasma gondii e adquire especial relevância quando atinge a gestante, visto o elevado risco de acometimento fetal.
[52] As hepatites virais são doenças causadas por diferentes tipos de vírus, sendo os mais comuns no Brasil o A, B, C e D.
[53] Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual Técnico: *Pré-natal e Puerpério*. Brasília – DF, 2006, p. 11.
[54] Ministério da Saúde. Manual Técnico: Gestação de Risco, 5ª Edição. Brasília – DF, 2010, p. 115.

vômitos, desconforto no hipocôndrio direito e aversão por alguns alimentos. O percentual de cronificação[55] no recém-nascido (RN) infectado pelo VHB por transmissão vertical pode chegar a 90%, com maior risco de evolução para cirrose e hepatocarcinoma numa fase precoce da vida, tornando a triagem da Hepatite B obrigatória no pré-natal.[56]

É importante ressaltar que a realização de todos os exames é um dos indicadores de processo adotados pelo MS através do SISPRENATAL para avaliar a atenção pré-natal a partir do acompanhamento de cada gestante[57].

- ***Ausência de imunização antitetânica (VAT):***

O esquema básico da VAT em gestante compõe-se de três doses, caso não tenha o esquema completo, tem que se realizar as doses faltantes, e se no caso a última dose tenha sido a mais de cinco anos, faz-se uma única dose de reforço.[58]

Entre as gestantes de risco que realizaram duas ou mais consultas, 21 (30,4%) ainda não tinham recebido imunização contra o tétano, conforme os registros das fichas perinatais. Tal situação expõe a gestante e o recém-nascido ao tétano obstétrico e neonatal respectivamente.

É importante informar que a incidência do tétano (exceto neonatal) apresenta tendência decrescente em todas as regiões Brasileiras. Porém, não obstante ao decréscimo, a região Nordeste continua respondendo pela maior incidência, responsável por 40% dos casos.

Segundo o MS:

> [...]
> O aumento sistemático da cobertura vacinal com a DPT (Tríplice Bacteriana), dT (dupla adulto), DT (dupla infantil) e tetravalente (DPT + HiB) e as medidas educativas de prevenção no uso de objetos de proteção são fatores que colaboraram diretamente na redução da incidência do tétano. **Contudo, considera-se que o número de casos permanece elevado, por se tratar de uma doença prevenível** (grifo nosso).[59]
> [...]

A prevenção do tétano neonatal se dá por meio da garantia de uma atenção pré-natal de qualidade com vacinação das gestantes.

- ***Ausência de prescrição de medicamento essencial:***

Quanto à administração de *medicamentos essenciais* junto às gestantes de risco esta auditoria selecionou, entre as relacionadas pelo MS, a de sulfato ferroso profilático como indicador para análise da assistência pré-natal do município. O MS recomenda a ingestão

[55] É quando uma doença se instala e permanece no organismo por vários anos (doença de curso lento).
[56] BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico: Gestação de Risco, 5ª Edição. Brasília – DF, 2010, p. 143.
[57] Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos.
[58] Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual Técnico: *Pré-natal e Puerpério - Ação Qualificada e Humanizada*. Brasília – DF, 2006, p. 11.
[59] Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Disponível em: http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php?node=D.1.5&lang=pt&version=ed4. Acesso em 17/03/2011.

de sulfato ferroso profilático mesmo para as gestantes não apresentem quadro de anemia leve ou moderada (Hemoglobina < 11 g/dl e > 8 g/dl).[60]

Possuir medicamentos essenciais, como o sulfato ferroso, é um dos requisitos para o desenvolvimento das ações que integram todos os níveis de atenção. Garantindo assim, o adequado atendimento à mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

Durante os trabalhos de auditoria foi observado que, entre as que realizaram duas ou mais consultas, não houve o registro da prescrição do medicamento para 41 gestantes de risco (59,4%).

É importante informar que o ferro (sulfato ferroso) é recomendado a todas as gestantes a partir do segundo trimestre, todos os dias até o 3º mês pós-parto, pois ele não pode ser suprido apenas pela dieta normal da gestante[61].

- ***Ausência de identificação de isoimunização pelo fator Rh:***

Dentre as 75 gestantes de riscos analisadas, três foram identificadas com tipagem sanguínea/Fator Rh "O –"(ó negativo), contudo entre as gestantes de risco com duas ou mais consultas, 23 (33,3%) não possuíam informação sobre o fator Rh. Foi observado também que três gestantes não consideradas como de risco pelos profissionais de saúde possuíam tipagem sanguínea/Fator Rh "'O –" (ó negativo). Tal fato demonstra deficiência no acompanhamento do pré-natal da gestante de risco, quanto à identificação da isoimunização Rh.

Pelas informações das fichas perinatais e prontuários, seis gestantes necessitavam da realização do exame de Coombs indireto[62],porém apenas três o realizaram. De acordo com o PHPN, é critério fundamental para o acompanhamento pré-natal a solicitação, entre outros, do exame Grupo sanguíneo/Fator Rh que tem como objetivo a identificação se a gestante possui fator Rh negativo. Caso a gestante tenha Fator Rh negativo e seu parceiro for fator Rh positivo ou então desconhecido deve-se solicitar teste de Coombs indireto. Se o resultado for negativo, repeti-lo em torno da 30ª semana e se for positivo, encaminhar a gestante ao pré-natal de "alto risco".

A realização do exame de Coombs indireto é imprescindível para evitar a ocorrência de Doença Hemolítica Perinatal (DHPN), que é responsável por morbidade e mortalidade perinatal.

- ***Ausência de avaliação ultrassonográfica:***

Quanto à avaliação ultrassonográfica, 20 gestantes de risco não realizaram o exame e apenas uma das gestantes de risco realizou mais de três avaliações (em destaque na tabela 12 abaixo) e entre as que estavam com idade gestacional acima de 34 semanas, 19 tinham realizado menos de três avaliações e cinco não a realizaram. A consolidação dos registros pode ser observada na tabela 12 a seguir:

[60] Para mulheres que apresentarem hemoglobina ≥11 g/dl, a ingestão do sulfato de ferro deve ser administrada a partir da 20ª semana, devido à maior intolerância digestiva no início da gravidez.

[61] Condutas de intervenção previstas no Programa Nacional de Alimentação e Nutrição. Disponível em: http://nutricao.saude.gov.br/ferro_info_publico.php?exibe_pagina=ferro_programa_publico. Acesso em 17/03/2011.

[62] O teste de Coombs indireto é usado em exames pré-natais de mulheres e em exames de sangue antes de transfusões sanguíneas. Ele detecta anticorpos contra hemácias que estão presentes livres no plasma sanguíneo do paciente.

Tabela 12 – Idade gestacional x Avaliação Ultrassonográfica

Avaliação Ultrassonográfica / Idade gestacional	Não realizada	Menos de três avaliações	3 avaliações	Mais de 3 avaliações	TOTAL
Até a 34ª semana	15	35	00	01	51
Acima da 34ª semana	**05**	**19**	00	01	24
TOTAL	**20**	**54**	**00**	**01**	**75**

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

Conforme informações dos entrevistados a maioria das avaliações são realizadas em unidade de saúde privada (conveniada), mas mesmo assim não houve a garantia da realização do serviço em sua plenitude.

A recomendação do MS é que deve ser solicitado o exame de ultra-som quando não for possível determinar a idade gestacional clinicamente. Por outro lado, justifica-se a realização deste exame no primeiro trimestre gestacional, para determinar a medida da translucência nucal, a fim de rastrear anomalias cromossômicas, dentre elas a síndrome de Down, além de confirmar a presença de batimentos cardíacos fetais para estabelecer a vitalidade embrionária[63].

Alguns especialistas como Dr. Abner Augusto Lobão Neto[64] recomenda no mínimo três avaliações através de ultrassom, sendo uma a cada trimestre, pois no primeiro trimestre (11ª e a 12ª semana) possibilita com precisão determinar a idade gestacional, excluir a possibilidade de gestação ectópica (fora do útero) e verificar a ocorrência de gestação múltipla. No segundo (20ª e a 22ª semana), possibilita avaliar a formação geral dos órgãos e membros externos do bebê, identificar doenças que podem ser e até mesmo tratadas ainda no útero, como a hidrocefalia e revelar o sexo do embrião. No terceiro trimestre (34ª e a 36ª semana) é calculado o peso do bebê, confirmada a posição em que ele está, verificada a quantidade de líquido amniótico e o posicionamento da placenta em relação ao colo do útero. De acordo com as informações obtidas nesse último exame, o médico verifica a possibilidade de realizar o parto normal ou a cesariana.[65]

Segundo MS:

> [...] Está comprovado que, **em gestações de alto risco**, a ultra-sonografia com dopplervelocimetria possibilita a indicação de intervenções que resultam na redução da morbimortalidade perinatal."[66] (**grifo nosso**)

Portanto, a avaliação gestacional pelo ultra-som possibilita que sejam detectadas informações sobre a saúde funcional e da anatomia do feto principalmente em gestação de alto risco.

---

[63] Rezende J, Montenegro CAB. Obstetrícia fundamental, 9ª ed. Rio de Janeiro – RJ, Guanabara Koogan, 2003 *In* Revista de Enfermagem, 2009, jan-mar, 13.

[64] Médico especialista em ultra-sonografia e coordenador do Setor de Pré-natal Personalizado da Universidade Federal de São Paulo.

[65] Disponível em: http://www.clicfilhos.com.br/ler/861-O_que_revela_o_exame_de_ultra_som_na_gravidez?page=1. Acesso em: 16/01/2011.

[66] Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual Técnico: *Pré-natal e Puerpério*. Brasília – DF, 2006, p. 29.

- ***Ausência de exames físicos gerais:***

Entre os exames físicos gerais previstos para o atendimento a gestante, serviram de referência para a análise do atendimento pré-natal à gestante de risco, pela equipe de auditoria, o controle da Pressão Arterial (PA) e a medida do peso.

Os procedimentos de aferição da PA e registro do peso gestacional apresentaram um registro bastante significativo em relação às gestantes de risco, o que é bastante salutar para as usuárias do pré-natal.

Mas apesar do registro do peso durante as consultas, não foi observado o acompanhamento do ganho de peso gestacional, pois não foram identificados os registros do índice de massa corpórea (IMC) gravídico[67]. Deixando assim de ser realizada a respectiva comparação com o ganho de peso recomendado na gestação, segundo o estado nutricional inicial.[68]

Além de não ter sido verificado o registro do IMC, 34 (45,3%) gestantes de risco não tiveram as suas alturas anotadas nas fichas pré-natais impossibilitando assim, a realização do cálculo do referido índice. É importante informar que o peso e a altura são medidas necessárias para avaliar e acompanhar o estado nutricional da gestante e o ganho de peso durante a gestação.

É importante ressaltar que a obesidade durante a gravidez pode resultar em alguns problemas como macrossomia fetal, síndromes hipertensivas e tromboembolismo.

- ***Insuficiência de exames físicos específicos:***

Entre os exames físicos específicos (gineco-obstétrico) previstos para o atendimento à gestante, a medida de Altura Uterina (AU) e a ausculta dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF) serviram de referência para a avaliação da qualidade do atendimento pré-natal à gestante de risco.

Quanto à medição da altura uterina, observou-se deficiências no registro em relação às gestantes de risco, pois 15 (20,0%) não tinham o apontamento do procedimento nas fichas perinatais e prontuários. Ver tabela 13 a seguir:

Tabela 13 – Tipo de gestação x Medição da altura uterina

Medição da altura uterina / Tipo de gestação	Não realizada	Uma medição	Duas medições	Mais de duas medições	TOTAL
Sem risco	17	16	17	42	92
Risco	15	18	15	27	75
TOTAL	32	34	32	69	167

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas
Obs.: Números totalizados.

[67] IMC é igual à relação peso (Kg) divido pela altura da gestante elevada a potência de dois.
[68] O estado nutricional inicial é identificado na primeira consulta e consequentemente, acompanhado a cada consulta e comparado com a relação **semana gestacional/índice de massa corpórea** e posteriormente com o ganho de peso recomendado para cada estado nutricional identificado.

Foi observado também, que entre as gestantes de risco que haviam realizados duas e três consultas, 11 (29,7%) tinham apenas uma medição registradanas fichas perinatais e prontuários.

A recomendação do MS para a medição da altura uterina é que seja realizada em todas as consultas subsequentes à primeira e que as medidas sejam anotadas no gráfico "CURVA ALTURA UTERINA / IDADE GESTACIONAL" e observado o sentido da curva formada para avaliação do crescimento fetal .

A medida da altura uterina conjugada com a palpação obstétrica é utilizada para identificar o crescimento fetal, diagnosticar os desvios da normalidade a partir da relação com a idade gestacional e identificar a situação e a apresentação fetal. Exclusivamente ela objetiva estimar o crescimento fetal (medida da altura uterina x número de semanas de gestação) e identificar anomalias como, por exemplo: polidrâmnio, macrossomia, gemelar, mola hidatiforme, miomatose, obesidade, feto morto, oligodrâmnio ou restrição de crescimento intrauterino, que devem ser confirmados através de ultrassonografia, se possível. A confirmação de anomalias resulta em encaminhamento para unidade de referência de "alto risco". Percebe-se assim, a importância da realização da medição da altura uterina durante as consultas do pré-natal.

Outro procedimento que apresentou deficiências significativas foi a ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF), o que é preocupante para as usuárias do pré-natal. Ao analisar os apontamentos das fichas perinatais, observou-se que 30 (40,0%) gestantes não tiveram o procedimento de ausculta realizado, e entre as que tinham mais de 24 semanas de gestação, nove (20,0%) tinham apenas uma ausculta realizada e 10 (22,2%) não tinham registro do procedimento.

Foi observado que em alguns casos, a não realização das aferições dos BCF foi devido a falta de sonar Doppler na USF por ocasião da consulta, conforme registros nas fichas perinatais, o que evidencia um descuido por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina ao não sanar o problema em tempo hábil.

Outra desconformidade, quanto ao procedimento de ausculta dos batimentos cardíacos fetais, foi a utilização dos sinais "-" (negativo) e "+" (positivo) para registrar os BCF, porém é importante ressaltar que a ausculta dos BCF é um procedimento que objetiva constatar a cada consulta a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos batimentos cardíacos fetais. O MS determina que se deva realizar a contagem dos BCF e registrá-los na ficha perinatal e no cartão da gestante[69].

- ***Ausência de exames de citologia oncótica:***

Não foram identificados os registros dos exames de citologia oncótica[70] nas fichas perinatais e nos prontuários de 145 (82,9%) gestantes, como é exposto na tabela 14.

[69] É considerada normal a frequência cardíaca fetal entre 120 e 160 batimentos por minuto.
[70] Esse exame também é conhecido como exame do colo do útero ou papanicolau

Tabela 14 – Tipo de gestação x Exame de citologia oncótica

Tipo de gestação \ Exame de citologia oncótica	Sim	Não	TOTAL
Sem risco	12	**80**	92
Risco	10	**65**	75
TOTAL	22	**145**	167

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

Entre as gestantes de risco com três ou mais consultas realizadas, 40 (85,1%) não tinham realizados os exames.

É importante esclarecer que esse exame faz parte dos parâmetros estabelecidos pelo MS para a atenção pré-natal e puerperal. Além de ser uma oportunidade para a mulher de realizar o referido exame, pois muitas mulheres frequentam as unidades de saúde apenas para o pré-natal[71].

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o número de casos novos de câncer do colo do útero esperado para o Brasil no ano de 2010 será de 18.430, com um risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres. O câncer do colo nas regiões Centro-Oeste (20/100.000) e Nordeste (18/100.000) ocupa a segunda posição mais frequente entre casos de câncer.[72]

O preenchimento inadequado da ficha perinatal e do respectivo prontuário demonstra um desconhecimento ou falta de reconhecimento, por parte das profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento do pré-natal, da importância do registro das ações efetivadas durante as consultas e das informações relativas às gestantes. Portanto, conclui-se que não há diferenciação entre o atendimento da gestante de risco e o da gestante sem risco gestacional identificado.

É importante frisar que o apontamento das informações sobre a gestante de risco nas fichas perinatais e prontuários (instrumentos de registros), que são documentos comprobatórios locais da prestação de assistência ao pré-natal, permitem a realização de estudos estatísticos autênticos, os quais servem para subsidiar políticas públicas destinadas a redução dos índices de morbimortalidade materno-fetal.

Tais evidências descritas neste subitem revelaram que não está havendo controle interno pela Secretária Municipal de Saúde de Petrolina relativo ao atendimento às gestantes de risco durante o pré-natal, como também às demais. É importante ressaltar que para garantir as condições de boas práticas no atendimento pré-natal é imprescindível o acompanhamento sistematizado que possibilite o fluxo de informações entre as unidades de saúde, de referência e contrarreferência, envolvidas no atendimento à gestante de risco.

A auditoria desenvolvida nas 12 USFs do Município de Petrolina propiciou a detecção do sub-registro dos procedimentos e condutas despendidas às gestantes consideradas de risco pelos profissionais de saúde responsáveis pela realização das

[71] O exame preventivo do câncer do colo do útero (exame de Papanicolaou) consiste na coleta de material citológico do colo do útero, sendo coletada uma amostra da parte externa (ectocérvice) e outra da parte interna (endocérvice). Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=326. Acesso em 04/01/2011.

[72] Disponível em: http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5. Acesso em 04/01/2011.

consultas nestas unidades. Subentende-se, portanto, que as gestantes consideradas de risco não estão recebendo um atendimento pré-natal adequado e diferenciado como recomenda o MS. A existência de algum fator de risco reprodutivo reflete as condições a que a gestante está submetida ou complicações que podem surgir no decorrer da gestação transformando-a em uma gestação de alto risco, por isso a necessidade de que o atendimento pré-natal seja mais efetivo para reduzir os riscos de morbimortalidade materno-fetal.

Os resultados obtidos na avaliação dos procedimentos e condutas do atendimento pré-natal à gestante de risco refletem um problema comum nas USFs auditadas, podendo também existir o mesmo em outras unidades do município. Portanto, em virtude das evidências encontradas recomendamos à Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina, como propostas para mitigar asdeficiências no atendimento do pré-natal e consequentemente, aprimorar o acesso aos serviços de atenção primária à saúde, que:

1. Capacite os profissionais de saúde que compõem as ESFs, através de cursos de reciclagem, educação continuada,objetivando a conscientização sobre a importância da assistência ao pré-natal e puerpério e de todas as atividades correlacionadas, como o adequado preenchimento de todos os instrumentos de registros dos procedimentos disponíveis e adotados no atendimento à gestante risco;

2. Recomende a todos profissionais de saúde que mantenham os instrumentos de registro adequadamente preenchidos e com a identificação do responsável em todas as etapas do atendimento: anamnese, exame físico, diagnóstico, tratamento, acompanhamento e encaminhamentos;

3. Oriente os profissionais de saúde das USFs para o uso do formulário padrão (ficha de referência e contrarreferência) e registro nas fichas perinatais ou prontuários médicos das condutas de encaminhamento das gestantes de risco para serviços de referência de alto risco ou especialista, conforme regulamentações do MS;

4. Adote prontuário médico de atendimento padronizado e ficha perinatal com campo para registro do Índice de Massa Corpórea (IMC) gravídico**,** possibilitado o acompanhamento do ganho de peso gestacional;

5. Implemente controle sobre as prescrições de medicamento e de vacinação garantindo o acesso às gestantes de risco;

6. Implemente controle que garanta às gestantes de risco a realização plena dos exames complementares, inclusive referentes à sorologia para Hepatite tipo B, Toxoplasmose e de Coombs indireto com repetição no caso de resultado negativo;

7. Garanta a realização de no mínimo três exames de ultrassonografia obstétrica com objetivo de trazer mais segurança à mulher durante o período gravídico;

8. Adote como conduta de registro da aferição dos BCF na ficha perinatal a utilização de grafia numérica, em vez de sinais “+” (positivo) e “-” (negativo);

9. Implemente campanha municipal de conscientização da necessidade da realização do exame de citologia oncótica utilizando as ESFs junto a população das áreas sob sua responsabilidade;

10. Avalie a efetividade das ESFs quanto à captação, recondução, acompanhamento, e trabalho educativo desenvolvidos pela USF junto a gestantes de risco;

11. Avalie periodicamente os procedimentos, atividades e condutas de acompanhamento do pré-natal oferecidas às gestantes de risco em suas USFs através do seu controle interno;

12. Implante procedimentos de controle e responsabilização, quanto ao descumprimento de algum procedimento, atividade, conduta ou por ausência de registro documental inerente a gestante de risco, por parte dos profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento da gestante de risco.

Conclui-se, portanto, que as recomendações citadas acima, desde que sejam aplicadas pelo gestor público, sejam medidas importantes e eficazes para propiciar melhoria da qualidade de vida das gestantes de risco.

Este item do relatório avaliou prioritariamente a qualidade da assistência à gestante de risco (75 gestantes), diferente do próximo tópico que examina os procedimentos de pré-natal realizados pelas ESFs em gestantesde risco e sem risco identificado acompanhadas pelas USFs Para tanto foram analisadas167 gestantes, sendo 92sem risco identificado e 75 em situação de riscoselecionadas de forma aleatória pela equipe de auditoria.

3.2 Atendimento pré-natal realizado nas unidades de saúde da família

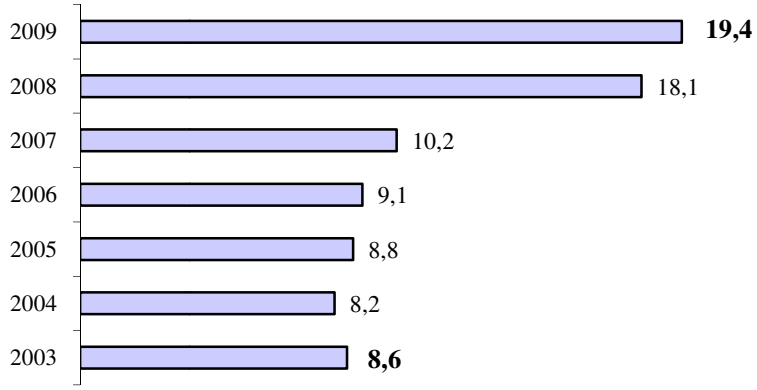
É um direito das gestantes e recém-nascidos um atendimento digno e de qualidade durante o período da gestação, parto e puerpério. A atenção pré-natal e puerperal humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal.

No Brasil, segundo a pesquisa Saúde Brasil 2009 do Ministério da Saúde (MS), publicado em dezembro de 2010, houve um declínio das causas de mortes de gestantes de 1990 a2007, a exemplo de hipertensão (63%), hemorragia (58%) e aborto (80%). Na década de 90, a taxa de mortalidade materna era de 140 a cada 100 mil bebês nascidos vivos passando para 75, em 2007[73].

Paralelamente houve uma evolução no número de consultas de pré-natal realizadas durante a gravidez conforme se observa na figura 07 a seguir. Entre 2003 e 2009 o aumento de consultas de pré-natal foi de 125%, sendo que em 2003, foram realizadas 8,6 milhões de consultas e, em 2009, foram 19,4 milhões. O MS atribui o crescimento principalmente à ampliação do acesso ao pré-natal pelas mulheres (http://portal.saude.gov.br).

[73]Informação extraída de noticia publicada em http://www.folhape.com.br/index.php/saude/608931-pesquisa-mostra-reducao-nas-taxas-de-mortalidade-materna-e-infantil-no-brasil.

Figura 07– Evolução anual das consultas pré-natal no SUS (em milhões): Brasil 2003-2009



Fonte: http://portal.saude.gov.br/portal/saude

Apesar do aumento no número de consultas demonstrado na figura acima, o estudo do MS citado apontou também que quase 90% das grávidas realizam, no mínimo, quatro consultas do pré-natal no SUS. Sendo assim, a quantidade de consultas por gestante ainda está fora do parâmetro do Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério do MS (BRASIL, 2006c) que estabelece no mínimo, seis consultas de pré-natal, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.

As mortes maternas estão diretamente ligadas à falta de cuidados na gravidez, sobretudo no que tange uma assistência de pré-natal adequada e qualificada.

3.2.1 Ausência de informações no modelo de ficha perinatal adotado pela Secretaria de Saúde

Foi constatado que o modelo de ficha perinatal adotado pela Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina não inclui todas as informações exigidas pelo "Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério" instituído pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) e, além disso, não tem ocorrido seu preenchido por completo pelas equipes de saúde da família.

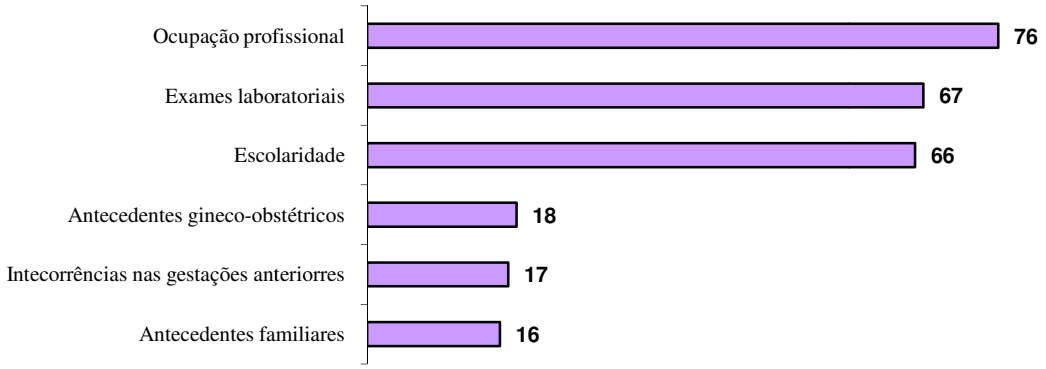
Para avaliação do modelo da ficha perinatal, foram selecionadas aleatoriamente as fichas de 167 gestantes, o que corresponde a 30,8% do total, assistidas pelas USFs visitadas pela equipe de auditoria do TCE-PE em outubro de 2010. A ficha perinatal é o instrumento de coleta de dados, na unidade de saúde ou no domicílio, para uso dos profissionais da unidade de saúde e deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, do parto, do recém-nascido e do puerpério recomendados pelo MS através do Anexo 2 "ficha de atenção pré-natal" (BRASIL, 2005, pg. 150).

As análises evidenciaram que o modelo da ficha perinatal adotado pelo município não incluiu todas as informações exigidas pelo referido manual do MS, constatando-se a falta dos seguintes campos:dados socioeconômicos, estatura da gestante, ingestão de bebida alcoólica, saneamento básico (água encanada), idade dos dependentes e renda familiar. Com a adoção de um modelo que não contempla todos os campos exigidos pelo Ministério, o município deixa de obter um perfil fidedigno das gestantes o que por sua vez prejudica a elaboração de políticas públicas mais adequadas às necessidades da população local.

Outro ponto observado a partir da análise das fichas foi que há falhas no seu preenchimento talvez por falta de conhecimento do profissional que está acompanhando as gestantes ou por pouca valorização de algumas das informações contidas nas fichas. Tome como exemplo o campo "Exames complementares", onde 40% do total de 167 fichas examinadas não apresentaram registro nesse campo. Vale salientar ainda que na USF Miguel Durando não foram preenchidas as fichas perinatais das gestantes em acompanhamento.

Os resultados obtidos na pesquisa quanto aos campos das fichas que não foram preenchidos pelos profissionais que deram assistência a estas gestantes (167) estão na figura 08 a seguir:

Figura 08 – Campos sem preenchimento da Ficha Perinatal



Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

As constatações podem indicar uma assistência pouco qualificada, com margens a complicações tanto da gestante quanto do bebê que são passíveis de serem evitadas.

É importante que as fichas perinatais estejam organizadas, devidamente preenchidas no que diz respeito a sua totalidade e confiabilidade dos dados, uma vez que o fluxo de informações entre os serviços de saúde, no sistema de referência e contrarreferência, deve ser garantido pelo município.

Portanto, em virtude das evidências encontradas recomendamos a Secretaria Municipal de Petrolina que:

1. Reavalie o modelo da ficha perinatal adotado de modo a inserir os campos necessários para a coleta de informações preconizadas pelo Ministério da Saúde;

2. Implante procedimentos de controle e responsabilização no atendimento pré-natal e puerpério, quanto à ausência de registro documental inerente à gestante, por parte dos profissionais de saúde responsáveis, conforme regulamentações do MS.

Como benefício dessas recomendações espera-se que a Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina tenha um cadastro mais fidedigno das mulheres grávidas de modo que as equipes de saúde da família possam fazer um acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do puerpério.

3.2.2 Ausência de exames complementares no pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde

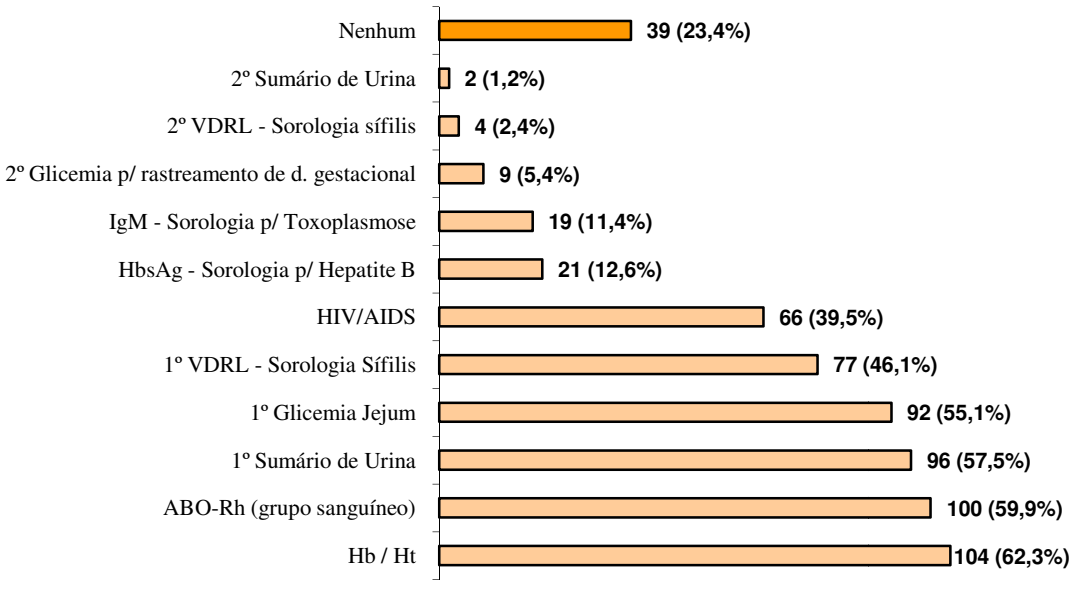
Constatou-se que as equipes de saúde da família do município de Petrolina não realizam todos os exames complementares durante a gravidez preconizados pelo Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c).

Segundo o manual do MS, o atendimento pré-natal promovida pela rede de saúde municipal deve realizar os seguintes exames complementares (BRASIL, 2006c, pg. 11): Sorologia p/ Toxoplasmose; Sorologia p/ Hepatite B; Sumário de Urina; Sorologia p/ Sífilis (VDRL); Glicemia de Jejum; HIV/AIDS; Hb-Ht; e ABO-Rh – grupo sanguíneo.

Através das entrevistas com as enfermeiras e das análises dos registros feitos nas fichas perinatais verificou-se que 53,9% das gestantes não fizeram os primeiros exames de Sorologia para Sífilis (VDRL), 44,3% para Glicemia em Jejum, e 41,9% para Sumário de Urina (vide figura 09 abaixo). A repetição desses exames a serem realizadas próximo da trigésima semana da gravidez foi mais precária ainda, visto que em média 97% das gestantes pesquisadas não repetiram os exames o que corresponde a 162 mulheres do total de 167 investigadas.

Outro problema identificado foi quanto a realização da Sorologia para Toxoplasmose (IgM), pois 88,6% das gestantes do universo pesquisado não fizeram os exames e 87,4% também não fizeram a Sorologia para Hepatite B (HBsAg). Observou-se também que em 39,5% das gestantes não foi possível identificar o grupo sanguíneo tendo em vista que elas não fizeram o ABO-Rh. Quanto ao HIV (AIDS) o total de gestantes que não realizaram esse exame foi de 60,5%. Ainda foi possível identificar que 23,4% das grávidas não fizeram nenhum dos exames complementares preconizados pelo MS (vide figura 09).

Figura 09 – Exames complementares realizados pelas USFs visitadas



Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

Os resultados dos exames auxiliam a identificar alterações que possam acometer a mãe e o bebê durante a gestação ajudando a prevenir doenças tais como a diabetes gestacional e a hipertensão, que podem levar a complicações durante o parto.

Dados do MS indicam que geralmente 90% das gestações são classificadas como sendo de baixo-risco, isto é, não possuem fatores que põem em risco a saúde da gestante e do bebê, ainda assim é necessário o acompanhamento continuado através das consultas e da realização dos exames a fim de prevenir e diagnosticar precocemente as várias patologias que podem afetar a gestação.

Assim, é oportuno recomendar à Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina:

1. Acompanhe junto às equipes de saúde da família a solicitação dos exames complementares necessários durante a gravidez e preconizados pelo Ministério da Saúde, assim como os respectivos resultados, não deixando de registrá-los na ficha perinatal e prontuário médico;

2. Implemente controle que garanta a realização plena dos exames complementares, inclusive referentes à sorologia para Hepatite tipo B e Toxoplasmose, e exame de Coombs indireto quando necessário, com objetivo de trazer mais segurança à mulher durante o período gravídico.

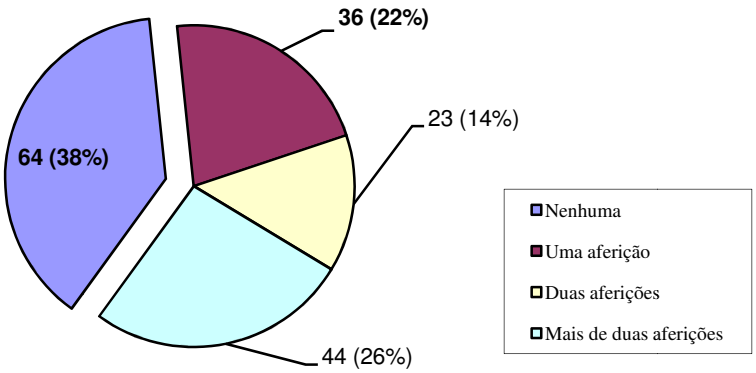
Com a implementação da supracitada recomendação espera-se a melhoria do acompanhamento da gestação e da avaliação do binômio - mãe e feto – com a consequente definição de tratamentos apropriados para evitar a morte materna e/ou fetal.

3.2.3 Ausência de procedimentos técnicos e condutas no exame clínico e obstétrico

Ainda com base nos campos informativos das fichas perinatais coletadas foi verificado falhas quanto aos procedimentos técnicos realizados durante o exame clínico e obstétrico, preconizados pelo Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c).

Na figura 10 é possível verificar que em 38% (64) das gestantes pesquisadas não foi feita qualquer ausculta dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF) do bebê e em 22% (36) esse procedimento foi realizado apenas uma vez. Essa aferição serve para constatar a cada consulta a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos BCFs do feto. Nos registros feitos nas fichas perinatais constam que em algumas USFs o aparelho utilizado para fazer a aferição estava quebrado prejudicando essas aferições. A monitorização dos BCFs é importante, pois se correlaciona com o sinal e constatação de vida, logo a presença de movimentos fetais ativos e frequentes é tranquilizadora quanto ao prognóstico fetal.

Figura 10 – Aferição dos Batimentos Cardíacos Fetais realizada nas USFs visitadas

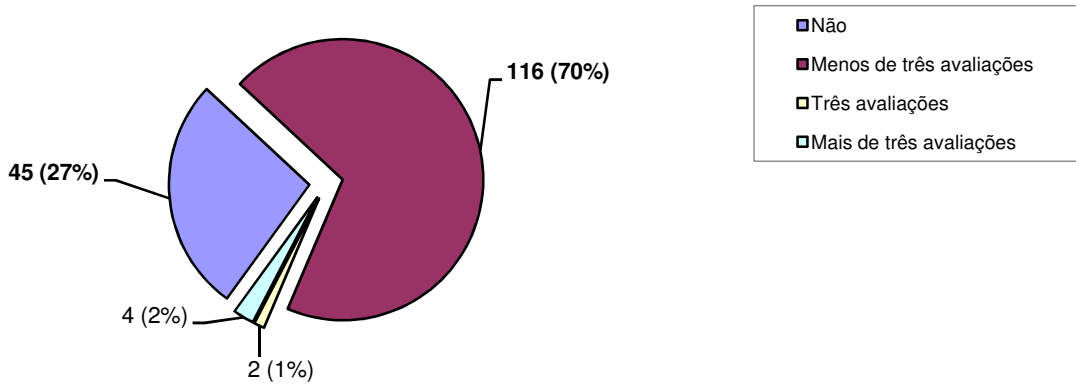


Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

Quanto ao número de avaliações ultrassonográficas constatou-se que 27% (45) das gestantes não fizeram nenhuma avaliação e 70% (116) fizeram menos de três avaliações (vide figura 11 a seguir).

A ultrassonografia na gestação é um exame complementar de diagnóstico que auxilia a realização do pré-natal. Embora o MS oriente que esse exame seja solicitado quando não for possível determinar a idade gestacional clinicamente, sua realização é justificada no primeiro trimestre gestacional, para determinar a medida da translucência nucal, a fim de rastrear anomalias cromossômicas, dentre elas a síndrome de Down, detectar precocemente gestações múltiplas, malformações fetais clinicamente não suspeitas, assim como confirmar a presença de batimentos cardíacos fetais.

Figura 11 – Avaliação ultrassonográfica realizada nas USFs visitadas



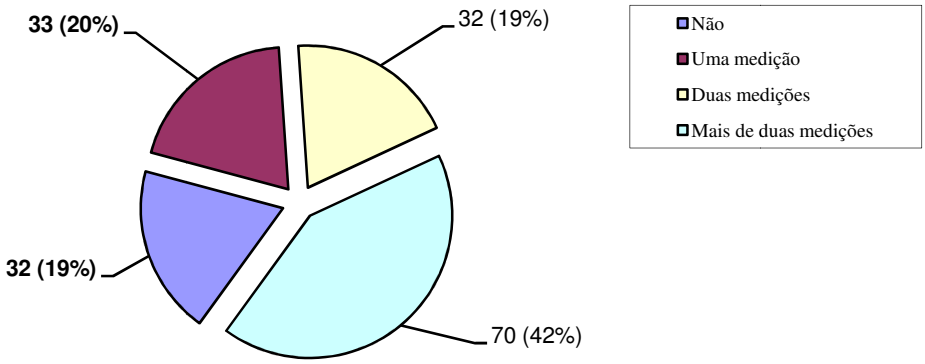
Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas.

Outroprocedimento importante realizado com as gestantes é a medida da altura uterina que consiste em um método clínico utilizado para o acompanhamento do crescimento do feto. Segundo Martimnelli (2001) Quaranta et al. e Calvert et al. demonstraram que, entre 20 e 34 semanas, a altura uterina em centímetros equivale à idade

gestacional. Essa medição pode identificar as alterações do crescimento fetal normal quanto à restrição ou crescimento exacerbado do feto provocado por complicações na gestação.

Correlacionando-se a medida da altura uterina com o número de semanas de gestação foi constatado que 20% (33) das gestantes fizeram apenas uma medição e em 19% (19) delasesse procedimento não foi realizado (vide figura a seguir).

Figura 12 – Medição da altura uterina realizada nas USFs visitadas



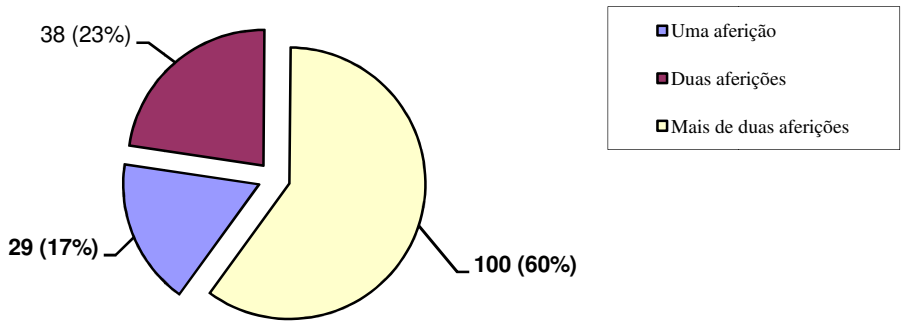
Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

A pressão arterial, por sua vez, foi medida por mais de duas vezes em 60% (100) das grávidas ao passo que 17% (29) delas só fizeram uma medição (vide figura 13). A gestante precisa ter sua pressão arterial medida regularmente durante todo o período gestacional para que seja evitada a eclampsia – doença decorrente da hipertensão (alta pressão arterial). Segundo o Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c pg. 07).

> [...] a pré-eclâmpsia/eclâmpsia continua sendo a primeira causa de morte materna no Brasil e determina o maior número de óbitos perinatais, além do aumento significativo do número de neonatos com sequelas caso sobrevivam aos danos da hipóxia cerebral. A aferição da pressão arterial em todas as consultas de pré-natal e a instauração de condutas de tratamento corretas permitiriam salvar muitas mulheres e crianças.

Verifica-se que a regularidade na aferição da pressão arterial é uma condição indispensável na avaliação clínica da gestante durante o pré-natal para diagnosticar precocemente as patologias correlatas uma vez que o aumento da pressão, geralmente, é primeiro sintoma da doença.

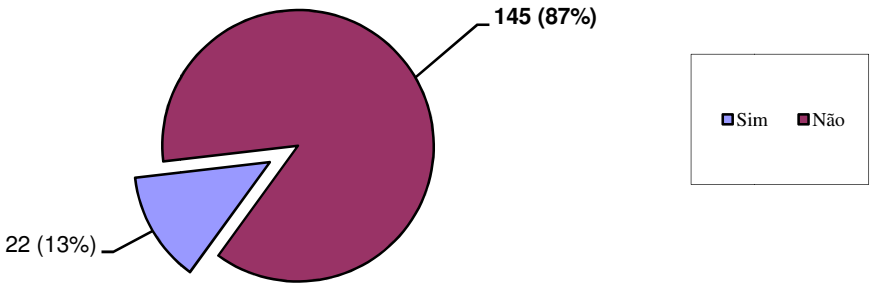
Figura 13– Aferição da pressão arterial realizada nas USFs visitadas



Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

Um procedimento importante a ser realizado pelos profissionais de saúde com as gestantes é o exame de citologia oncótica. Conforme o registro feito nas fichas perinatais verificou-se que 87% (145) das grávidas selecionadas não fizeram o referido exame. Segundo o Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) é importante que durante a gravidez o obstetra faça pelo menos um exame a fim de prevenir contra o câncer do colo de útero.

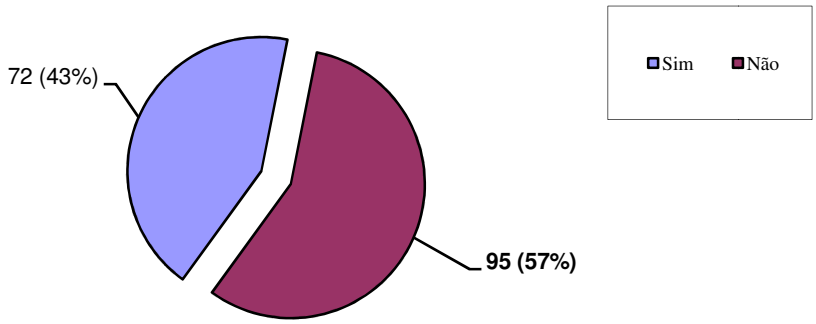
Figura 14– Exame de citologia oncótica realizado nas USFs visitadas



Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

Outra conduta prevista no referido manual do MS (BRASIL, 2006c) é a prescrição de suplementação de sulfato ferroso para profilaxia da anemia. Através da figura 15a seguir, verifica-se que não foi prescrito o sulfato ferroso a partir da 20ª semana de gestação para 57% das grávidas o que corresponde a 95 mulheres do universo pesquisado.

Figura 15– Prescrição do sulfato ferroso nas USFs visitadas

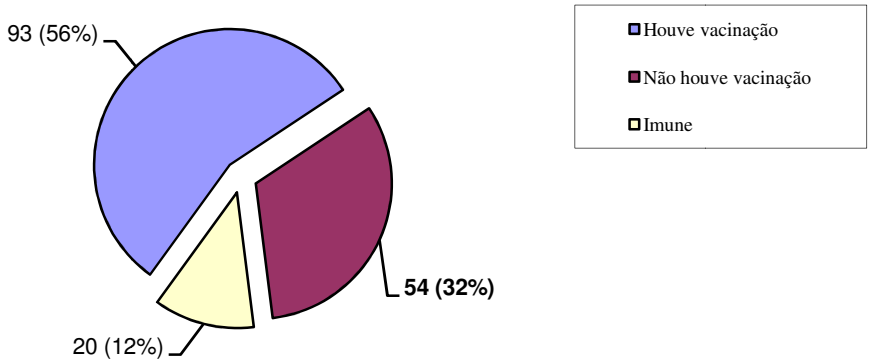


Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

Quanto à imunização antitetânica as fichas perinatais indicam que 32% (54) das gestantes pesquisadas não receberam nenhuma dose da vacinação conforme se observa na figura 15. A rotina de vacinação da atenção pré–natal é um procedimento importante para a prevenção do tétano neonatal. É uma doença aguda e grave que acomete recém-nascidos na primeira semana de vida ou nos primeiros 15 dias pela contaminação durante a secção do cordão umbilical e/ou pela falta de higiene nos cuidados com o recém-nascido.

É uma doença imunopreveníveI por isso cabe à equipe de saúde investigar a história pregressa de vacinação da gestante para iniciar ou proceder à administração de doses subsequentes, a fim de evitar a morte do bebê por esse tipo de doença.

Figura 16– Vacinação antitetânica realizada nas USFs visitadas



Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

Desse modo para um bom acompanhamento do pré-natal é necessário que a equipe de saúde realize correta e uniformemente os procedimentos técnicos durante a consulta com a gestante.

Mesmo que tenha havido redução das taxas de mortalidade materna pode-se dizer que ainda são elevadas para os dias de hoje e, na maioria das vezes estão associadas à precariedade da assistência pré-natal.

Diante dos resultados verificados e já comentados, cujos efeitos têm sido prejudiciais para o atendimento pré-natal nas unidades de saúde da família recomenda-se à Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina que:

1. Implante procedimentos de controle e responsabilização na assistência ao pré-natal e Puerpério, quanto ao descumprimento de algum procedimento, atividade ou conduta inerente à gestante, por parte dos profissionais de saúde responsáveis.
2. Forneça para as USFs a quantidade de sulfato ferroso necessária para atender a todas as gestantes assistidas pelo município;
3. Promova campanha municipal de conscientização da necessidade da realização do exame de citologia oncótica utilizando as equipes de saúde da família junto à população das áreas sob sua responsabilidade.

Com a implementação das recomendações espera-se que haja melhoria da qualidade das consultas de pré-natal tendo em vista que os bons resultados da gestação são diretamente proporcionais à precocidade do início do acompanhamento pré-natal e a realização das condutas e procedimentos adequadamente.

3.3 Profissional médico de saúde da família

A disponibilização de uma equipe multidisciplinar (médico, enfermeira, odontólogo, agente comunitário de saúde) representa um ponto importante para construção do SUS. A ausência de um desses profissionais pode comprometer o conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Estas ações devem ser desenvolvidas por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2007b).

Neste tópico foram analisados os Mapas de Produção Ambulatorial Diário (MPADs)dos médicos integrantes das equipes de saúde da família do mês de setembro/2010 com o objetivo de verificar a assiduidade desses profissionais.

3.3.1 Baixa assiduidade dos médicos das unidades de saúde da família

Os profissionais médicos contratados pelo município de Petrolinaque trabalham nas equipes de saúde da família não cumprem a jornada de 40 horas semanais estabelecida pela Portaria GM/MS n° 648/2006 que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Segundo a norma, compete às secretarias municipais de saúde e ao Distrito Federal

assegurar o cumprimento de horário integral de todos os profissionais das equipes de saúde da família, de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2006).

Para avaliação da assiduidade dos médicos integrantes das equipes de saúde da família, foram examinados os MPADs referentes ao mês de setembro/2010, preenchidos por estes profissionais (fls. 60 a263). Este documento tem como finalidade a consolidação da produção diária do profissional (quantidade e natureza dos serviços realizados) a partir do registro dos procedimentos/códigos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS). O MPAD é um documento/planilha onde se registra toda a produção médica, que posteriormente serve como base de informações para alimentação do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS).

Devido ao curto tempo disponível para visita às Unidades de Saúde da Família (USFs) do município de Petrolina, não foi possível a realização do levantamento da assiduidade de todos os profissionais médicos que prestam serviço para o município, ficando restrito a cincounidades onde foram coletados os mapas de produção de cinco médicos pela equipe de auditoria. Os MPADs das unidades examinadas foram enviados pela Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina através do Ofício n° 1.843/2010-GAB para equipe de auditoria do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (TCE-PE)(fls. 57).

A partir dos exames aos MPADs, constatou-se que os médicos das equipes de saúde da família que prestam serviços ao município não cumprem a carga-horária prevista pela PNAB. Omédico integrante da USF Ricardo Soares não trabalhou 10 dias úteis no mês de setembro,pois não houve produção registrada nos MPADs, já excluído o feriado do dia 07 de setembro (quadro 04). Situação similar também ocorreu nas demais unidades de saúde da família examinadas, mas com uma intensidade menor de faltas, prejudicando a assistência aos usuários atendidos pelas equipes.

Quadro 04– Avaliação da assiduidade mensal dos médicos de Petrolina: set/2010

Dia	Unidade de Saúde da Família				
	Álvaro Rocha	Jardim Maravilha	Miguel Durando	Ricardo Soares (II)	Anália Batista
01/09	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
02/09	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
03/09	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Sábado	-	-	-	-	-
Domingo	-	-	-	-	-
06/09	Sim	Sim	Não	Não	Não
07/09 (feriado)	-	-	-	-	-
08/09	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
09/09	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
10/09	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Sábado	-	-	-	-	-
Domingo	-	-	-	-	-
13/09	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
14/09	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
15/09	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
16/09	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
17/09	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Sábado	-	-	-	-	-
Domingo	-	-	-	-	-
20/09	Não	Sim	Não	Não	Não
21/09	Não	Não	Não	Não	Não
22/09	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
23/09	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
24/09	Não	Sim	Não	Não	Não
Sábado	-	-	-	-	-

	Unidade de Saúde da Família				
Domingo	-	-	-	-	-
27/09	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
28/09	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
29/09	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
30/09	Sim	Não	Não	Sim	Não
Total de dias úteis de set/2010	21	21	21	21	21
Dias úteis trabalhados	18	16	16	11	16
Dias úteis não trabalhos	03 (A)	05 (B)	05 (C)	10 (D)	05 (E)
Remuneração bruta mensal (contrato) – R$	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00	8.000,00
Prejuízo por dias úteis não trabalhados[74]: valores máximos e mínimos em R$	**1.142,86**	**1.904,76**	**1.904,76**	**3.809,52**	**1.904,76**

Fonte: MPAD de Petrolina (fls. 60 a 263).

A baixa assiduidade dos médicos das equipes de saúde da famíliacompromete as ações e serviços de saúde ofertados pela atenção básica do município e não atende a alguns princípios e fundamentos estabelecidos pela PNAB, como acessibilidade e longitudinalidade. De acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) a Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização e, instituiu como fundamentos a serem atendidos (BRASIL, 2006a):

> I - possibilitar o **acesso** universal e **contínuo** a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
> [...]
> III - desenvolver **relações de vínculo e responsabilização** entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a **longitudinalidade do cuidado**; (grifo nosso)
> [...]

Para se avaliar a acessibilidade (ou acesso) dos serviços de saúde ofertados pelo município, pode-se abordar este princípio a partir de dois componentes que o caracteriza: a) o acesso geográfico, que envolve características relacionadas à distância e aos meios de transporte a serem utilizados para obter a assistência; b) o acesso socio-organizacional, que inclui aquelas características e recursos que facilitam ou impedem os esforços das pessoas em receber os cuidados de uma equipe de saúde. Para a segunda abordagem, tome como exemplo, o horário de funcionamento, a forma de marcação de consulta e a presença de longas filas, estes são alguns fatores que podem significar barreiras ao acesso. Outra situação que limita o acesso do usuário ao atendimento é a disponibilidade de profissional, especialmente o médico, durante o funcionamento da unidade de saúde (BRASIL, 2007b).

Outro princípio essencial da PNAB que fica comprometido pela baixa assiduidade dos médicos é a longitudinalidade do cuidado (ou vínculo e responsabilização). Este princípio busca uma relação pessoal que se estabelece ao longo do tempo, independentemente do tipo de problemas de saúde ou mesmo da presença de um problema de saúde, entre indivíduos e um profissional ou uma equipe de saúde. Uma equipe de saúde da família tem a oportunidade de acompanhar os diversos momentos do ciclo de vida dos indivíduos, de suas famílias, da própria comunidade e, por intermédio dessa relação, a equipe conhece as pessoas, suas famílias e comunidade, e estes conhecem a equipe de saúde. O vínculo e a responsabilização, contidos na proposta do SUS, somente poderá existir se houver comprometimento e envolvimento de toda equipe de saúde.

[74]Para calcular o valor pago sem contrapartida do serviço, foi distribuída de forma proporcional a remuneração pelos dias úteis não trabalhados.

Desta forma, diante do fato que a baixa assiduidade de médicos compromete princípios basilares do SUS, como acesso a serviços de saúde e sua continuidade, prejudicando a população atendida pelas USFs, recomenda-se à Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina que promova ações gerenciais para assegurar o cumprimento da carga-horária integral de 40 horas semanais de todos os profissionais médicos das equipes de saúde da família.

3.3.2 Pagamento de médicos de unidades de saúde da família sem o cumprimento de carga horária integral

O município de Petrolina pagou na íntegra, sem descontar os dias úteis não trabalhados,aos profissionais médicos contratados para as equipes de saúde da família que não cumpriram a jornada semanal de 40 horas preceituada pela PNAB instituída pela Portaria GM/MS n° 648/2006.

Para avaliação da despesa financeira realizada pelo município de Petrolina para pagamento de profissionais médicos contratados para prestação de serviços às USFs visitadas pelo TCE-PE foi solicitada à Prefeitura Municipal, através do Ofício TC/CCE n° 339/2010, de 07/10/2010 (fls. 46 a 47), reiterado pelo Ofício TC/CCE n° 353/2010, de 19/11/2010 (fls. 52), cópia dos contratos firmados com os médicos que trabalham nas equipes de saúde da família com vistas a identificar a jornada de trabalho e a remuneração contratada pela gestão municipal, e os mapas de produção ambulatorial diário referentes ao mês de setembro de 2010 (fls. 60 a263).

Entretanto, a Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina não encaminhou todos os contratos solicitados pelo TCE-PE. Abaixo apresentamos a relação dos médicosdas unidades pesquisadas onde não foram encaminhados os contratos ou apenas fornecido o termo aditivo:

Quadro 05 – Relação dos médicos sem apresentação de contrato

Nome	Situação
Aristóteles Homero dos santos Cardona	Somente o Termo Aditivo
Arturo Hanco Zavaleta	Contrato não enviado
Boris Dumar Lopes Soleto	Somente o Termo Aditivo
Carlos Gilberto Moura da Silva Reis	Somente o Termo Aditivo
Izaias Francisco de Souza Júnior	Somente o Termo Aditivo
Jânio Ângelo Modesto	Somente o Termo Aditivo
José Farias Gomes	Somente o Termo Aditivo
José Ricardo Lócio Rosado	Somente o Termo Aditivo
Maria Eduarda Farias de Macedo	Contrato não enviado
Moises Severiano Alves	Contrato não enviado
Oscar Mário Herrera Rivera	Somente o Termo Aditivo
Rodrigo Tenório Gonçalves da Silva	Contrato não enviado

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise dos contratos coletados

A partir do Ofício n° 1.843/2010-GAB, de 23/12/2010 (fls. 57) e dos contratos(fls. 266 a 293) entregues à equipe, constatou-se que o município paga mensalmente (remuneração bruta) a cada médico de saúde da família pelos serviços prestados o equivalente aR$ 8.000,00 (oito mil reais) pela jornada semanal de 40 horas. Também foi solicitado via ofício cópia das notas de empenho/folha de pagamento referente ao mês de setembro dos médicos das USFs.

Como foi evidenciado anteriormente no quadro 05 deste relatório, em alguns dias úteis do mês de setembro de 2010 não houve produção ambulatorial/atividade médica (registro de procedimentos no MPAD) dos médicos contratados para as unidades de saúde da família Álvaro Moreira Rocha (Sra. Taciana Teles de Magalhães), Jardim Maravilha (Sr. Jânio Ângelo Modesto), Miguel de Lima Durando (Sr. José Farias[75]), Ricardo Soares Coelho (equipe II – Sr. Aristóteles Cardona) e Anália Batista (Sr. José Farias Gomes), caracterizando a ausência destes profissionais às unidades de saúde. Apesar da reduzida carga-horária dos serviços prestados no mês de setembro pelos citados médicos, o município de Petrolina pagou na íntegra (valor contratual) os profissionais, conforme se verifica a folha de pagamento de setembro/2010, fornecida através do Ofício n° 019/2011-GAB (fls. 294).

Quando somados os dias úteis não trabalhados (A +...+ E) pelos médicos contratados, constata-se que o município de Petrolina deixou de ofertar um total de 28 dias úteis (244 horas) de serviços médicos para a população atendida pelas cinco equipes de saúde da família, perfazendo um prejuízo de R$ 10.666,67 (dez mil e seiscentos e sessenta e seis reais e sessenta e sete centavos).

Desta forma, diante dos fatos relatados anteriormente que constatam que médicos de saúde da família que não cumpriram a jornada semana de 40 horas, instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, receberam na íntegra a remuneração contratual referente ao mês de setembro/2010 sem desconto dos dias não trabalhados,recomenda-seà ordenadora de despesas da Secretaria Municipal de Saúde de PetrolinaSra. Lucia Cristina Giesta Soares (fls.309) a devolução aos cofres públicos do municípioo valor deR$ 10.666,67 (dez mil e seiscentos e sessenta e seis reais e sessenta e sete centavos), conforme demonstrativo de débito abaixo.

Quadro 06– Demonstrativo de débito por médico

USF	Médico	Valor a ser devolvido (R$)
Álvaro Moreira Rocha	Taciana Teles de Magalhães	1.142,86
Jardim Maravilha	Jânio Ângelo Modesto	1.904,76
Miguel de Lima Durando	José Farias	1.904,76
Ricardo Soares Coelho	Aristóteles Cardona (equipe II)	3.809,52
Anália Batista	José Farias Gomes	1.904,76
Total		**10.666,67**

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria

Recomenda-se ainda a aplicação de multa a mesma ordenadora de despesa da Secretaria de Saúde pelos pagamentos efetuados na íntegra a médicos que não cumpriram a jornada semanal estabelecida pela Política Nacional da Atenção Básica. Tal atitude administrativa feriuos artigos 62 e 63 da Lei n° 4.320/64 (Institui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal), que estabelece que nenhuma despesa realizada pela administração públicas pode ser paga sem estar liquidada[76]. O artigo 73 inciso III da Lei n° 12.600/2004, que dispõe sobre a Lei Orgânica do Tribunal de Contas do Estado de

[75]Servidor trabalhou até setembro/2010 (produção levantado via fotografia dos mapas tirada pela equipe de auditoria), onde foi substituído pela Sra. Cláudia Mendoza.

[76] Fase da despesa que o gestor público deve verificar se o material comprado foi entregue na quantidade e na qualidade especificada, ou se os serviços contratados foram efetivamente prestados.

Pernambuco, estabelece que a Corte de Contas poderá aplicar multas aos responsáveis por ato praticado com grave infração a norma legal.

As conclusões ora apontadas por esta avaliação são pontuais, retratando apenas um pequeno recorte realizado pela equipe do TCE-PE. Desta forma, também sugere-se o encaminhamento deste relatório para a Coordenadoria de Controle Externo (CCE) desta Corte de Contas para que seja realizado o levantamento da situação da assiduidade anual de todos os médicos de saúde da família do município para calcular o real prejuízo financeiro decorrente do pagamento de serviços de saúde não prestados pelos profissionais médicos.

3.3.3 Divergência entre os registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina

Constatou-se que há divergências entre o registro de profissionais existentes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde (MS) e as informações gerenciais coletadas no município. A Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina encaminhou através do Ofício n° 1.1843/2010-GAB, de 23/12/2010 (fls. 57 a 59) a relação dos médicos que trabalham nas USFs e as respectivas datas de admissão. Para avaliar a consistência dos registros constantes no cadastro nacional, foi realizada a triangulação de informações oriundas de três fontes distintas: base de dados do CNES do MS consultada entre 29 e 30 de novembro de 2010; relatório do sistema de folha de pagamento da Secretaria Municipal de Saúde (fls. 310 a 401); e mapas de produção ambulatorial diário (MPADs) do mês de setembro/2010 dos médicos das USFs (fls. 60 a 263).

Foram examinadas 36 USFs e selecionadas doze para a coleta dos MPADs dos médicos (vide quadro 07).

A partir da triangulação realizada foram constatadas diversas inconsistências nos registros dos médicos relatadas a seguir:

- ***Médicos registrados na base do CNES que não constam no relatório da Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina:***

Os exames evidenciaram que estão registrados na base do CNES médicos que não fazem parte do quadro funcional das equipes de saúde da família do município segundo o confronto com o relatório do sistema de folha de pagamento da secretaria de saúde (fls. 310 a 401) enviado pela Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina. A pesquisa realizada no CNES apontou a existência dos seguintes médicos:

- USF Álvaro Rocha - Sr. Raul Alves de Siqueira
- USF Anália Batista - Sra. Cecília Silveira Pereira Nunes
- USF Beatriz Luz - Sra. Cláudia de Aguiar Maia Gomes
- USF Lia Bezerra - Sr. Ricardo Cesar A. de Lima Moura
- USF Ricardo Soares - Sra. Aline Oliveira C. Pimentel
- USF Rosa Maria Ribeiro - Sra. Ana Lúcia Quadros Lacerda
- USF José e Maria - Sr. Tibério José Lopes de Alencar
- USF Josefa Bispo - Sr. Fernando Duarte Vianne Filho
- USF Parteira Idalina – Sra. Myrian Correia Moxoto e o Sr. Henrique Ceravolo Sereza

- ***Médicos registrados na base do CNES em uma USF e constando no relatório da Secretaria Municipal de Saúde de Petrolinaem outra USF:***

Uma das inconsistências de informações encontrada foi quanto ao médico Izaias Francisco de Souza Júnior cadastrado no CNES (vide quadro 07) como médico da USF Idalino Bezerra, diferindo do relatório do sistema de folha de pagamento (fls. 318) enviado pela Secretaria Municipal de Saúde de Petrolinaonde consta que ele presta serviços médicos na USF Beatriz Luz.

Situação similar foi observada na USF João Moreira, onde consta no CNES (vide quadro 07) o registro do Sr. José Ricardo Lócio Rosado, como médico de saúde da família e, pelo relatório da Secretaria (fls. 338) ele não presta serviços à USF João Moreira, mas à USF Ricardo Soares.

Outra divergência na base do CNES foi o registro da Sra. Taciana Reis Rodrigues Moreira constando como médica da USF Ademar Sobrinho (vide quadro 07) e, segundo o relatório da Secretaria de Saúde (fls. 344), essa médica trabalha na USF Santa Luzia.

- ***Médicos trabalhando em mais de uma USF:***

Outra situação encontrada pela equipe de auditoria foi o registro no CNES do mesmo médico trabalhando em mais de uma ESF. O médico Boris Dumar Lopes está cadastrado no CNES (vide quadro 07) na USF João Moreira, como médico clínico, e na USF Rajada, como médico de saúde da família (fls. 310 e 311). No relatório do sistema de folha de pagamento da Secretaria Municipal de Saúde (fls. 310;326)também foi verificado que o Sr. Boris Dumar desempenha suas atividades de médico de saúde da família nas duas unidades de saúde citadas anteriormente. Estas conclusões também se baseiam em informações repassadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina e visita realizada à USF João Moreira.

A portaria Nº 648/2006 do Ministério da Saúde que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) estabelece a jornada de 40 horas semanais para todos os profissionais nas equipes de saúde da família. Logo, não há possibilidade do médico trabalhar em duas USFs tendo em vista o cumprimento de duas jornadas de trabalhos semanais fixada pela referida portaria.

Quadro 07 – Triangulação entre registros: MPAD, Secretaria de Saúde e CNES

Unidade Saúde da Família	Mapa de produção (set/2010)	Informado (relatório do sistema de folha de pagamento – 18/10/2010)	CNES[77]
Álvaro Rocha	- Taciana T. Magalhães	- Taciana Teles de Magalhães (admissão: 09/08/2010) - Rodrigo Tenório Gonçalves (admissão: 19/07/2010) - Arilton Dantas dos Santos (admissão: 13/09/2010)	- Taciana Teles de Magalhães (registro: 18/08/2010) **- Raul Alves de Siqueira Neto**(registro: 18/08/2010)
Anália Batista	- José Farias	- José Farias Gomes (admissão: 02/01/2009)	- José Farias Gomes (registro: 25/03/2009) **- Cecília Silveira Pereira Nunes**(registro: 15/09/2010)
Beatriz Luz Alencar Rocha	- Izaias F. Souza Júnior	- Izaias Francisco de Souza Júnior (admissão: 11/02/2009) - Carlos Gilberto M. Silva Reis (admissão: 02/01/2009)	**- Cláudia de Aguiar Maia Gomes** (registro: 27/07/2010)
Idalino Bezerra	- Arturo Hanco Zavaleta	- Arturo Hanco Zavaleta (admissão: 01/06/2009)	**- Arturo Hanco Zavaleta** (médico clínico – 14/06/2009) **- Izaias Francisco de Souza Júnior** (registro: 27/07/2010)
Jardim Maravilha	- Jânio Ângelo Modesto	- Jânio Ângelo Modesto (admissão: 01/06/2009)	- Jânio Ângelo Modesto (registro: 09/04/2010)
João Moreira	- Boris Dumar Lopes	- Boris Dumar Lopes Soleto (admissão: 02/01/2009)	**- José Ricardo Lócio Rosado** (registro: 27/07/2010) **- Boris Dumar Lopes Soleto** (médico clínico: 09/04/2010)
Lia Bezerra	- Moises Severino Alves	- Moises Severino Alves (admissão: 16/03/2009) - Flávio Augusto de Castro (admissão: 15/01/2008)	- Moises Severino Alves (registro: 24/09/2010) **- Ricardo Cesar A. de Lima Moura** (registro: 01/08/2010)
Miguel de Lima Durando	- José Farias	- Cláudia Leonor Rojas Mendoza (admissão: 05/05/2010)	- Cláudia Leonor Rojas Mendoza (registro: 18/08/2010)
Parteira Idalina	- Oscar Herrera Rivera	- Oscar Mário Herrera Rivera (admissão: 01/03/2010)	**- Oscar Mário H. R**.(médico clínico – 08/04/2010) **- Myrian Correia Moxoto** (registro: 27/07/2010) **- Henrique Ceravolo Sereza** (registro: 27/07/2010)
Ricardo Soares	- José Ricardo Lócio	- José Ricardo Locio Rosado (admissão – 02/01/2009) - Aristóteles Homero dos S. C. (admissão: 01/03/2010) - Izabel Cristina Braga Campos (admissão: 02/01/2009)	- José Ricardo Locio Rosado (médico clínico – 10/06/2010) **- Aline Oliveira C. Pimentel**(registro: 23/04/2010) - Aristóteles Homero dos S. Cardona (registro: 10/06/2010)
Rio Corrente	(Não coletado pela TCE)	(Sem médico)	Francisco Assis Vieira Júnior (registro: 18/08/2010)
Rosa Maria Ribeiro	- Josenilson R. Menezes	- Josenilson Ramos de Menezes (admissão: 28/03/1994) - Tatiana Paula de M. Santos (admissão: 16/08/2010)	- Josenilson Ramos de Menezes (registro: 16/12/2009) **- Ana Lúcia Quadros Lacerda**(registro: 16/09/2010)
Rajada	(Não coletado pela TCE)	- Boris Dumar Lopez Soleto (admissão: 20/01/2010) - Antonio de Pádua Soares (admissão: 21/05/1997)	- **Boris Dumar Lopez Soleto** (registro: 23/02/2010)
Santa Luzia	(Não coletado pela TCE)	- Isadora Parente (admissão: 16/08/2010) - Taciana R. Rodrigues Moreira (admissão: 23/03/2009)	- Isadora Parente (registro: 02/09/2010)
Serrote do Urubu	(Não coletado pela TCE)	- Tabitha Menezes de Lima (admissão: 02/01/2009)	- Tabitha Menezes de Lima (registro: 29/10/2009)
Ademar Sobrinho	(Não coletado pela TCE)	- Luciana L. Rosado Cappellaro (admissão: 01/07/2010)	- **Taciana Reis Rodrigues Moreira** (registro: 18/10/2010)
Ag. Massangano	(Não coletado pela TCE)	- José Theogenes Cronemberger Guimarães (admissão: 02/01/2009)	- José Theogenes Cronemberger Guimarães (registro: 02/01/2007)
Alto do Cocar	(Não coletado pela TCE)	(Sem médico)	- Ricardo Jorge Consuel Pessoa (registro: 18/08/2010)
Bebedouro	(Não coletado pela TCE)	- Luciana Freire Oliveira Mello (admissão: 07/11/2007)	- Luciana Freire Oliveira Mello (registro: 26/10/2009)
C3	(Não coletado pela TCE)	- Renato dos Santos Nóbrega (admissão: 02/01/2009)	- Renato dos Santos Nóbrega (registro:04/12/2009)
Dr. Galdêncio	(Não coletado pela TCE)	(Sem médico)	- Maria Áurea Ramalho G. de Lima (registro: 27/07/2010)
Dra. Sinhá	(Não coletado pela TCE)	- Vanessa Rodrigues Tanuri (admissão: 03/01/2009)	- Vanessa Rodrigues Tanuri (registro: 11/05/2009)
Izacolândia	(Não coletado pela TCE)	- Francisco Xavier de S. Carvalho (admissão: 01/08/2009) - Kleber Siqueira dos Anjos (admissão: 01/02/2008)	- Francisco Xavier de Sá Carvalho (registro: 02/03/2010) - Kleber Siqueira dos Anjos (registro: 29/10/2009)
José e Maria	- Jose de Souza Rosa	- José de Souza Rosa (admissão: 12/04/2010) - Tânia Ximena Illanes Garcia (admissão: 07/10/2010)	- **Tibério José Lopes de Alencar** (registro: 18/08/2010)

[77] Fonte: Informação extraída do site: http://cnes.datasus.gov.br/ nos dias 29 e 30/11/2010.

Unidade Saúde da Família	Mapa de produção (set/2010)	Informado (relatório do sistema de folha de pagamento – 18/10/2010)	CNES[77]
Josefa Bispo	(Não coletado pela TCE)	- Sérgio Coimbra da Silva (admissão: 20/05/2010)	- **Fernando Duarte Vianne Filho** (registro: 27/07/2010)
Km 25	(Não coletado pela TCE)	- Osmar Sarmento M. Filho (admissão: 02/01/2009)	- Osmar Sarmento Magalhães Filho (registro: 26/10/2009)
Maria de Lourdes	(Não coletado pela TCE)	- Osvaldo Renato Magalhães (admissão – 02/01/2009)	- Osvaldo Renato Magalhães (registro: 10/02/2009)
N10	(Não coletado pela TCE)	- Gleison Macio Candido (admissão: 02/01/2009)	- Gleison Macio Candido (registro: 18/08/2010)
N3	(Não coletado pela TCE)	- Simone Gonçalves D. Barbosa (admissão: 06/08/2009)	- Simone Gonçalves D. Barbosa (registro: 01/09/2009)
N4	(Não coletado pela TCE)	- João Helbert Costa e Silva (admissão: 05/10/2009)	- João Helbert Costa e Silva (registro: 23/02/2010)
N5	(Não coletado pela TCE)	- Fellicia Leilianne de N. Assis (admissão: 29/01/2008)	- Fellicia Leilianne de Novaes Assis (registro: 23/02/2010)
N7	(Não coletado pela TCE)	- Giovana Tereza Freitas Mourão (admissão – 03/12/2007)	- Giovana Tereza Freitas Mourão (registro: 18/08/2010)
Nova Descoberta	(Não coletado pela TCE)	- Kleber Calheiros Garcia (admissão: 07/11/2007)	- Kleber Calheiros Garcia (registro: 18/08/2010)
Ouro Preto	(Não coletado pela TCE)	- Márcia Regina Cordeiro (admissão: 13/04/2010) - João Baptista Réus Pereira Clark (admissão: 01/08/2009)	- João Baptista Réus Pereira Clark (registro: 18/06/2010)
Pau Ferro	(Não coletado pela TCE)	- Livya Susany Bezerra de Lima (admissão: 08/02/2010)	- Livya Susany Bezerra de Lima (registro: 10/02/2010)
Pedro Raimundo	(Não coletado pela TCE)	- Sérgio Coimbra da Silva (admissão: 02/01/2009)	- **Sérgio Coimbra da Silva** (registro: 12/07/2010)

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria

Desta forma, recomenda-se à Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina que regularize/atualize periodicamente as informações registradas no CNES sobre o profissional médico que atualmente trabalha junto à equipe de saúde da família do município.

3.4 Estrutura da unidade de saúde da família

Criado em 1994, o Programa de Saúde da Família consolidou-se como a estratégia de organização da Atenção Básica do SUS propondo uma mudança de modelo e contribuindo para a efetiva melhoria das condições de vida da comunidade.

Por ocasião do Pacto de Gestão em 2006, que envolveu as três esferas governamentais – Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde – foram estabelecidos objetivos com vistas ao fortalecimento da Atenção Básica dentre os quais vale salientar.

> Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços (BRASIL, 2008a).

A Estratégia Saúde da Família tem contribuído para eficiência e eficácia na qualidade dos serviços prestados na atenção básica dos diversos municípios onde foi implantada, sendo necessária para o seu desempenho uma estrutura mínima recomendada pelo MS que permita a promoção de ações e serviços de saúde para atendimento da população.

3.4.1 Estrutura física inadequada para o atendimento da população

Constatou-se que um número significativo de unidades não apresenta estrutura física adequada, e muitas vezes, improvisada estando em desacordo ao Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, instituído pelo Ministério da Saúde.

Segundo o manual do MS, as unidades de saúde da família devem dispor da seguinte infraestrutura física por cada equipe de saúde da família (BRASIL, 2008a):

- Recepção/Arquivo de prontuários
- Sala de espera
- Sala de reuniões e educação em saúde
- Almoxarifado
- Consultório com sanitário
- Consultório
- Sala de Vacina
- Sala de coleta
- Sala de curativo/procedimento
- Sala de nebulização
- Farmácia (sala de armazenamento de medicamentos)
- Sanitário para usuário
- Sanitário para deficiente
- Banheiro para funcionários
- Copa/cozinha
- Depósito de materiais de limpeza
- Sala de esterilização
- Sala de utilidades (apoio à esterilização)
- Consultório odontológico

Nas doze unidades visitadas no município de Petrolina, constatou-se que cinconão possuíam acomodação e acesso físico adequados à pessoa idosa e com deficiência . Sete delas não tinham consultórios destinados à saúde da mulher.

Foi constatado também que em três unidades não havia consultório odontológico e, em duas USFsverificou-se a inexistência de sanitários exclusivos para os usuários.

Apesar de onze das doze unidades visitadas possuírem local para estocagem dos medicamentos(farmácia)foi verificado que em dez USFsnão havia controle de validade dos produtos. Em duas delas, por exemplo - USFs Idalino Bezerra e João Moreira - as condições físicas do armazenamento eram inadequadas, com altas temperaturas e colocação dos produtos no chão, comprometendo a conservação e eficáciados produtos (vide fotos figuras 17 e 18).

Outro problema importante identificado quanto às salas de vacina, pois na USF Idalino Bezerra esta sala fica localizada no mesmo ambiente da recepção onde circula diariamente inúmeras pessoas, comprometendo as condições de higiene além da falta de privacidade dos pacientes. Na USF João Moreira as paredes da sala estavam úmidas e as condições de higiene eram precárias. As figuras 17 e 18 a seguir demonstram os fatos relatados.

Figura 17 – Estrutura física da USF Idalino Bezerra (farmácia e sala de vacina)

Fonte: Fotos tiradas pela equipe de auditoria

Figura 18– Estrutura física da USF João Moreira (farmácia e sala de vacina)

Fonte: Fotos tiradas pela equipe de auditoria.

Nas USFs Anália Batista e Ricardo Soares Coelho a estrutura física das salas de espera estava comprometida com paredes danificadas favorecendo a proliferação de agentes prejudiciais à saúde,assim como as acomodações não eram adequadas para pessoas idosas ou com deficiência conforme fotos das figuras 19 e 20.

Figura 19– Estrutura física da USF Anália Batista (sala de espera)

Fonte: Fotos tiradas pela equipe de auditoria

Figura 20– Estrutura física da USF Ricardo Soares Coelho (sala de espera)

Fonte: Fotos tiradas pela equipe de auditoria.

Dentre as dezessete equipes de saúde selecionadas quatro não afixaram o calendário de consultas em local visível e nenhuma delas elaborou os referidos calendários com a participação da comunidade.

Em oito USFs não havia local adequado para realização das atividades educativas destinados às gestantes. Das dezessete ESFs entrevistadas três afirmaram que não realizam esse tipo de atividade. Estas atividades por sua vez ocorrem de modo pontual e não envolve todo grupo de gestantes. Durante a consulta individual, a enfermeira dá as primeiras orientações. Outro momento acontece uma vez por semana, no dia destinado ao atendimento das gestantes quando as enfermeiras realizam uma conversa informal apenas com os presentes passando mais algumas informações. As atividades não são sistematizadas, não é feito um planejamento de modo que todas as gestantes participem, assim como não há uma regularidade dos encontros com datas pré-definidas.

Segundo o manual do MS para garantir a atenção pré-natal e puerperal, os Estados e Municípios devem ter como referência o desenvolvimento de atividades educativas "a

serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias". Acrescenta ainda que as práticas educativas devam ser organizadas por faixa etária com grupos exclusivos para adolescentes abordando temas de interesse do grupo, assim como buscar promover o envolvimento dos companheiros e familiares(BRASIL, 2006c).

Das dezessete ESFs entrevistadas apenas quatro afixam o calendário de consultas em local visível e dezesseis equipes informaram que não houve a participação da comunidade na elaboração dos calendários.

A USF se constitui como referência para o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, tendo como proposta ser o local onde a maioria dos casos comuns de saúde devem ser solucionados. Para tanto é necessário dispor de recursos estruturais e equipamentos compatíveis que possibilitem a ação dos profissionais de saúde em relação a essa proposta.

A gravidez e o parto não são doenças, mas muitas mulheres atualmente estão morrendo por essas duas causas. Estudos mostram que a possibilidade para a redução da mortalidade materna não compete apenas ao desenvolvimento social e econômico, mas também em tornar do atendimento à gestante efetivo, acessível e disponível, uma vez que intervenções específicas de saúde reduzem a incidência e a gravidade de importantes complicações associadas à gravidez, ao parto e ao período pós-parto para as mães e seus bebês (*apud*SECLEN-PALACIN, 2004).

Cabe aos municípios enquanto coparticipe no avanço dos serviços da Estratégia Saúde da Família oferecer às equipes de saúde da família instalações adequadas, bem equipadas, observando as orientações do MS, além de garantir recursos financeiros compatíveis com os serviços prestados e sua devida aplicação, visando assegurar a acessibilidade e o acompanhamento dos processos saúde-doença dos usuários e famílias da área adstrita.

Desta forma, recomenda-se à Prefeitura Municipal de Petrolina que:

1. Promova a adequação da estrutura física das USFs conforme orientações do Ministério da Saúde para que seja acessível a todos, além de oferecer um atendimento digno e condizente com a proposta do programa de saúde da família;
2. Solicite das equipes de saúde da família a elaboração do planejamento e da sistematização das atividades educativas buscando desenvolver dinâmicas interativas onde as gestantes participem, contribuindo com suas experiências pessoais.

Como benefício espera-se obter uma melhoria na qualidade do atendimento pré-natal e a consequente a redução dos índices de mortalidade materna.

CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR

Em reposta a solicitação do Ofício CCE N° 935/2011[78], a Sra. LUCIA CRISTINA GIESTA SOARES emitiu documento com esclarecimentos sobre os resultados da Avaliação das Ações para Assistência à Saúde Materna que foi protocolado em 04/10/2011 (PETCE nº 79768/2011) e apensado aos autos (fls.500 a 537).

A gestora inicialmente informa que o Município de Petrolina busca melhorar a assistência à saúde materno-gestacional com o objetivo da diminuição dos índices de mortalidade materna e que considera todas as recomendações emitidas no relatório preliminar da auditoria operacional pertinente ao enfrentamento do problema e que ao mesmo tempo, se compromete em colocar em prática as ações direcionadas ao agravo.

No que tange aos subitens do relatório "3.1.1 Inadequação da classificação do risco gestacional" e "3.1.2 Deficiências no atendimento do pré-natal à gestante de risco", a gestora baseada nos esclarecimentos da Diretora de Atenção Primária à Saúde informa que o Município de Petrolina está construindo protocolos assistenciais em saúde da mulher, visando estabelecer os critérios técnico-assistenciais que irão nortear as práticas profissionais nas ESFs, bem como legitimá-las perante a equipe de profissionais. A gestora anexou cópia da Portaria nº 114/2011 que regulamenta a comissão de elaboração dos protocolos assistenciais citados (fls. 504 a 506 deste processo).

A ação da Secretaria de Saúde de Petrolina para à elaboração e o estabelecimento de protocolos assistenciais em saúde da mulher é bastante significativa, pois o protocolo é um instrumento que estabelece normas para as intervenções técnicas, ou seja, uniformiza e atualiza conceitos e condutas referentes ao processo assistencial na rede de serviços de saúde. Norteando os diferentes profissionais na realização de suas funções ante a complexidade dos problemas de saúde apresentados pelos usuários dos serviços, pautando-se em conhecimentos científicos que balizam as práticas sanitárias para coletividades e no modelo assistencial adotado pelo MS. Espera-se, portanto, que a elaboração e o uso de protocolos reflitam de forma significativa na política assistencial assumida pela Secretaria de Saúde de Petrolina ao enfrentamento dos problemas de saúde priorizados na assistência da saúde da mulher.

Além da criação dos protocolos em saúde, segundo a Sra. LUCIA CRISTINA GIESTA SOARES, a Secretaria de Saúde do Município está realizando capacitações de assistência pré-natal e puerpério e trabalhando junto aos profissionais de saúde quanto ao preenchimento dos instrumentos de registro, como também, avaliando o desempenho das equipes com ênfase aos trabalhos educativos. A Secretária de Saúde também informa que a recomendação para mudança na ficha pré-natal já foi atendida e para a certificação foi anexada no documento cópia do novo modelo adotado (fls. 507).

A realização de capacitações de assistência pré-natal e puerpério como empenho para que os profissionais de saúde preencham os instrumentos de registro e mudança na ficha pré-natal, também é relevante para a melhoria da assistência pré-natal do município,

[78]Encaminhado em 16 de agosto de 2011 à Secretária Municipal de Saúde de Petrolina, Sra. LUCIA CRISTINA GIESTA SOARES, solicitando o pronunciamento da gestora sobre os resultados da Avaliação das Ações para Assistência à Saúde Materna. Também foi encaminhada cópia da versão preliminar do relatório ao Prefeito do Município de Petrolina, SR. JÚLIO EMILIO LÓSSIO DE MACEDO, através do Ofício CCE N° 936/2011, de 16 de agosto de 2011.

pois os bons resultados da gestação são diretamente proporcionais à precocidade do início do acompanhamento pré-natal e a realização das condutas e procedimentos adequados. Além disso, para garantir as condições de boas práticas no atendimento pré-natal é imprescindível um acompanhamento sistematizado que possibilite o fluxo de informações entre as unidades de saúde envolvidas no atendimento à gestante e a Secretaria de Saúde, pois permitirá a consolidação dos dados dos instrumentos de registros e consequente, auxiliar nas atuações de aperfeiçoamento.

Em relação ao subitem do relatório "3.2.2 Ausência de exames complementares no pré-natal preconizados pelo MS", a gestora informa que no período avaliado pela equipe de auditoria o município oferecia um elenco menor de exames cobertos pelo SUS, entretanto, conseguiu-se ampliar e disponibilizar mais exames para os usuários. A gestora anexou ao documento lista de exames que atualmente são ofertados pela Secretaria Municipal de Saúde (fls. 508 a 513).

A gestora enfatiza toda a preocupação do município com a saúde da mulher discorrendo sobre o intenso trabalho da Secretaria de Saúde, do qual se destaca a não existência de fila de espera de gestantes para realizarem os exames laboratoriais devido à existência de um serviço de oferta desse serviço por toda a semana.

Após analisar a lista anexada ao documento da Secretaria de Saúde de Petrolina, observa-se que há prestação de serviços de diverso tipos de exames, entre eles, os previstos pelo MS para acompanhamento pré-natal, que dos quais, existe a disponibilidade da realização das sorologias para Sífilis (VDRL), Toxoplasmose (IgM) e Hepatite B (HBsAg). Assim, espera-se que haja a redução dos números de gestantes que não realizam esses exames. Pois, a análise dos registros feitos nas fichas perinatais demonstrou que 53,9% das gestantes não fizeram os primeiros exames de sorologia para Sífilis, 88,6% não fizeram para Toxoplasmose e 87,4% não fizeram para Hepatite B.

Outro problema apontado no relatório se diz respeito aos exames de repetição (VDRL, Glicemia, Sumário de urina), pois se identificou que 97% das gestantes pesquisadas não repetiram os exames. Também foi bastante significativo a quantidade de gestantes que não realizaram o teste para HIV (AIDS), que foi de 60,5%. Portanto, independentemente da disponibilidade da oferta dos exames laboratoriais, é necessário que a Secretaria de Saúde de Petrolina exija dos profissionais de saúde das ESFs o controle da realização dos exames de rotina através de atividades de conscientização junto às gestantes da necessidade da realização, acompanhamento cronológico da realização dos exames, registro das prescrições e entre outras condutas correlatas.

Em relação ao subitem do relatório "3.2.3 Ausência de procedimentos técnicos e condutas no exame clínico e obstétrico", a gestora declara que a gestão pública municipal garante os insumos básicos para uma boa assistência que é disponibilizada às equipes de profissionais[79]. Entretanto, a Secretária reconhece que se precisa avançar com a melhoria das condutas profissionais, mas acredita que a partir dos protocolos, tais condutas serão norteadas de uma melhor forma, garantindo uma assistência adequada para as gestantes.

Como já foi citado neste relatório, espera-se, portanto, que o uso de protocolos por parte da Secretaria de Saúde reflita de forma significativa na assistência da saúde da

[79] Equipamentos, vacinas e exames.

mulher. Através do bom atendimento pré-natal com condutas profissionais referentes ao processo assistencial adotado pelo MS.

Quanto ao subitem do relatório "3.3.1Baixa assiduidade dos médicos das unidades de saúde da família", a gestora reconhece, em sua primeira defesa (fls. 501 e 502), que é um problema enfrentado não só pela Secretaria de Saúde Petrolina, mas também, pelo Brasil. Em sua opinião, a dificuldade de ofertas de médicos resulta na baixa assiduidade daqueles que trabalham na rede de saúde do município, pois se dividem com outras unidades de saúde também carentes de profissionais qualificados. Acarretando no não cumprimento da carga horária estabelecida. Conforme descreve, a gestão da Secretaria tem buscado mecanismos de controle da frequência, como por exemplo, a utilização de motoboy para a supervisão da frequência de todos os recursos humanos nas unidades de saúde e ocorrendo o registro de ausências serão feitos descontos posteriores nos vencimentos.

A partir das análises da defesa da Sra. LUCIA CRISTINA GIESTA SOARES, protocolado em 04/10/2011 (PETCE nº 79768/2011), não foram apresentados elementos/documentos que venham a comprovar a assiduidade mensal de setembro/2010 dos médicos (Sra. TACIANA TELES DE MAGALHÃES, Sr. JÂNIO ÂNGELO MODESTO, Sr. JOSÉ FARIAS, Sr. ARISTÓTELES CARDONA, Sr. JOSÉ FARIAS GOMES).

Em relação ao subitem do relatório "3.3.2Pagamento de médicos de unidades de saúde da família sem o cumprimento de carga horária integral", a gestora esclarece que não se pode considerar a validade absoluta dos mapas de produção ambulatorial, pois infelizmente os profissionais médicos do município não registram seus atendimentos na forma fidedigna. Deixando-se de registrar algumas informações ou registrando incorretamente. Consecutivamente, declara que é de extrema importância para a Secretaria de Saúde encontrar a solução para a problemática, por isso procura-se orientar os médicos quanto à necessidade de preencher corretamente os BPAs, por isso foi enviada comunicação oficial expedida pela Secretaria de Saúde do Município, dirigida a todos os profissionais das equipes informando que a não entrega ou entrega incorreta das produções mensais, ensejaria no bloqueio do salário, conforme cópia anexada da CI Circular nº 012/2011 (fls. 514).

A Sra. LUCIA CRISTINA GIESTA SOARES informa (fl. 502) por meio da defesa protocolada em 04/10/2011 (PETCE nº 79.768/2011) que:

> No tocante ao item "PAGAMENTO DE MÉDICOS DE UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SEM CUMPRIMENTO DE CARGA HORÁRIO INTEGRAL", salientamos que não se pode considerar a validade absoluta dos mapas de produção ambulatorial, pois infelizmente, nossos profissionais médicos não registram seus atendimentos de forma fiel, deixando de registrar algumas informações ou registrando incorretamente.

Estes argumentos apresentados pela gestora municipal não procedem, visto que os documentos acostados ao processo: Contratos (fls. 265 a 293) e os recibos de pagamento referentes ao mês de setembro/2010 (fls. 294 a 296) evidenciam que a secretaria municipal pagou na integra os médicos: Sra. TACIANA TELES DE MAGALHÃES, Sr. JÂNIO

ÂNGELO MODESTO, Sr. JOSÉ FARIAS, Sr. ARISTÓTELES CARDONA e Sr. JOSÉ FARIAS GOMES.

Como ficou constatado na auditoria, não houve desconto nos vencimentos proveniente do descumprimento da carga-horária dos profissionais de saúde citados por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina.

A Sra. LUCIA CRISTINA GIESTA SOARES emitiu documento com esclarecimentos adicionais e solicitou o ajuntamento de documentos para subsidiar o julgamento do processo que foi protocolado em 06/05/2015 (PETCE nº 26.097/2015) e apensado aos autos (fls. 634 a 647). Relatamos a seguir as argumentações apresentadas e nossas considerações.

A gestora afirma (fl. 635) por meio da defesa protocolada que:

> Isso porque não está demonstrado que dia útil cada médico teria faltado. Não há uma planilha indicando com precisão os dias que não tem registro de atendimento. Além disso, não foi apresentada a forma como foi calculado o ressarcimento. Para o cálculo do valor do salário/dia e, por consequência, dos valores pagos indevidamente, houve a divisão do salário por dias úteis ou por trinta dias? Isso não está exposto no processo.

Para este ponto, acreditamos que houve desatenção por parte da defesa quanto a ausência de demonstração de cálculo. No relatório de auditoria (fls. 596 e 597) são apontados a partir do "*quadro 4 – avaliação da assiduidade mensal dos médicos de Petrolina; set/2010"* os dias úteis que não foram registrados nos mapas de produção ambulatorial diáriodos médicos das unidades básicas de saúde visitadas e a memória de cálculo utilizada pela equipe de auditoria. No referido quadro, são relacionados os dias úteis e feriado no município de Petrolina no mês de setembro/2010.

A Sra. LUCIA CRISTINA GIESTA SOARES, em seu comentário complementar,ainda afirmou (fl. 638) em sua defesa que não lhe caberia o controle da frequência dos profissionais médicos, atribuição esta que seria de responsabilidade da Coordenação da Atenção Primária, conforme CI Circular n° 012/2011, de agosto de 2011.

Para esta alegação, há de ser observar que a circula mencionada, delegante do controle da jornada dos médicos à Coordenação da Atenção Primária,foi emitida em agosto/2011, quase um ano após a realização da auditoria (setembro de 2010). Não foi apresentado quaisquer documentos vigentes à época da auditoria que expurgasse a responsabilidade da Sra. LUCIA CRISTINA GIESTA SOARES do supracitado controle.

A gestora argumenta (fl. 635) que não há nos registros do município de Petrolina o médico Sr. JOSÉ FARIAS, mas apenas o Sr. JOSÉ FARIAS GOMES, vinculado à unidade de saúde Anália Batista, sendo possivelmente ser o mesmo profissional.

Analisando os documentos acostados ao processo coletada a época da auditoria, entende-se que os novos elementos argumentados pela Sra. LUCIA CRISTINA GIESTA SOARES contribuem para revisão do posicionamento da equipe de auditoria, quanto à possível duplicidades do profissional médico. Desta forma, concordamos em suprimir do "*Quadro 06 – Demonstrativo de débito por médico*", constante na página 62 deste relatório, o registro do Sr. JOSÉ FARIAS, totalizando o novo valor de débito em **R$ 8.761,91** (oito mil, setecentos e sessenta e um reais e noventa e um centavos).

A Sra. LUCIA CRISTINA GIESTA SOARES em sua peça complementar defensória apresenta documentos assinados pela Sra. TACIANA TELES DE MAGALHÃES, Sr. JÂNIO ÂNGELO MODESTO, Sr. ARISTÓTELES CARDONA, e o Sr. JOSÉ FARIAS GOMES, que declaram que prestaram serviços na atenção básica no município de Petrolina no mês de Setembro/2010, cumprindo com a carga horária de 40 horas semanais (fls. 644 a 647). A gestora ainda afirma que "*tais declarações, decerto, possuem valor jurídico e têm presunção de veracidade*", e solicita que:

> Inicialmente, pede-se vênia para juntar **declarações** firmadas pelos próprios médicos TACIANA TELES DE MAGALHÃES, JÂNIO ÂNGELO MODESTO, ARISTÓLES HOMERO DOS SANTOS CARDONA JÚNIOR e JOSÉ FARIAS GOMES, atestando que prestaram serviços da atenção básica do Município de Petrolina, cumprindo a carga horária exigida de 40 horas semanais, em SETEMBRO/2010.

A gestora afirma em trecho de sua defesa que:

> [...] **é sabido que o sistema de controle de ponto no serviço público, sob o prisma formal, é falho**. E isso não quer significar que os servidores faltem, mas sim que não é de praxe que os servidores façam pessoalmente anotações nos sistemas de ponto. Quando muito, limitam-se a eles próprios colocarem seus horários em **livros próprios**. No mais das vezes, porém, o **chefe imediato comunica ao setor responsável as eventuais ausências** naquele período.
>
> [...] diversas razões poderiam ter ocorrido que não possibilitaram o correto registro da produção ambulatorial.
>
> [...]
>
> É possível que tenham se ausentado no trabalho em **face de doença**, e até possível que tenham preenchido o registro corretamente, mas que o **documento não tivesse sido enviado ao Tribunal de Contas** à época. (grifo nosso)

Examinadas as duas defesas (primeira defesa - fls. 500 a 539; e segunda defesa – 634 a 647) apresentados pela Sra. LUCIA CRISTINA GIESTA SOARES, não foram apresentados elementos adicionais que viessem a modificar os achados apontados nos subitens do relatório: "3.3.1 Baixa assiduidade dos médicos das unidades de saúde da família" e "3.3.2 Pagamento de médicos de unidades de saúde da família sem o cumprimento de carga horária integral".

Nos documentos acostados ao processo não foram apresentados quaisquer elementos que evidenciassem a presença e/ou ausência justificada dos médicos nos dias úteis apontados no Quadro 4 (página 59 e 60 deste relatório) como: anotações em controle de ponto; registro de visitas em campo para atendimento médico; registros nos mapas de produção ambulatorial diário exigidos pelo Ministério da Saúde; atestados médicos justificando alguma ausência por saúde; comunicados internos apontado ausência do profissional; ou quaisquer outros documentos que demonstrassem a presença e/ou ausência dos médicos.

Conforme se verifica, os argumentos das defesas apresentadas são insuficientes para sanar as irregularidades apontada no relatório. As falhas praticadas revelam desídia da Administração no trato dos bens públicos.

Diante do exposto, entende-se que não ficou comprovada a prestação do serviço pelos médicos nos dias úteis de setembro/2010 indicados no Quadro 4 (páginas 59 e 60 deste relatório) e que foram pagos na íntegra os médicos; tendo em vista que, não foram fornecidos quaisquer documentos que pudessem comprovar a presença e/ou ausência justificada.

Assim, entendemos que não foram apresentados documentos ou argumentossuficientes para afastar o achado do subitem "3.3.2 Pagamento de médicos de unidades de saúde da família sem o cumprimento de carga horária integral".

Desta forma, a equipe de auditoria entende que os achados apresentados nos subitens "3.3.1" e "3.3.2" do relatório preliminar referente à baixa assiduidade dos médicos e ao pagamento de médicos sem o cumprimento de carga horária integral ainda persistem, sendo necessária a proposição das recomendações sugeridas pela auditoria.

A Sra. LUCIA CRISTINA GIESTA SOARES, em sua defesa complementar, protocolada em 06/05/2015 (PETCE nº 26.097/2015) e apensado aos autos (fl. 634), requer que sejam ouvidos os médicos que supostamente teriam recebido recursos públicos de forma indevida (vencimentos pagos sem desconto dos dias úteis não trabalhados), apontados como ausentes no trabalho em dias úteis no mês de setembro/2010.

Para esta demanda apresentada pela gestora, entendemos ser **desnecessário o seu deferimento**, por que a relação de litisconsórcio necessário não se enquadra ao fato tratado no subitem "3.3.2 Pagamento de médicos de unidades de saúde da família sem o cumprimento de carga horária integral". A seguir, expõe-se nossos argumentos que defende que seja **desnecessária a notificação dos médicos**envolvidos, muito menos a nulidade do processo pela ausência das referidas citações.

Analisando os fatos inicialmente sob o ângulo processual, qual seja, nulidade do processo por conta do não chamamento dos médicos envolvidos no ato, não se sustenta a nulidade deste. É que, na essencial, não se trata de relação jurídica que demande decisão idêntica do TCE para os envolvidos, e também não há na Lei Orgânica do Tribunal (LOTCE) dispositivo expressoque determine a notificação de terceiros envolvidos nos fatos**, sob pena de nulidade do processo**. O que há é a regra prevista no art. 62, I, b, da LOTCE, a saber:

> Art. 62. Quando julgar irregulares as contas o Tribunal:
>
> I – definirá a responsabilidade pelo ato de gestão:
>
> a) do agente público que praticou o ato irregular; e
> b) do terceiro que, como contratante, contratado ou parte interessada na prática do mesmo ato, de qualquer modo haja concorrido para o cometimento do dano apurado.

O dispositivo da LOTCE tratade regra orientadora dos trabalhos do Tribunal, qual seja, definição da responsabilidade do gestor e dos profissionais contratados que de algum modo contribuíram para o cometimento de dano ao erário, mas em momento algum há a

previsão legal de que se a apuração não abranger todos os servidores ou terceiros envolvidos nas irregularidades, tal proceder acarretará a nulidade da decisão final.

Concorda-se que seja desejável, que todos os envolvidos no ato considerado ilícito sejam identificados e responsabilizados, mas, nesse caso em tela, a relação processual será formada por **litisconsórcio facultativo** e não necessário, razão pela qual não se deve falar ou pensar em nulidade processual devido à ausência de notificação dos profissionais médicos.

Para nossas análises, não se pode esquecer alguns pontos a serem citados a seguir:

a) as regras previstas no artigo 47 do Código de Processo Civil não são de aplicação obrigatória nos processos que tramitam nas cortes de contas, uma vez que o código só se aplica no âmbito dos tribunais de contas de modo subsidiário.O Código de Processo Civil dispõe no referido artigo as situações do litisconsórcio necessário:

> Há litisconsórcio necessário, quando, por **disposição de lei** ou pela **natureza da relação jurídica**, o juiz tiver de decidir a lide de modo uniforme para todas as partes; caso em que a eficácia da sentença dependerá da citação de todos os litisconsortes no processo.(grifo nosso)

b) o Tribunal de Contas pode cobrar o débito de um ou de todos os responsáveis que concorreram para o dano, não havendo que se falar, na hipótese dos autos, em litisconsórcio passivo necessário;

c) se o gestor arcar com o ressarcimento de todo o valor apontado, terá direito de regresso contra os demais participantes da irregularidade.

Esta matéria não é nova no âmbito do Tribunal de Contas da União, o qual já firmou jurisprudência da inexistência de nulidade quando não notificados todos os envolvidos no processo. Alguns exemplificados a seguir:

> [...] mais uma vez deve-se esclarecer ao recorrente que a jurisdição administrativa exercida pelo Tribunal de Contas da União rege-se pelos contornos definidos na Constituição Federal e na Lei Orgânica do Tribunal de Contas da União. **O tratamento dado aos processos de contas é distinto daquele previsto no art. 47 do CPC – litisconsórcio necessário -, situação em que a eficácia da sentença depende da citação de cada um deles**. (grifo nosso)

> **17. Em verdade, o litisconsórcio necessário somente ocorre por disposição de lei ou quando, pela natureza da relação jurídica, o juiz tiver que decidir a lide de modo uniforme para todas as partes, o que não ocorre na processualística do TCU**. Ademais, os institutos contidos no Código de Processo Civil são aplicados apenas subsidiariamente ao TCU (artigo 298 do RI/TCU), ou seja, ficam limitados às hipóteses de ausência de normativo legal ou regimental próprio para **a situação em concreto e desde que compatíveis com a Lei Orgânica.(grifo nosso)**

No julgamento do STJ cabe o registro que **inexiste litisconsórcio necessário entre o agente público e os terceiros beneficiados** com o ato ímprobo, o que, em essência, análise de atos ilícitos perpetrados por agente público e terceiros, é o que é examinado no âmbito dos Tribunais de Contas. Veja-se trecho transcrito:

> RECURSO ESPECIAL Nº 896.044 - PA (2006/0223934-3)
> [...]
> 5. Nas Ações de Improbidade, inexiste litisconsórcio necessário entre o agente público e os terceiros beneficiados com o ato ímprobo, por não estarem presentes nenhuma das hipóteses previstas no art. 47 do CPC (disposição legal ou relação jurídica unitária). Precedentes do STJ.
> 6. É certo que os terceiros que participem ou se beneficiem de improbidade administrativa estão sujeitos aos ditames da Lei 8.429/1992, nos termos do seu art. 3º, porém não há imposição legal de formação de litisconsórcio passivo necessário.

Ditas as argumentações da equipe de auditoria, entendemos que seja **desnecessária a notificação dos médicos** para esclarecimento, vez que não existe relação de litisconsórcio necessário entre a gestora municipal e os profissionais de saúde, que obrigaria a citação de todos para garantir a eficácia do processo.

A Sra. LUCIA CRISTINA GIESTA SOARES,um vez arcando com a devolução dos valores apontados pela auditoria, terá direito de regresso contra os demais participantes da irregularidade, ou seja, poderá busca o ressarcimento dos valores pagos indevidamente mediante processo administrativo contra os médicos.

Apesar do exposto, fica a cargo do Conselheiro Relator, caso necessário, decidir realizar ou não notificação dos médicos citados, mesmo que não seja obrigatório, como foi argumentado nos parágrafos anteriores.

Quanto ao subitem do relatório "3.3.3Divergência entre os registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina", a gestora esclarece, em sua defesa protocolado em 04/10/2011 (PETCE nº 79768/2011) e apensado aos autos (fl. 502), que a dificuldade de contratação de profissional médico, acarreta no uso de mecanismos de urgência para suprir uma área que está sem médico, organizando uma escala com médicos de outras unidades para suprir a área que está sem assistência, o que gera sazonalidade destes profissionais. Entretanto, a Secretaria de Saúde tem se empenhado em realizar uma atualização mensal do SCNES, procurando assim, evitar tais divergências.

A defesa apresentada pela Sra. LUCIA CRISTINA GIESTA SOARES não fora convincente para mudar a opinião da equipe de auditoria, permanecem a necessidade de regularizar/atualizar periodicamente as informações registradas no CNES sobre os profissionais médicos que atuam nas equipes de saúde da família do município.

Quanto ao subitem do relatório "3.4Estrutura da unidade de saúde da família", a gestora confessa que existem dificuldades quanto às estruturas físicas das unidades de saúde, contudo o Município de Petrolina tem se empenhado no sentido de oferecer um

serviço de qualidade e que existe um serviço próprio de manutenção que atende aos pequenos reparos necessários ao funcionamento regular das unidades.

Ainda em relação ao subitem 3.4, a gestora esclarece que o município vem fazendo uma programação de reformas e algumas construções de unidades. Esclarece que a unidade João Moreira, que foi visitada pela equipe de auditoria, estava sendo reformada para contar com os espaços físicos que o MS recomenda. Como instrumento de comprovação o contrato de reforma da unidade de saúde está anexado ao documento de resposta (fls. 534 a 537). A gestora informa também, que foi conseguida a aprovação da construção de oito unidades de saúde (fls. 515 a 533), mas que ainda existem unidades funcionando em imóveis alugados. Entretanto, o município irá cadastrar outras unidades no **Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde**[80]do MS.

Com as ações citadas pela Sra. LUCIA CRISTINA GIESTA SOARES, espera-se que ocorra avanços quanto à infraestrutura das unidades de saúde onde são oferecidos os serviços da Estratégia da Saúde da Família. Com instalações adequadas e bem equipadas, observando as orientações do MS, pode-se assegurar a acessibilidade e o acompanhamento dos processos saúde-doença dos usuários da área adstrita a ESF.

Após a análise feita em cada ponto esclarecido pela Sra. LUCIA CRISTINA GIESTA SOARES, com base nas suas informações e documentação apensada, observa-se que a Secretaria Municipal de Saúde tomou medidas importantes para resolver os problemas apresentados no relatório de auditoria e, o que demonstra empenho da gestão municipal para a melhora da qualidade da assistência à saúde materna em suas unidades de saúde da Atenção Básica.

Conclui-se, portanto, que os comentários elaborados pela gestora não suscitam alterações nos achados da auditoria. Assim, ficam mantidos neste relatório consolidado os resultados arguidos no relatório preliminar a fim de preservar o interesse público e atender os princípios que regem administração pública, mormente quanto à legalidade, transparência, economicidade e eficiência da coisa pública.

O gestor responsável pela Secretaria de Saúde do Município deverá elaborar o Plano de Ação que servirá de instrumento para realização do primeiro monitoramento, que irá identificar a implantação de ações que deverão corrigir as desconformidades apresentadas na auditoria operacional.

[80]O Programa tem como objetivo criar incentivo financeiro para as Unidades Básicas de Saúde implantadas em todo território nacional, como forma de prover infraestrutura adequada às Equipes de Atenção Básica para desempenho de suas ações.

CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO

A presente auditoria operacional foi planejada com o objetivo de avaliar a qualidade da assistência ao pré-natal prestada pelas Unidades de Saúde da Família (USFs) do município de Petrolina, com foco na classificação de risco das gestantes e seus procedimentos para assistência, nos procedimentos adotados no pré-natal, na assiduidade dos profissionais médicos das equipes de saúde da família e na estrutura física mínima preconizada pelo Ministério da Saúde (MS).

Os trabalhos da auditoria se balizaram a partir de três questões a serem respondidas. A primeira examinou em que medida as ações para assistência ao pré-natal desenvolvida pelas USFs estão de acordo com os procedimentos estabelecidos pelo MS, ou seja, realização dos exames e procedimentos médicos preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para atendimento das mulheres com gestação normal e de risco, e classificação do grau de risco gestacional das mães atendidas pelo município a partir dos fatores pré-estabelecidos pelo Ministério. A segunda analisou a assiduidade dos médicos que prestam serviços nas equipes de saúde da família a partir da jornada de 40 horas semanais estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a qualidade/consistência dos registros dos mesmos profissionais constantes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A terceira questão avaliou a estrutura física básica disponibilizada pelas unidades de saúde de acordo com o recomendado pelo MS.

O relatório de auditoria que avalia o atendimento pré-natal prestado pelas USFs foi organizado em quatros pontos: (i) Atendimento pré-natal à gestante de risco; (ii) atendimento pré-natal realizado nas unidades de saúde da família; (iii) profissional médico de saúde da família; (iv) estrutura da unidade de saúde da família.

O primeiro ponto avaliado “Atendimento pré-natal à gestante de risco” apresentou dois problemas que comprometem a qualidade das ações e serviços prestados pelo município. Foi constatada a inadequação da classificação do risco gestacional (baixo ou alto) adotado pelos profissionais das equipes de saúde da família que trabalham no município. Outro ponto que compromete a qualidade da assistência materna encontrado foi a deficiência no atendimento do pré-natal à gestante de risco, evidenciado a partir dos seguintes problemas: deficiência na identificação precoce da gestante de risco pela equipe de saúde da família (54,7% gestantes de risco começaram o pré-natal após a 12ª semana); ausência de encaminhamento à unidade de referência de risco (apenas 37, entre as 75 gestantes de risco examinadas, possui o registro de encaminhamento); ausência de imunização antitetânica (30,4% das gestantes que realizaram duas ou mais consultas não receberam a imunização contra o tétano); ausência de prescrição de sulfato ferroso (41 gestantes de risco, das 75 examinadas, não foi prescrito o sulfato ferroso); ausência de avaliação ultrassonografia (20, das 75 gestantes de risco, não fizeram nenhuma ultra); ausência de realização de exames específicos (15, das 75gestantes de risco pesquisadas não realizaram qualquer medição da altura uterina, e 30 não fizeram ausculta dos batimentos cardíacos fetais); ausência de exame de citologia oncótica (65 gestantes não realizaram o exame).

O segundo ponto pesquisado “Atendimento pré-natal realizado nas unidades de saúde da família” apontou três problemas que impactam na qualidade desse atendimento ofertado pelas USFs. Constatou-se que o modelo de ficha perinatal adotada pela Secretaria

Municipal de Saúde não dispõe de todas as informações exigidas pelo MS, alem de não apresentarem seu preenchimento por completo pelas equipes de saúde. Também foi verificada a ausência de exames complementares no pré-natal preconizado pelo MS: 53,9% das gestantes não fizeram os primeiros exames de Sorologia para Sífilis (VDRL), 44,3% de Glicemia de Jejum, e 41,9% de Sumário de Urina; 97% das gestantes com trinta ou mais semanas de gestação não repetiram os exames citados anteriormente; 88,6% das gestantes pesquisadas não fizeram os exames de Sorologia para Toxoplasmose (IgM) e 87,4% os exames de Hepatite B (HBsAg); 39,5% não fizeram o ABO-Rh; e 60,5% não realizaram os exames de HIV (AIDS). Outro problema identificado foi ausência de procedimentos técnicos e condutas no exame clínico e obstétrico: 74% das gestantes realizaram menos de três auscultas dos batimentos cardíacos fetais (BCF) do bebê; 27% das gestantes não fizeram avaliações ultrassonográficas; 58% das gestantes fizeram menos de três medições da altura uterina; 40% realizaram menos de três aferições da pressão arterial; 87% das gestantes não realizaram os exames de citologia oncótica; não foi prescrito o sulfato ferroso para 57% das gestantes pesquisadas; 32% não fizeram a profilaxia para prevenção do tétano neonatal.

Outro ponto avaliado "profissional médico de saúde da família" evidenciou três problemas que refletem sobre a qualidade da assistência pré-natal promovida pelas USFs. Os médicos contratados para trabalharem nas equipes de saúde não cumprem a jornada de 40 horas semanais estabelecida pela Política Nacional de Atenção Básica, apresentando uma baixa assiduidade destes profissionais. Outro problema constatado foi o pagamento na íntegra de médicos de unidades de saúde da família que não cumpriram a carga-horária de 40 horas semanas firmado contratualmente com o município, sem desconto dos 28 dias úteis (224 horas) não trabalhados, perfazendo um total de R$ 8.761,91 (oito mil, setecentos e sessenta e um reais e noventa e um centavos). Também foi constatado divergência entre o registro de profissionais existentes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde (MS) e as informações gerenciais coletadas no município.

O último ponto analisado "estrutura da unidade de saúde da família" apontou como problema que dificulta o avanço dos serviços da Estratégia de Saúde da Família a inadequação da estrutura física das USFs visitadas. Foi verificado que 5 das 12 unidades visitadas, não possuíam acomodação e acesso físico adequados à pessoa idosa e com deficiência. Em 7 delas não tinham consultórios destinado à saúde da mulher, em três não havia consultório odontológico e, em 2 USFs verificou-se a inexistência de sanitários exclusivos para os usuários.Apesar de 11 das 12 unidades visitadas possuírem local para estocagem dos medicamentos em 10 USFs não havia controle de validade desses produtos.Outro problema importante identificado foram nas salas de vacina de 2 unidades que não possuíam condições de higiene satisfatórias. Em outras 2 USFs a estrutura física das salas de espera eram inadequadas para pessoas idosas ou com deficiência. Em oito USFs não havia local apropriado para realização das atividades educativas destinados às gestantes. Das dezessete ESFs entrevistadas três afirmaram que não realizam esse tipo de atividade. Quatro dentre as dezessete ESFs selecionadas não afixaram o calendário de consultas em local visível e nenhuma delas elaborou os referidos calendários com a participação da comunidade.

Foram apresentadas nestas considerações finais algumas constatações que influenciam sobre a qualidade da assistência pré-natal prestada pelas USFs do município de Petrolina. Vale ressaltar que a presente auditoria não pretende avaliar todas as ações e

TCE-PE
Fls.:
Rubrica

serviços ofertados pela rede pública de saúde para assistência materna. Existem outros fatores, identificados na fase do estudo de viabilidade, que impactam nos índices de mortalidade materna, como à assistência ao parto realizado em maternidades e hospitais públicos sob a gestão municipal e estadual, ou as ações e serviços voltados para o atendimento e acompanhamento da puérpera.

Espera-se que a implementação das recomendações aqui apresentadas contribua para tornar as ações de assistência pré-natal ofertadas pelas unidades de saúde da família mais efetivas, garantindo uma qualidade mínima de serviços de saúde e contribuindo para redução dos índices de morbidade e mortalidade materna no município avaliado.

TCE-PE
Fls.:
Rubrica

CAPÍTULO 6 – PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTO

Diante do exposto e visando contribuir para a melhoria do desempenho das Ações da Assistência à Saúde Materna nas Unidades de Saúde da Família do Município de Petrolina, propõe-se o encaminhamento das recomendações descritas no quadro 09 (Apêndice C) para a Secretaria de Saúde do referido município.

Ainda propor ao Conselheiro Relator para que:

1. Determine que a Secretaria de Saúde do Município de Petrolina:
   - Remeta a este Tribunal de Contas, no prazo de 60 dias, Plano de Ação contendo as ações, o cronograma e os responsáveis com o objetivo de solucionar ou minimizar as deficiências identificadas nesta avaliação.
2. Determine à Diretoria de Plenário deste Tribunal:
   - Encaminhar cópias da decisão e do Relatório de Auditoria Operacional à Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina;
   - Encaminhar cópias da decisão e do Relatório de Auditoria Operacional ao Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna de Pernambuco (CEEMM-PE);
   - Encaminhar cópia da decisão ao Departamento de Controle Municipal para subsidiar o julgamento da prestação ou tomada de contas, na forma dos artigos 6º e 8º da Resolução TC nº 014/2004;
   - Encaminhar este processo à Coordenadoria de Controle Externo para a realização de monitoramento.
3. Estabeleça a devolução aos cofres públicos do município o valor de **R$ 8.761,91** (oito mil e setecentos e sessenta e um reais e noventa e um), pago indevidamente aos médicos das USFs;
4. Estabeleça multa a Sra. LUCIA CRISTINA GIESTA SOARES (Apêndice B) responsável por ferir os artigos 62 e 63 da Lei n° 4.320/64 (Institui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal), que estabelece que nenhuma despesa realizada pela administração públicas pode ser paga sem estar liquidada[81].

Recife, 04 de setembro de 2015.

Andre Augusto Viana
Técnico de Inspeção de Obras Públicas – Mat.0252

Visto e aprovado.

João Antônio Robalinho Ferraz
Técnico de Auditoria das Contas Públicas – Mat. 1000
(Gerente da GEAP)

[81]Inciso III do Artigo 73da Lei n° 12.600/2004, que dispõe sobre a Lei Orgânica do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco(ato praticado com grave infração a norma legal).

REFERÊNCIAS

ALVES, Sandra Valongueiro. **Mortalidade materna em Pernambuco, Brasil**: o que mudou em dez anos?. Reproductive Heallth Malters, 2008; 3(3): 59-70. Adaptado pelo autor.

BARROS, F. C.; VICTORA, C. G.; VAUGHANN, J. P. & CAPELLARI, M. M., 1985. **Perinatal risk in Third World cities**. World Health Forum, 6:322-324.

BRASIL. Ministerio da Saúde. **Manual Técnico: Gestação de Risco**, 5ª Edição. Brasília – DF: Ministerio da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 325/GM de 21 de fevereiro de 2008**: estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações,

prazos e diretrizes para a sua pactuação. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.**Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde : saúde da famíli**a **/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008a. 52 p. : il. color – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3ª edição. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2007a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde /** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 648/GM de 28 de março de 2006**: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 399/GM de 22 de fevereiro de 2006**: divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Versão aprovada na reunião da Comissão Intergestores TRIPARTITE realizada em 18/03/04. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Disponível em: <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/docfundador.pdf. Acesso em: 01 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2.394/GM de 19 de dezembro de 2003**: estabelece o pacto dos indicadores da atenção básica de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência pré-natal: **Normas e Manuais técnico***s*, 3ª Ed.. Brasília – DF, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000 do Ministério da Saúde.

http://boasaude.uol.com.br/realce/emailorprint.cfm?id=12783&type=lib. Acesso em: 10/01/2011.

CHAMBERLAIN, R.; PHILLIP, E.; HOWLETT, B. & CLAIREAUX, A., 1970. British births 1970. Vol. 2: Obstetric care. London: Heinemann.

LIMA et AL. **Acompanhamento Pré-Natal – Puerpério no PSF de Florianópolis** -PI Rev. Ciência e Saúde, v. 2, n. 1, p. 51-66, 2007. 65.

OLIVEIRA, S.M.J.V.; ARCURI, E.A.M. Medida da pressão arterial em gestante. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 49-55, julho 1997.

REZENDE J., MONTENEGRO CAB. **Obstetrícia fundamental**, 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.*In* Revista de Enfermagem, 2009, jan-mar, 13.

RIPSA, Rede Interagencial de Informação para a Saúde - RIPSA. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – Ripsa. 2ª edição. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

SECLEN-PALACIN, Juan A. **Enfoque da saúde da família e seu potencial de contribuição no alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. In: FERNANDES, Afra Suassuna; SECLEN-PALACIN, Juan A (Orgs), Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.

SERRUYA, Suzanne Jacob; CECATTI, José Guilherme; DO LAGO, Tania di Giacomo. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: *resultados iniciais*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5): 1281-1289, set-out, 2004.

http://boasaude.uol.com.br/realce/emailorprint.cfm?id=12783&type=lib. Acesso em: 10/01/2011.

http://www.portalodm.com.br/relatorios/5-melhorar-a-saude-das-gestantes/pe/bodoco. Acesso em: 25/01/2011.

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/assistencia_gestacao.php

http://www.folhape.com.br/index.php/saude/608931-pesquisa-mostra-reducao-nas-taxas-de-mortalidade-materna-e-infantil-no-brasil

APÊNDICES

Apêndice A – Fatores de Risco para a gravidez atual[82]

1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:

- Idade menor que 15 e maior que 35 anos;
- Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;
- Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;
- Situação conjugal insegura;
- Baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular);
- Condições ambientais desfavoráveis;
- Altura menor que 1,45 m;
- Peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas.

2. História reprodutiva anterior:

- Morte perinatal explicada ou inexplicada;
- Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;
- Abortamento habitual;
- Esterilidade/infertilidade;
- Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
- Nuliparidade e multiparidade;
- Síndromes hemorrágicas;
- Pré-eclâmpsia/eclâmpsia;
- Cirurgia uterina anterior;
- Macrossomia fetal.

3. Intercorrências clínicas crônicas:

- Cardiopatias;
- Pneumopatias;
- Nefropatias;
- Endocrinopatias (especialmente diabetes *mellitus*);
- Hemopatias;
- Hipertensão arterial moderada ou grave e/ou fazendo uso de antihipertensivo;
- Epilepsia;
- Infecção urinária;
- Portadoras de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis e outras DST);
- Doenças auto-imunes (lupus eritematoso sistêmico, outras colagenoses);
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras).

4. Doença obstétrica na gravidez atual:

- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
- Ganho ponderal inadequado;
- Pré-eclâmpsia/eclâmpsia;
- Amniorrexe prematura;
- Hemorragias da gestação;
- Isoimunização;
- Óbito fetal.

[82]Os fatores de risco são as características ou as circunstâncias que expõe a mulher e o recém-nascido a uma probabilidade maior de desenvolverem alguma complicação de saúde e, como consequência, evoluírem para óbito, necessitando, portanto, de ações de assistência a saúde de maior complexidade.

TCE-PE
Fls.:
Rubrica

Apêndice B – Dados pessoais do responsável

Quadro 08– Dados pessoais do responsável

Nome	Função / Cargo	CPF	Estado Civil	Endereço
Lucia Cristina Giesta Soares	Secretaria Municipal de Saúde	723.810.867-49	Casada	Endereço: R Caminho do Sol, 100, Apt01, Maria Auxiliadora, Petrolina – PE CEP: 56330-525

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria

Apêndice C – Quadro de Achados e Recomendações

Quadro 09 – Achados e Recomendações

Achados	Recomendações
Inadequação da classificação do risco gestacional (Subitem 3.1.1)	Fiscalizar periodicamente se a avaliação do risco gestacional está ocorrendo em toda consulta do pré-natal, com o respectivo registro da classificação de risco e identificação do profissional de saúde responsável em ficha perinatal e prontuário médico.
	Adotar ficha perinatal com campos que possibilitem o registro da classificação de risco gestacional e de informações sobre as condições biopsicossocio-culturais da gestante, como renda familiar e condições de moradia.
	Implantar procedimentos de controle e responsabilização na assistência ao pré-natal e puerpério, quanto à ausência de registro de informações inerentes a gestante de risco nas fontes primárias, por parte dos profissionais de saúde responsáveis, conforme regulamentações do Ministério da Saúde.
Deficiência dos serviços e atendimentos do pré-natal às gestantes de risco (Subitem 3.1.2)	Capacitar os profissionais de saúde que compõem as ESFs, através de cursos de reciclagem, educação continuada, etc. Objetivando a conscientização sobre a importância da assistência ao pré-natal e puerpério e de todas as atividades correlacionadas, como o adequado preenchimento de todos os instrumentos de registros dos procedimentos disponíveis e adotados no atendimento à gestante risco.
	Recomendar a todos profissionais de saúde que mantenham os instrumentos de registro adequadamente preenchidos e com a identificação do responsável em todas as etapas do atendimento: anamnese, exame físico, diagnóstico, tratamento, acompanhamento e encaminhamentos. Segundo recomenda o Manual Técnico do Ministério da Saúde.
	Orientar os profissionais de saúde das USFs para o uso do formulário padrão (ficha de Referência e contrarreferência) e registro nas fichas perinatais ou prontuários médicos das condutas de encaminhamento das gestantes de risco para serviços de referência de alto risco ou especialista, conforme regulamentações do Ministério da Saúde.
	Adote prontuário médico de atendimento padronizado e ficha perinatal com campo para registro do Índice de Massa Corpórea (IMC) gravídico**,** possibilitado o acompanhamento do ganho de peso gestacional.
	Implemente controle sobre as prescrições de medicamento e de vacinação garantindo o acesso às gestantes de risco.
	Implemente controle que garanta às gestantes de risco a realização plena dos exames complementares, inclusive referentes à sorologia para Hepatite tipo B, Toxoplasmose e de Coombs indireto com repetição no caso de resultado negativo.
	Garanta a realização de no mínimo três exames de ultrassonografia obstétrica com objetivo de trazer mais segurança à mulher durante o período gravídico.
	Adote como conduta de registro da aferição dos BCF na ficha perinatal a utilização de grafia numérica, em vez de sinais "+" (positivo) e "-" (negativo).
	Implemente campanha municipal de conscientização da necessidade da realização do exame de citologia oncótica utilizando as ESFs junto a população das áreas sob sua responsabilidade.
	Avalie a efetividade das ESFs quanto à captação, recondução, acompanhamento, trabalho educativo e divulgação das ações desenvolvidas pela USF junto a gestantes de risco.
	Avalie periodicamente os procedimentos, atividades e condutas de acompanhamento do pré-natal oferecidas às gestantes de risco em suas USFs através do seu controle interno.
	Implante procedimentos de controle e responsabilização, quanto ao descumprimento de algum procedimento, atividade, conduta ou por ausência de registro documental inerente a gestante de risco, por parte dos profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento da gestante de risco.
Ausência de informações no modelo de ficha perinatal adotado pela Secretaria de Saúde (Subitem 3.2.1)	Reavaliar o modelo da ficha perinatal adotado de modo a inserir os campos necessários para a coleta de informações preconizadas pelo Ministério da Saúde.
	Implantar procedimentos de controle e responsabilização na Assistência ao Pré-natal e Puerpério, quanto à ausência de registro documental inerente à gestante, por parte dos profissionais de saúde responsáveis, conforme regulamentações do Ministério da Saúde.
Ausência de exames complementares no pré-natal	Acompanhar junto às equipes de saúde da família a solicitação dos exames complementares necessários durante a gravidez e preconizados pelo Ministério da Saúde, assim como os respectivos resultados, não

Achados	Recomendações
preconizado pelo MS (Subitem 3.2.2)	deixando de registrá-los na ficha perinatal e prontuário médico.
	Implementar controle que garanta a realização plena dos exames complementares, inclusive referentes à sorologia para Hepatite tipo B e Toxoplasmose, e exame de Coombs indireto quando necessário, com objetivo de trazer mais segurança à mulher durante o período gravídico.
Ausência de procedimentos técnicos e condutas no exame clínico e obstétrico (Subitem 3.2.3)	Implantar procedimentos de controle e responsabilização na assistência ao pré-natal e Puerpério, quanto ao descumprimento de algum procedimento, atividade ou conduta inerente à gestante, por parte dos profissionais de saúde responsáveis.
	Fornecer para as USFs a quantidade de sulfato ferroso necessária para atender a todas as gestantes assistidas pelo município.
	Promover campanha municipal de conscientização da necessidade da realização do exame de citologia oncótica utilizando as equipes de saúde da família junto à população das áreas sob sua responsabilidade.
Baixa assiduidade dos médicos das unidades de saúde da família (Subitem 3.3.1)	Promover ações gerenciais para assegurar e controlar o cumprimento da carga-horária integral de 40 horas semanais de todos os profissionais médicos das equipes de saúde da família.
Divergência entre os registros do CNES e a Secretaria Municipal de Saúde (subitem 3.3.3)	Regularizar/atualizar periodicamente as informações registradas no CNES sobre o profissional médico que atualmente trabalha junto à equipe de saúde da família do município.
Estrutura física inadequada para o atendimento da população (subitem 3.4.1)	Promover a adequação da estrutura física das USFs conforme orientações do Ministério da Saúde para que seja acessível a todos, além de oferecer um atendimento digno e condizente com a proposta do programa de saúde da família.
	Realizar o planejamento e a sistematização das atividades educativas buscando desenvolver dinâmicas interativas onde as gestantes participem, contribuindo com suas experiências pessoais.

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria