

Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco – TCE/PE

**RELATÓRIO CONSOLIDADO  
DE AUDITORIA OPERACIONAL  
(PROCESSO TC Nº 1005680-4)**

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNA NA  
UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Prefeitura Municipal de Santa Maria da Boa Vista**

**Conselheiro Relator:**

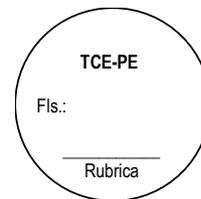
Teresa Duere

**Equipe:**

Andre Augusto Viana

João Antônio Robalinho Ferraz (coordenador)

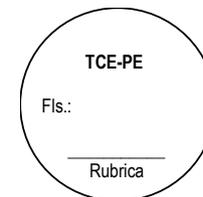
Márcia Aparecida Pimentel Leal



## 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 Santa Maria da Boa Vista.

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.



## Resumo

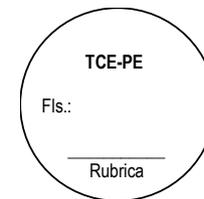
A presente auditoria foi aprovada por meio da formalização do processo de Auditoria Especial TC nº 1005680-4, tendo como relator o Conselheiro Valdecir Pascoal.

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 Santa Maria da Boa Vista, com foco na classificação de risco das gestantes e seus procedimentos, 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) estrutura física 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 Santa Maria da Boa Vista 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 o adequado preenchimento dos instrumentos de registro; adote ficha perinatal com campo que possibilite o registro da classificação de risco gestacional; implemente procedimentos de controle para responsabilização quanto à ausência de registro documental, procedimentos, atividades e condutas inerente a gestação de risco; avalie o desempenho das equipes quanto à captação, acompanhamento e trabalho educativo junto a gestantes de risco e os procedimentos, atividades e condutas de acompanhamento do pré-natal conforme recomendações do MS; garanta às gestantes de risco a realização plena dos exames complementares e implemente campanha de conscientização da realização do exame de citologia oncótica.

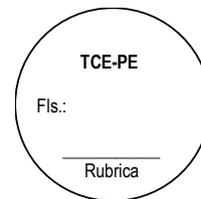


Quanto ao atendimento pré-natal realizado nas USFs, incluindo gestantes de risco e sem risco identificado, foi recomendado à Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria da Boa Vista que: reavalie o modelo da ficha perinatal adequando-a para que contenha as informações preconizadas pelo MS; acompanhe 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 Santa Maria da Boa Vista que assegure o cumprimento da carga-horária estabelecida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Também foi recomendado ao ordenador de despesas da referida secretaria a devolução de R\$ 11.785,72 (onze mil setecentos e oitenta cinco reais e setenta e dois centavos) referentes aos dias úteis não trabalhados dos médicos no mês de setembro de 2010, e ainda a imputação de multa ao mesmo ordenador pela autorização de pagamentos na íntegra a médicos que não cumpriram a jornada semanal contratada.

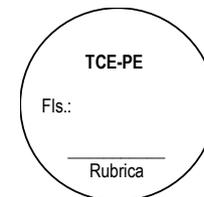
Por último, quanto à estrutura disponibilizada pelas USFs foi recomendado que à Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria da Boa Vista promova a adequação da estrutura física das unidades conforme orientações do MS para que seja acessível a todos e realize o planejamento e a sistematização das atividades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

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



## LISTA DE SIGLAS

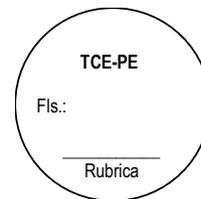
ANOP:	Auditoria de Natureza Operacional
AOP:	Auditoria Operacional
AU:	Altura Uterina
BCF:	Batimentos Cardíacos Fetais
BDPA:	Boletim Diário de Produção Ambulatorial
CCE:	Coordenaria de Controle Externo
CEEMM-PE:	Comitê Estadual de Estudos da Mortalidade Materna de Pernambuco
CMM:	Coefficiente de Mortalidade 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
IMC:	Índice de Massa Corpórea
INCA:	Instituto Nacional de Câncer
LACEN	Laboratório Central de Pernambuco
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
PSF:	Programa Saúde da Família
SAMU:	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
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
UBS:	Unidade Básica de Saúde
USF:	Unidade de Saúde da Família



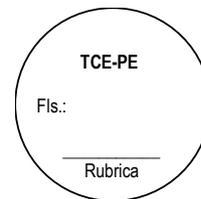
## LISTA DE FIGURAS

	Pg.
Figura 01: Evolução do Coeficiente de Mortalidade Materna: Macrorregiões do Brasil – 1996-2007	13
Figura 02: Evolução do Coeficiente de 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 Doenças obstétricas atuais	28
Figura 05: Escore de risco gestacional x Intercorrência clínicas crônicas	28
Figura 06: Escore de risco gestacional x Histórico reprodutivo	29
Figura 07: Evolução anual das consultas pré-natal no SUS (em milhões): Brasil 2003-2009	45
Figura 08: Campos sem preenchimento da Ficha Perinatal	46
Figura 09: Exames complementares realizados nas USFs visitadas	48
Figura 10: Aferição dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF) realizados nas USFs visitadas	49
Figura 11: Avaliação ultrassonográfica realizada nas USFs visitadas	50
Figura 12: Medição da altura uterina realizada nas USFs visitadas	50
Figura 13: Aferição da pressão arterial realizada nas USFs visitadas	51
Figura 14: Vacinação antitetânica realizada nas USFs visitadas	52
Figura 15: Prescrição do sulfato ferroso realizada nas USFs visitadas	52
Figura 16: Estrutura física da USF Mandacaru (sala de espera)	59
Figura 17: Estrutura física da USF Raimundo Bedor (sala de espera)	60
Figura 18: Estrutura física da USF Santa Luzia (sala de espera)	60

## LISTA DE QUADROS

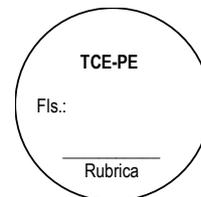


	Pg.
Quadro 01: Frequência de anos com ocorrência de óbitos maternos: período 1999 a 2008	16
Quadro 02: Universo da amostragem por USF	22
Quadro 03: Avaliação da assiduidade mensal dos médicos: set/2010	54
Quadro 04: Demonstrativo de débito por médico	57
Quadro 05: Dados pessoais do responsável	78
Quadro 06: Achados e Recomendações	79



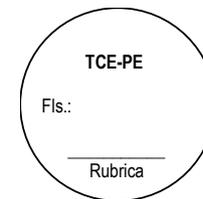
## LISTA DE TABELAS

	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 Ministério da Saúde – parâmetros criados pela equipe de auditoria	26
Tabela 03: Grau de Risco Gestacional	27
Tabela 04: Consolidação do Escore de risco gestacional por Fatores de Risco	29
Tabela 05: Idade gestacional na 1ª consulta	34
Tabela 06: Tipo de gestação x Período da 1ª consulta	35
Tabela 07: Tipo de gestação x Classificação de risco x Encaminhamento	35
Tabela 08: Tipo de gestação x Exames Complementares	38
Tabela 09: Tipo de gestação x Avaliação Ultrassonográfica	40
Tabela 10: Altura materna x Peso durante a gravidez	41
Tabela 11: Tipo de gestação x Medição da altura uterina	42
Tabela 12: Tipo de gestação x Exame de citologia oncótica	43



## Sumário

<b>CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
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
<b>CAPÍTULO 2 – VISÃO GERAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNA .....</b>	<b>13</b>
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
<b>CAPÍTULO 3 – RESULTADOS DA AUDITORIA .....</b>	<b>21</b>
3.1 Atendimento pré-natal à gestante de risco.....	21
3.1.1 Ausência e inadequação da classificação do risco gestacional.....	22
3.1.2 Deficiências no atendimento do pré-natal à gestante de risco .....	32
3.2 Atendimento pré-natal realizados nas unidades de saúde da família .....	44
3.2.1 Ausência de informações no modelo de ficha perinatal adotado pela Secretaria de Saúde, bem como seu preenchimento .....	45
3.2.2 Ausência de exames complementares no pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde .....	47
3.2.3 Ausência de procedimentos técnicos e condutas no exame clínico e obstétrico .....	49
3.3 Profissional médico de saúde da família .....	53
3.3.1 Baixa assiduidade dos médicos das unidades de saúde da família.....	53
3.3.2 Pagamento de médicos de unidades de saúde da família sem o cumprimento de carga horária integral .....	56
3.4 Estrutura da unidade de saúde da família .....	57
3.4.1 Estrutura física inadequada para o atendimento da população .....	58
<b>CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR .....</b>	<b>63</b>
4.1 Da gestora Sra. Alice Mara Gonçalves de Matos, Secretária de Saúde do Município nos exercícios de 2010 e 2011 .....	63
4.2 Da gestora Sra. Luiza de Marilac Duarte de Sá, Secretária de Saúde no exercício de 2011 .....	68
4.3 Considerações finais.....	70
<b>CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO.....</b>	<b>71</b>
<b>CAPÍTULO 6 – PROPOSTAS DE ENCAMINHAMENTO .....</b>	<b>73</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>74</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>77</b>



## 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 Comércio, 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<sup>1</sup> 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 de natureza operacional para avaliação das ações de assistência pré-natal promovidas pelas Unidades de Saúde da Família (USF) no Município de Santa Maria da Boa Vista. Para tanto, foi formalizado processo de Auditoria Especial sob o número TC nº 1005680-4, 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 Santa Maria da Boa Vista.

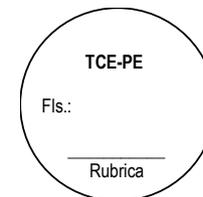
O presente trabalho trata dos resultados da auditoria operacional, na modalidade Avaliação de Programa, realizada, aplicando técnicas, procedimentos e metodologias específicas desenvolvidas neste Tribunal sob a denominação Auditoria Operacional (AOP)<sup>2</sup>.

### 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.

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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 nº 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 Santa Maria da Boa Vista, 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

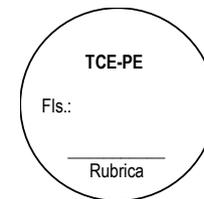
Foram adotados como referencial para avaliação da assistência ao pré-natal os protocolos estabelecidos pelo “Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério” do MS, quanto aos exames e procedimentos a serem realizados pela atenção básica (BRASIL, 2005, 2006c). Também foram utilizados os fatores estabelecidos 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 nº 648/GM (BRASIL, 2006a). Além da infra-estrutura 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:

#### 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 Santa Maria da Boa Vista;



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

#### 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;
- Análise 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 de perinatal a serem examinadas, foram selecionadas de forma aleatória 10 gestantes de cada USF visitada pela equipe do TCE-PE. O município de Santa Maria da Boa Vista possui seis unidades de saúde da família cadastradas no CNES<sup>3</sup>. Foram selecionadas de forma aleatória três unidades localizadas na zona urbana do município para aplicação dos questionários e coleta de documentos sobre assistência pré-natal. Abaixo apresentamos as unidades visitadas pela equipe de auditoria:

- USF – Mandacaru
- USF – Raimundo Bedor
- USF – Santa Luzia

<sup>3</sup> Base de dados extraída do DATASUS em 20/09/2010: <http://cnes.datasus.gov.br/>.



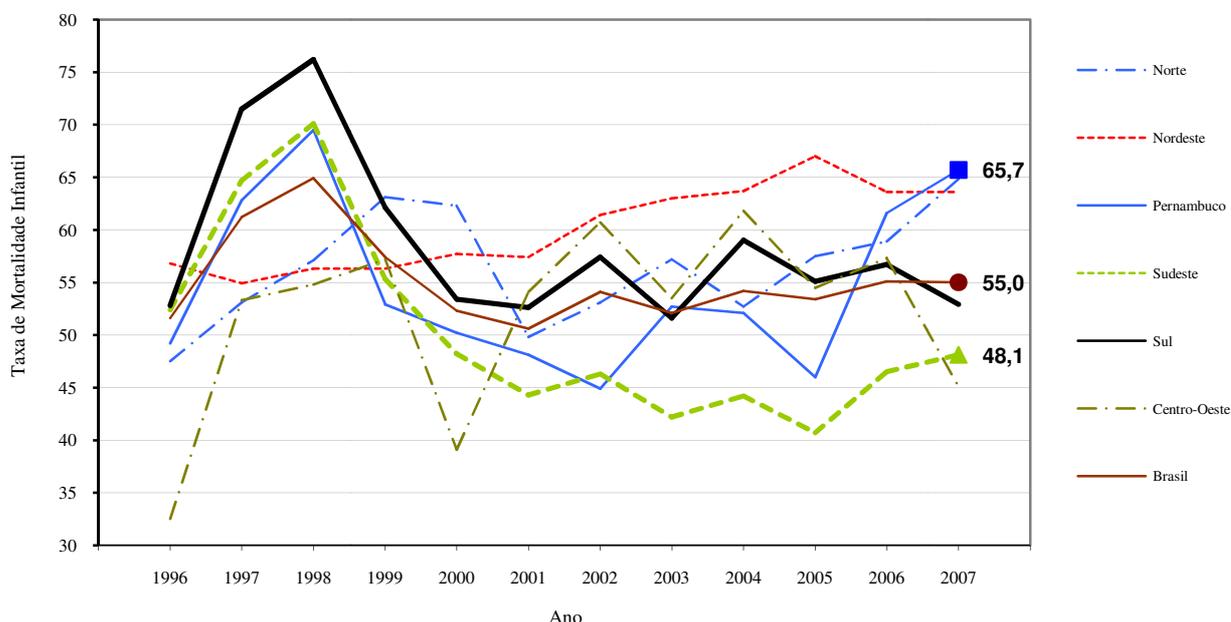
## CAPÍTULO 2 – VISÃO GERAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNA

### 2.1 Relevância do tema

A Portaria do Ministério da Saúde nº 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 do Coeficiente de Mortalidade Materna<sup>4</sup>: Macrorregiões do Brasil – 1996-2007



Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIM<sup>5</sup> e Ministério da Saúde/DATASUS/SINASC<sup>6</sup>.

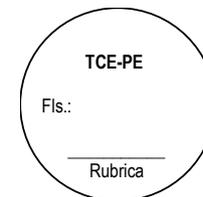
<sup>4</sup> Não foi aplicado o fator de correção de 1,41 para o cálculo do coeficiente de mortalidade de 2005 do Brasil. Este fator tem como objetivo diminuir o impacto da subinformação dos óbitos maternos, estimando valores próximos à realidade.

<sup>5</sup> 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>.

<sup>6</sup> 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<sup>7</sup>:

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.

[...]

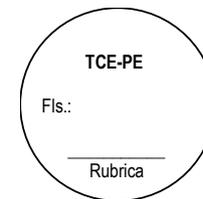
Segundo o Relatório Nacional de Acompanhando dos ODMs do governo, houve uma redução de 12,7% na mortalidade materna entre 1997 (61,2 óbitos para 100 mil nascidos) e 2005 (54,3 óbitos para 100 mil nascidos), mas o próprio relatório admite que há subnotificações. Nas regiões Norte e Sudeste houve redução 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 inferiores a 11 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos, já países como Bolívia e Peru chegam a 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<sup>8</sup>. A maioria dos óbitos poderia ser evitada se as condições locais de saúde fossem semelhantes às dos 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).

<sup>7</sup> Informação extraída do site: [http://www.pnud.org.br/odm/objetivo\\_4/](http://www.pnud.org.br/odm/objetivo_4/) em 14/10/2010.

<sup>8</sup> 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 imetiático (do 1º ao 10º dia); pós-parto tardio ((do 10º ao 45º dia); e pós-parto remoto (além do 45º dia. (REZENDE, Jorge; MONTENEGRO, Carlos A. Barbosa. *Obstetrícia Fundamental*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1991).



Para a 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 do 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, 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<sup>9</sup>. 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 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

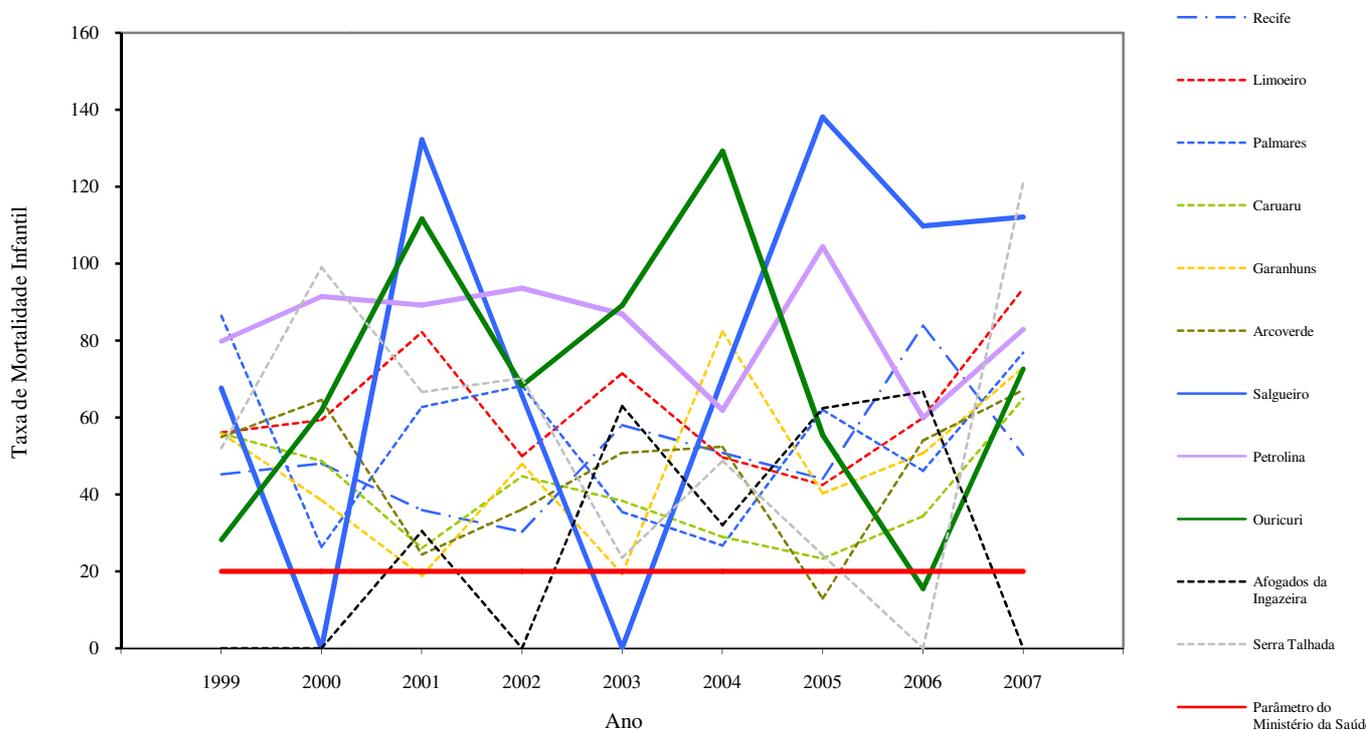
Para seleção das Regiões de Saúde de Pernambuco avaliadas foi examinado o comportamento da série história do CMM de cada região de saúde<sup>10</sup> do Estado entre 1999 e 2007. As Regiões de Petrolina, Salgueiro e Ouricuri se destacam pelos altos índices de mortalidade comparados com os das demais regiões de Pernambuco (figura 02). 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).

<sup>9</sup> 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.

<sup>10</sup> 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 do Coeficiente de Mortalidade Materna<sup>11</sup> por região de saúde de PE – 1999-2007



Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIM<sup>12</sup> e Ministério da Saúde/DATASUS/SINASC<sup>13</sup>.

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.

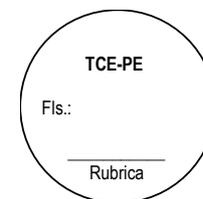
**Quadro 01** – Frequência de anos com ocorrência de óbitos maternos: período 1999 a 2008

Ano	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Anos c/ ocorrência de óbitos
<b>Região Salgueiro – CMM</b>	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
<b>Salgueiro</b>	1		2	1		1	1		1		<b>6</b>
Serrita			2	1				1			3
Terra Nova								1			1
Verdejante									1		1
<b>Região Petrolina - CMM</b>	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
<b>Lagoa Grande</b>					1	2	1	1	1		<b>5</b>
Orocó		1	2	1				1			4

<sup>11</sup> Não foi aplicado o fator de correção de 1,41 para o cálculo do coeficiente de mortalidade de 2005 do Brasil.

<sup>12</sup> Base de dados extraída do DATASUS em 14/10/2010: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>.

<sup>13</sup> 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
<b>Petrolina</b>	3	6	5	5	2	3	6	2	3	6	<b>10</b>
<b>Santa Maria da Boa Vista</b>	1	1		1	2		2	1	1		<b>7</b>
<b>Região Ouricuri - CMM</b>	<b>28</b>	<b>62</b>	<b>112</b>	<b>68</b>	<b>89</b>	<b>129</b>	<b>55</b>	<b>15</b>	<b>73</b>	<b>60</b>	
Araripina		1	2	1	1	3				2	6
<b>Bodocó</b>			<b>1</b>	<b>3</b>					<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
Exu				1		1					2
Granito											0
<b>Ipubi</b>	<b>1</b>	<b>2</b>			<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>				<b>5</b>
Moreilândia	1								1		2
<b>Ouricuri</b>			<b>4</b>			<b>1</b>	<b>2</b>		<b>2</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
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<sup>14</sup>) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC<sup>15</sup>), 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.

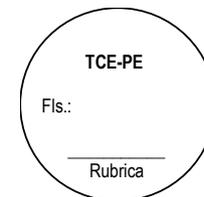
### 2.3 Legislação e Normas Técnicas

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 Santa Maria da Boa Vista:

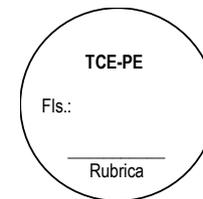
- **Lei nº 11.634**, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS.
- **Lei nº 11.108**, de 07 de abril de 2005, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho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

<sup>14</sup> Base de dados extraída do DATASUS em 20/09/2010: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?simp/cnv/matbr.def>.

<sup>15</sup> Base de dados extraída do DATASUS em 20/09/2010: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvbr.def>.



- **Lei nº 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 nº 36**, de 03 de junho de 2008, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.
- **Portaria nº 1.119**, de 05 de junho de 2008, que regulamenta a vigilância de óbitos maternos.
- **Portaria nº 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 nº 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 (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
- **Portaria nº 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 nº 1.067 do Ministério 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 nº 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 nº 2.394/GM** de 19/12/2003, que estabelece o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica – 2004.
- **Portaria/GM nº 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/Ministério da Saúde, 2010.
- **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: saúde da família**. 2ª edição/Ministério da Saúde, 2008.



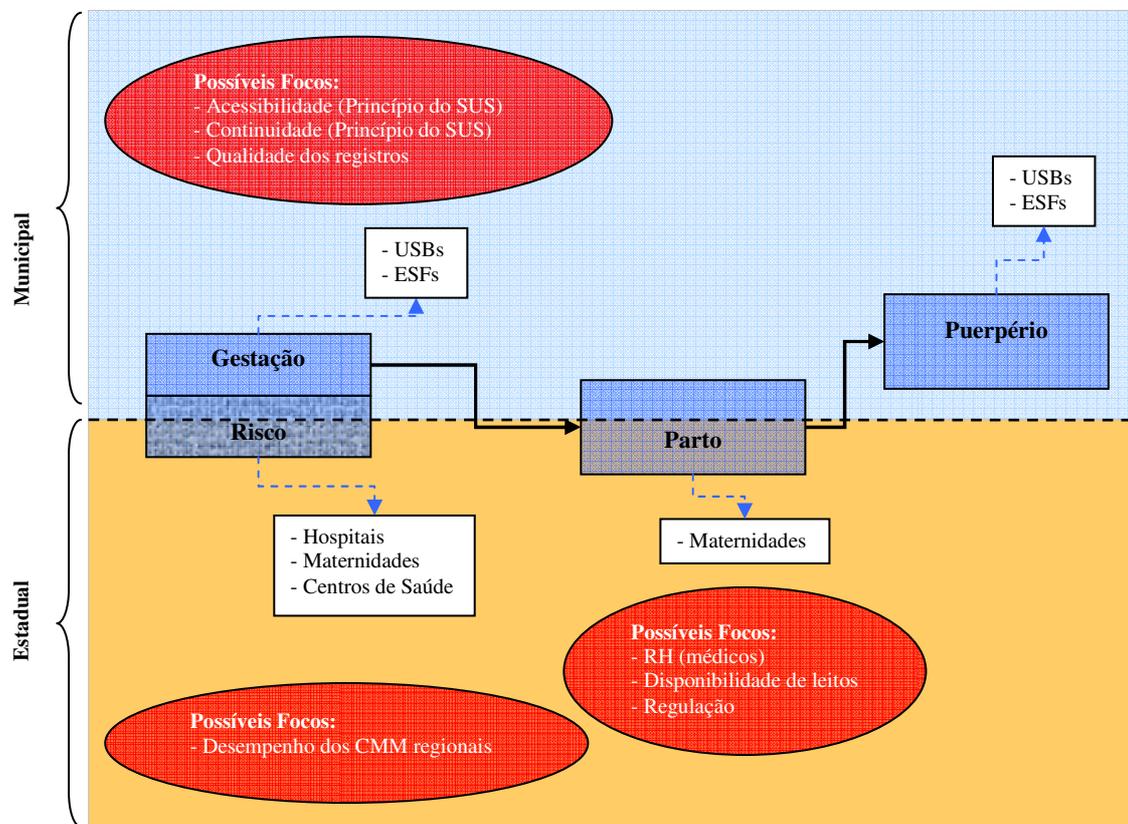
## 2.4 Lógica da assistência à saúde materna

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 que perpassam por 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.

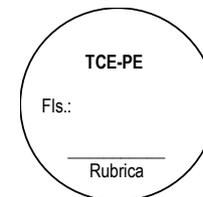
A segunda fase do cuidado à saúde materna corresponde à assistência ao parto realizado em maternidades ou hospitais públicos sob a gestão municipal ou estadual. Após o parto materno, inicia-se a fase do puerpério da mulher que deve ser acompanhada pelos profissionais (ginecologista e enfermeira) de saúde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

**Figura 03** – Fluxograma da assistência a 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 necessários à atenção pré-natal, assistência ao parto e ao recém-nascido e atenção puerperal, com estabelecimento de critérios mínimos para o funcionamento 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 de saúde; (v) garantia da realização dos exames complementares necessários; (vi) garantia de atendimento a todas as parturientes e recém-nascidos que procurem os serviços de saúde e garantia de internamento, sempre que necessário; (vii) garantia de acompanhante durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto; (viii) incentivo ao parto normal e à redução da cesárea desnecessária; (ix) vinculação à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal, de modo a garantir a internação da parturiente e do recém-nascido nos casos de demanda 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 tendo como referência o nível de risco gestacional identificado e o atendimento despendido à gestante de risco pela equipe de saúde da família durante as consultas, conforme os apontamentos constantes na ficha de perinatal<sup>16</sup>, prontuário, entre outros documentos, utilizados pelas Unidades da Saúde da Família (USFs) do Município de Santa Maria da Boa Vista.

O principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez. Ocasão que ocorrem mudanças físicas e emocionais distintas em cada gestante. Dentre as usuárias da assistência pré-natal 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 materno e fetal.

Segundo informações do MS, o município de Santa Maria da Boa Vista tem histórico de taxas altas de mortalidade materna, por exemplo, as dos anos de 2007 e 2009 corresponderam respectivamente a 107,3 e 109,7 casos de óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos, quando o recomendado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) é de 20 casos.<sup>17</sup> Ainda segundo informações do MS pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em 2009, apenas 52,9% das crianças nascidas vivas corresponderam a gestantes que tiveram sete ou mais consultas pré-natais.<sup>18</sup>

Os indicadores de Saúde “taxas de mortalidade neonatal precoce e tardia, perinatal e materna” refletem, entre outras situações, a inadequação da assistência pré-natal prestada.

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: 68 sem risco identificado (53,3%) e 27 de risco (46,7%). Esta classificação foi adotada devido à falta de informação sobre a classificação do risco gestacional nas fichas perinatais. Para a análise da adequação da assistência do pré-natal à gestante de risco foi utilizada apenas a documentação referente a 14 gestantes (metade) como foi consolidado no quadro a seguir.

<sup>16</sup> 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.

<sup>17</sup> 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.

<sup>18</sup> Disponível em: <http://www.portalodm.com.br/relatorios/5-melhorar-a-saude-das-gestantes/pe/santa-maria-da-boa-vista>. Acesso em: 03/02/2011.



Para verificação da robustez das informações coletadas foram analisadas estatisticamente 30 fichas perinatais de usuárias da assistência pré-natal municipal com seus respectivos prontuários entre 48 fichas escolhidas aleatoriamente. O período das informações correspondeu às mulheres que estavam grávidas até a data da coleta da documentação (14/10/2010).

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

**Quadro 02** – Universo da amostragem por USF – Santa Maria da Boa Vista

UNIDADE	TOTAL DE GESTANTE ATENDIDA PELO PRÉ-NATAL		FICHAS PERINATAIS COLETADAS				PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO	COREN-PE
	NORMAL	RISCO	Gestante NORMAL	% DO TOTAL	Gestante RISCO	% DO TOTAL		
USF – Raimundo Bedor	29	6	5	17,2%	5	83,3%	Sra. Manuela Anuciada P. Pereira de Arruda	156.930
USF - Santa Luzia	14	11	6	42,9%	4	36,4%	Sra. Daniely da Silva Figueiredo	146.305
USF - Mandacaru	25	10	5	20,0%	5	50,0%	Sra. Keylyane Macedo Cruz	147.692
TOTAL	68	27	16	23,5%	14	51,9%		

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

### 3.1.1 Ausência e inadequação da classificação do risco gestacional

Os resultados obtidos na análise documental refletem a inadequação da classificação do risco gestacional (baixo ou alto) adotada pelos profissionais da equipe de saúde, quando da primeira consulta e nas demais. As evidências demonstram casos de ausência ou de deficiência no registro dos fatores de risco em que estão submetidas às gestantes consideradas de risco. Dificultando assim, a caracterização real das 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.<sup>19</sup>

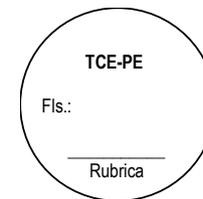
O próprio MS alerta que é de suma importância a adequada classificação do risco, pois permite o devido encaminhamento das gestantes de alto risco às unidades de referência.<sup>20</sup> Evitando o uso de recursos e rotinas dedicados ao alto risco para as gestantes de baixo risco (gestação normal), pois essas ações não melhoram a qualidade assistencial, nem seus resultados, além de retardarem o acesso das gestantes que realmente necessitam.<sup>21</sup>

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

<sup>19</sup> Ministério da Saúde. Manual técnico: *Pré-Natal e Puerpério, Atenção Qualificada e Humanizada*. Brasília – DF, 2006, p. 22.

<sup>20</sup> 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.

<sup>21</sup> 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.



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);<sup>22</sup>

[...]

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 04 grupos de fatores de risco:

- **CARACTERÍSTICAS 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;
- **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<sup>23</sup> 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;<sup>24</sup>
- **DOENÇAS OBSTÉTRICAS ATUAIS:** 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<sup>25</sup> 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.<sup>26</sup> O detalhamento de cada grupo de risco se encontra no anexo A.

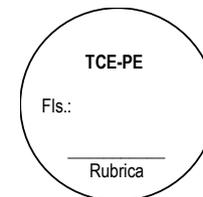
<sup>22</sup> Ministério da Saúde *op. cit.* p. 11.

<sup>23</sup> A razão de mortalidade materna por causas obstétricas indiretas no Brasil ficou no ano de 2007 em 17,5 (por 100 mil nascidos vivos).

<sup>24</sup> Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias>. Acesso em: 10/01/2011.

<sup>25</sup> A razão de mortalidade materna por causas obstétricas diretas no Brasil ficou no ano de 2007 em 55,5 (por 100 mil nascidos vivos).

<sup>26</sup> É uma entrevista que busca lembrar 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,



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 UBS 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.<sup>27</sup>

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 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.*<sup>28</sup> O escore de referência classifica o risco de acordo com informações sobre a história reprodutiva prévia, antropometria<sup>29</sup> materna e situação sócio-econômica apresentada pela gestante durante a primeira consulta. Ver tabela 01 a seguir:

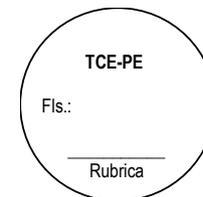
---

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 progressas e atuais do organismo materno, de modo a inferir sobre o seguimento da gestação atual.

<sup>27</sup> Ministério da Saúde *op cit.* p. 24.

<sup>28</sup> Foi utilizado durante os estudos perinatais ingleses (Chamberlain *et al.*, 1970), e que foi adaptado e utilizado previamente no Brasil (Barros *et al.*, 1985).

<sup>29</sup> 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).



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

Fonte: Barros et al. (1985)

Pelo método de Chamberlain *et al*, adaptado por Barros *et al*, são consideradas gestantes de baixo risco aquelas cujo escore não ultrapassasse dois pontos; médio risco com escore entre três e sete; e alto risco com escores com mais de sete pontos.

Para utilização desse método na classificação de risco e seguindo sua lógica, a equipe de auditoria incluiu no escore adaptado por Barros *et al* para o Brasil, os fatores de risco considerados pelo MS, que os dividem em quatro grandes grupos relatados anteriormente e, que serviram de referência técnica para este trabalho<sup>30</sup>.

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<sup>31</sup> receberam pontuação igual a 4<sup>32</sup>. Para a falta de informação nos documentos

<sup>30</sup> 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, 3ª Ed.. BRASÍLIA – DF, 2000, p. 13.

<sup>31</sup> 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.

<sup>32</sup> ALVIM, Denise dos Anjos Buker; BASSOTO, Teresa Raquel de Paiva; MARQUES, Genáine 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.faculdadefuturo.edu.br/revista/index.php?id=edicoesanterioresvn2>. Acesso: em: 22/12/2010.



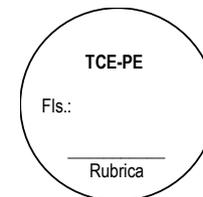
analisados foi considerado 1. Após as determinações do escore (pontuações) foi adotado o mesmo escalonamento do método de Chamberlain *et al*, adaptado por Barros *et al*.

A seguir, apresenta-se os fatores de riscos considerados e o respectivo escore adotado pela auditoria.

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

<b>1. Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:</b>	
Características maternas	Escore
<b>Faixa etária:</b>	
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
<b>Peso durante a gravidez:</b>	
< 45 Kg e > 75 Kg	2
Não informado	1
<b>Dependência de drogas:</b>	
Ilícitas	2
Lícitas	1
<b>Renda familiar:</b>	
> 6 salários mínimos	0
Entre 3 e 6 salários mínimos	1
< de 3 salários mínimos	2
<b>2. História reprodutiva anterior:</b>	
Características maternas	Escore
Morte perinatal explicada ou inexplicada	4
Abortamento habitual	
Esterilidade/infertilidade	
Pré-eclâmpsia/eclâmpsia	
Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado	2
Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos	
Nuliparidade e multiparidade	
Síndromes hemorrágicas	
Cirurgia uterina anterior	
Macrossomia fetal	
Não possui	0
Não Informado	1
<b>3. Intercorrências clínicas crônicas:</b>	
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
Infeção urinária	2
Nenhuma	0
Não Informado	1
<b>4. Doença obstétrica na gravidez atual:</b>	
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 Urinária, 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 para Alto Risco.

Na análise da documentação das 14 gestantes de risco foi observado que nove dessas estavam sem o registro do grau de risco gestacional (64,3%). Entre os registros efetuados, um foi feito apenas no prontuário. É importante ressaltar que a identificação da documentação referente à gestação de risco foi feita pelos profissionais de saúde entrevistados e que a ficha perinatal possui apenas a opção “atendimento pré-natal de alto risco”.

As informações obtidas sobre os fatores riscos na documentação selecionada serviram para alimentar o banco de dados necessário para a análise do escore de risco gestacional aplicado. O resultado obtido, como pode ser visto na tabela 03 abaixo, classificou sete gestantes como risco de grau médio e as outras sete gestantes como de alto risco<sup>33</sup>.

**Tabela 03** – Grau de Risco Gestacional

<b>Escore (Método Chamberlain)</b>	<b>Freq.</b>	<b>%</b>
Menos de 3 (baixo risco)	00	0,0%
De 3 a 7 (médio risco)	07	50,0%
Mais de 7 (alto risco)	07	50,0%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

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

O que mais influenciou o resultado para risco médio no escore adotado foi o baixo registro da identificação dos fatores de risco referentes à doença obstétrica na gravidez atual, intercorrências clínicas crônicas e histórico reprodutivo anterior, que apresentam as maiores pontuações no escore adotado.<sup>34</sup> Assim, com as informações contidas na documentação analisada, subentende-se que a maioria das gestantes consideradas de risco não teve intercorrências desses fatores ou então, que houve subnotificação (baixo registro). Na análise dos resultados observou-se que:

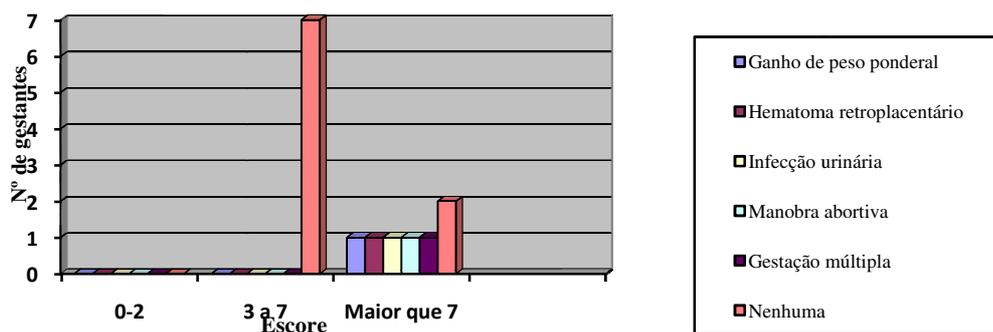
<sup>33</sup> A digitação, edição e verificação de consistência dos dados foram realizadas com o programa Sphinx Léxica V5.

<sup>34</sup> Essas três variáveis explicam 91,8% do escore de risco gestacional (Coeficiente de correlação múltipla: R=0,96).



- 64,3% das fichas perinatais e prontuários não tinham registro referente à doença obstétrica na gravidez atual;

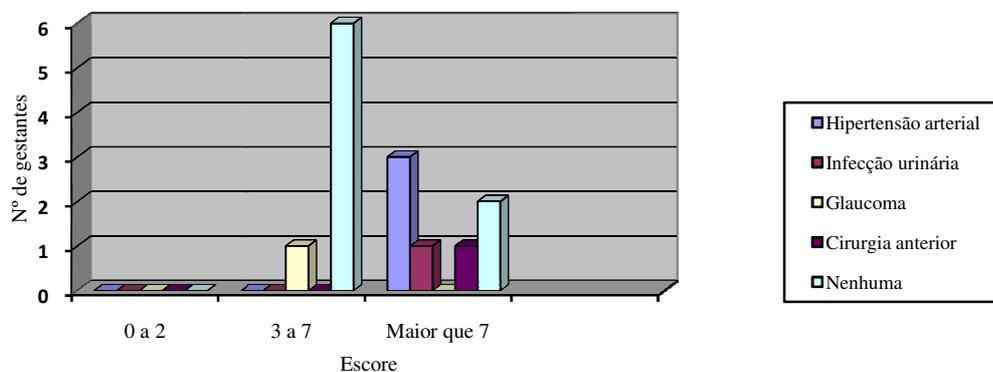
**Figura 04 - Escore de risco gestacional x Doenças obstétricas atuais**



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

- 57,1% das fichas perinatais registram “nenhuma” intercorrências clínicas crônicas;

**Figura 05 - Escore de risco gestacional x Intercorrências clínicas crônicas**

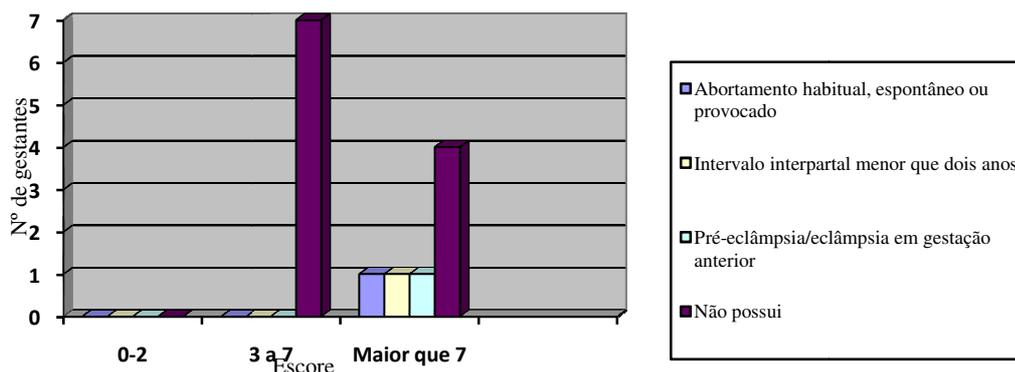


Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas



- 78,6% das gestantes de risco não possuíam histórico reprodutivo anterior;

Figura 06 - Escore de risco gestacional x Histórico reprodutivo



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

Das cinco gestantes classificadas pelas profissionais das USFs quanto ao grau de risco, quatro coincidiram com a classificação de “alto risco” segundo o escore aplicado pela equipe de auditoria, e uma apresentou divergência. Em relação a essa divergência verificou-se que a gestante não classificada como de “alto risco” tem apenas um registro de intercorrência clínica anterior a gestação por glaucoma, deste modo sendo considerada de ‘médio risco’ pelo escore aplicado.

Dentre as sete gestantes classificadas como de “alto risco” pela auditoria, três não tinham o registro de “pré-natal de alto risco” nas fichas perinatais e nos respectivos prontuários. Tal fato evidencia certo desconhecimento por parte das profissionais, responsáveis pelas informações, sobre o estado real de risco gestacional das gestantes atendidas nas USFs.

Na tabela 04 a seguir, estão consolidados os fatores de risco significativos, por gestante, encontrados na documentação analisada com o respectivo escore do risco gestacional:

Tabela 04 – Consolidação do Escore de risco gestacional por Fatores de Risco

Escore de risco gestacional	Histórico reprodutivo	Intercorrências crônicas	Doenças obstétricas atuais
1 Gestante m = 18,00	Abortamento habitual, espontâneo ou provocado (1 Gestante)	Nenhuma (1 Gestante)	Infecção Urinária (1 Gestante)
2 Gestantes m = 11,00	Pré-eclâmpsia/eclâmpsia (1 Gestante) Não possui (1 Gestante)	Infecção urinária (1 Gestante) CIRURGIA (1 Gestante)	Manobras abortivas (1 Gestante) Nenhuma (1 Gestante)



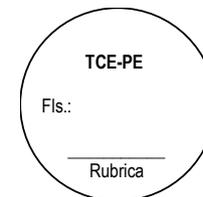
<b>Escore de risco gestacional</b>	<b>Histórico reprodutivo</b>	<b>Intercorrências crônicas</b>	<b>Doenças obstétricas atuais</b>
14 Gestantes m = 7,71	<b>Não possui (11 Gestantes)</b>  Abortamento habitual, espontâneo ou provocado (1 Gestante)  Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos (1 Gestante)	<b>Nenhuma (8 Gestantes)</b>  Hipertensão arterial moderada ou grave e/ou fazendo uso de antihipertensivo (3 Gestantes)  Infecção urinária (1 Gestante)	<b>Nenhuma (9 Gestantes)</b>  Ganho ponderal inadequado (1 Gestante)  Hematoma Retroplacentário (1 Gestante)
9 Gestantes m = 6,22	<b>Não possui (8 Gestantes)</b>  Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos (1 Gestante)	<b>Nenhuma (5 Gestantes)</b>  Hipertensão arterial moderada ou grave e/ou fazendo uso de antihipertensivo (3 Gestantes)  Glaucoma (1)	<b>Nenhuma (6 Gestantes)</b>  Ganho ponderal inadequado (1 Gestante)  Hematoma Retroplacentário (1 Gestante)
2 Gestante m = 6,00	<b>Não possui (2 Gestantes)</b>	<b>Nenhuma (2 Gestantes)</b>	<b>Nenhuma (2 Gestantes)</b>

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

Com o resultado encontrado entre o confronto das informações contidas na documentação analisada e os fatores de risco estabelecidos pelo MS, com adoção de um escore classificatório, percebe-se que a simples determinação de “risco” empregada nas USFs do Município de Santa Maria da Boa Vista sem a devida classificação do risco gestacional não atende o que determina o MS.

O grupo de fatores de risco relacionados às características individuais e sociais das gestantes de risco apresentou deficiências de informações sobre tipo de ocupação (apenas dois registros), renda familiar (não existe campo para preenchimento e nem houve registros), condições ambientais (42,9% sem registro) e altura materna (35,7% sem registro).

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 Geração 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.<sup>35</sup> (grifo nosso)

[...]

As evidências encontradas nas três USFs do Município de Santa Maria da Boa Vista durante esta auditoria demonstram primeiramente 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 por consequência da subnotificação das informações sobre as condições biopsicossocio-culturais e de saúde, que devem ser notificadas na primeira consulta e nas subsequentes, e em segundo lugar, que há ausência do registro do grau de risco gestacional.

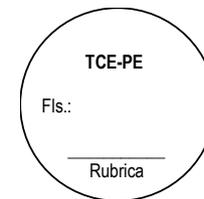
Portanto, conclui-se que há um problema comum nas USFs auditadas, podendo ocorrer em outras unidades do município, que é a deficiência no registro dos fatores de risco aos quais estão submetidas as gestantes de risco e consequentemente, resultando numa classificação de risco gestacional inadequada. O que pode acarretar no uso de recursos e rotinas dedicados ao alto risco para as gestantes de baixo risco gestacional.

Portanto, recomendamos à Secretaria de Saúde do Município de Santa Maria da Boa Vista, como propostas para mitigar os achados descritos (problemas) e consequentemente, aprimorar o acesso aos serviços de atenção primária à saúde, que:

1. Capacite os profissionais de saúde que compõem as equipes de saúde da família para conscientizar 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. Insira na ficha perinatal campo que possibilite o registro da classificação do grau de risco gestacional identificado pelo profissional de saúde responsável durante o atendimento pré-natal;
3. Implante procedimentos de controle e responsabilização, quanto à ausência de registro documental inerente à assistência ao pré-natal e puerpério por parte dos profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento da gestante de risco.

---

<sup>35</sup> Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual Técnico: *Geração de Alto Risco*, 5ª Ed.. BRASÍLIA – DF, 2010, p. 24.



### 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 o preenchimento incompleto das fichas perinatais e dos respectivos prontuários, mesmo existindo campo para os registros dos procedimentos e condutas padronizadas, segundo o MS e adotadas pelo município. É importante ressaltar que o MS recomenda que as condutas e os diagnósticos sejam anotados na ficha perinatal e no cartão da gestante.

O não registro pelos profissionais de saúde dos procedimentos e das condutas estabelecidas pelo MS para a atenção pré-natal evidencia deficiências no acompanhamento à gestante de risco, o que torna a assistência pré-natal praticada nas USFs auditadas inadequada.

As deficiências ora apresentadas neste item se devem à falta de um controle interno efetivo da Secretária de Municipal de Saúde 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 da assistência pré-natal despendida à gestante de risco, a equipe de auditoria utilizou os critérios estabelecidos na Portaria nº 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 conseqüentemente, riscos para a gestante e o recém-nascido.

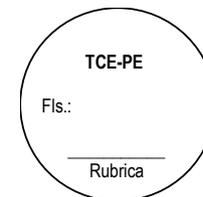
O PHPN estabeleceu para o cuidado pré-natal os seguintes critérios:

[...]

1. Realizar a primeira consulta até o 4º 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<sup>36</sup>:

- 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 início e continuidade a assistência pré-natal visando às intervenções oportunas;
- 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.<sup>37</sup>

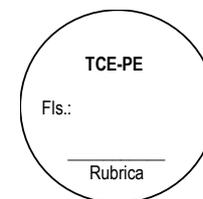
No que tange as questões referentes ao acompanhamento da gestação, parto e puerpério, após a implantação do PHPN, tornou-se obrigatória a realização do preenchimento dos instrumentos de registro dos procedimentos para alimentar o Sistema SIS/PRÉ-NATAL<sup>38</sup> e garantir verbas.

A presente análise desenvolvida pela equipe de auditoria 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 unidade de referência. Observou-se, portanto, se o atendimento do pré-natal nas USFs estava em conformidade com o que determina o Ministério da Saúde para os casos de gestação de risco.

<sup>36</sup> 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.

<sup>37</sup> 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.

<sup>38</sup> O SIS/PRÉ-NATAL é o software desenvolvido pelo DATASUS, 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.



Para avaliar o atendimento à gestante de risco, a equipe registrou as informações relevantes para a análise da assistência pré-natal em formulários padronizados e pré-codificados. No caso foram utilizados dois tipos de formulários:

- A. 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;
- B. 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 identificadas as seguintes deficiências no atendimento da gestante de risco:

- **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 início à assistência pré-natal e sua continuidade ao atendimento visando às intervenções cabíveis. Entretanto, como pode ser visto na tabela 05 a seguir em destaque, quatro gestantes, das 14 examinadas pela equipe de auditoria, consideradas de risco pelos profissionais de saúde iniciaram o pré-natal após a 12ª semana de gestação:

**Tabela 05 – Idade gestacional na 1ª consulta**

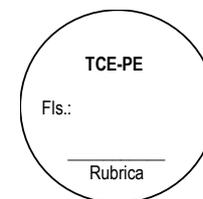
CÓDIGO DA GESTANTE	DUM	1ª CONSULTA	IG
SM01	-	02/06/2010	
SM02	21/05/2010	11/08/2010	11,71
SM03	03/11/2009	24/03/2010	20,14
SM04	16/02/2010	20/05/2010	13,29
SM11	17/02/2010	05/05/2010	11,00
SM12	10/01/2010	24/03/2010	10,43
SM13	18/01/2010	07/04/2010	11,29
SM14	23/12/2009	19/05/2010	21,00
SM15	13/02/2010	23/06/2010	18,57
SM21	10/01/2010	23/02/2010	6,29
SM22	31/01/2010	23/03/2010	7,29
SM23	05/04/2010	28/06/2010	12,00
SM24	06/01/2010	23/03/2010	10,86
SM25	13/02/2010	03/05/2010	11,29

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 06 a seguir, em relação ao período em que ocorreu a primeira consulta, observa-se que duas gestantes não tiveram o registro a idade gestacional, duas gestantes indicadas como de risco começaram o pré-natal após 20ª semana e três gestantes consideradas como “sem risco” iniciaram as consultas do pré-natal também depois da 20ª semana de



gravidez, que segundo a determinação do MS, deveriam ter sido classificadas como gestantes com risco gestacional.

**Tabela 06** – Tipo de gestação x Período da 1ª consulta

Tipo de gestação \ Período	Período			TOTAL
	Antes da 20ª semana	Após a 20ª semana	Não Informado	
Sem risco (16)	12	3	1	16
Risco (14)	11	2	1	14
<b>TOTAL (30)</b>	<b>23</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>30</b>

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

Tais evidências demonstram falhas no trabalho de busca de 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 da ESF 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:**

Segundo os profissionais entrevistados, são adotados nos pré-natais das três USFs a “Identificação da gravidez de risco” e o “Encaminhamento com formulário”. Para a coleta dessas informações foi adotado o formulário nº 02 (Análise do atendimento pré-natal municipal) elaborado pela equipe de auditoria<sup>39</sup>.

Utilizando-se das informações das fichas perinatais e prontuários selecionados, com ênfase nas 14 gestantes de risco, foi realizado o cotejo entre informações coletadas e os registros encontrados que resultou nos seguintes números consolidados na tabela abaixo:

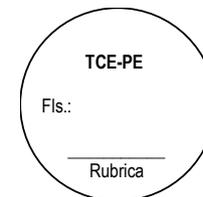
**Tabela 07** – Tipo de gestação x Classificação de risco x Encaminhamento

TIPO DE GESTAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO DO RISCO GESTACIONAL					ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADE DE REFERÊNCIA		
	Sem risco	Baixo	Médio	Alto	Não Informado	Não cabia	Sim	Não
Sem risco (16)	16	0	0	0	0	16	0	0
Risco (14)	0	0	0	5	9	0	5	9
<b>TOTAL (30)</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>9</b>

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

Como resultado do confronto das informações obtidas pode ser observado **em destaque** na tabela 07 acima que entre as gestantes consideradas como de risco pelos profissionais de saúde das USFs, cinco tiveram encaminhamento para uma unidade de referência ou especialista e nove não tiveram o registro do encaminhamento para referência de alto risco ou não foi realizado, conforme os registros apontados. Quanto às classificadas como “Atendimento pré-natal de alto risco”, uma gestante não teve encaminhamento ou não foi

<sup>39</sup> Apenas uma profissional declarou que não havia utilização de formulário padrão para encaminhamento de gestante à unidade de referência de alto risco.



feito o devido registro da conduta. Entre as não apontadas como “Atendimento pré-natal de alto risco”, uma teve encaminhamento para especialista.

Tais evidências demonstram que a Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria da Boa Vista precisa aprimorar a classificação do risco gestacional e a conduta de encaminhamento das gestantes de risco para serviços de referência. É essencial 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, concernentes aos exames complementares, previstos para serem solicitados na primeira consulta do acompanhamento do pré-natal, não foram observados na documentação das 30 gestantes estudadas um cumprimento pleno de todos os exames complementares previstos pelo MS pelas gestantes. Por exemplo, entre as gestantes que realizaram duas ou mais consultas, seis gestantes ainda não tinham realizado o exame de Tipagem Sanguínea/Fator Rh.

No caso específico das gestantes consideradas de risco a descontinuidade dos exames é mais crítica, quanto aos exames complementares que devem ser repetidos até a 30ª semana de gestação, conforme a recomendação prevista pelo MS para o atendimento à gestante nas unidades básicas de saúde.<sup>40</sup> Como pode ser visto na tabela 08 apresentada na página 39 do relatório de auditoria, apenas quatro gestantes de risco realizaram os três exames de repetição (glicemia, sumário de urina e sorologia para sífilis) e duas não realizaram os exames complementares previstos.

Foi observado na documentação das 14 gestantes de risco que nenhuma realizou o exame de sorologia para Toxoplasmose<sup>41</sup> (IgG e IgM) e que apenas uma gestante de risco realizou o exame de sorologia para Hepatite tipo B (HbsAg)<sup>42</sup>, essa recomendada para próximo da 30ª semana de gestação.

As sorologias citadas acima apesar de serem apenas recomendados pelo MS, quando houver disponibilidade,<sup>43</sup> é de suma importância enfatizar a necessidade de realização desses exames, pois doenças como a toxoplasmose, entre os agravos anatômicos e funcionais, podem ser descritos: 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.<sup>44</sup>

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, vômitos, desconforto no hipocôndrio direito e aversão por alguns alimentos. O percentual de

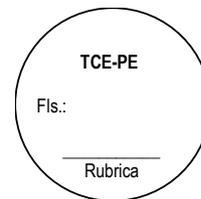
<sup>40</sup> Ministério Saúde. Secretaria Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Técnico: *Pré-natal e Puerpério – Ação Qualificada e Humanizada*. Brasília – DF, 2006, p. 11.

<sup>41</sup> A toxoplasmose é uma zoonose causada pelo *Toxoplasma gondii* e adquire especial relevância quando atinge a gestante, visto o elevado risco de acometimento fetal.

<sup>42</sup> As hepatites virais são doenças causadas por diferentes tipos de vírus, sendo os mais comuns no Brasil o A, B, C e D.

<sup>43</sup> Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual Técnico: *Pré-natal e Puerpério*. Brasília – DF, 2006, p. 11.

<sup>44</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico: *Gestação de Risco*, 5ª Edição. Brasília – DF, 2010, p. 115.



cronificação<sup>45</sup> no 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<sup>46</sup>.

É importante informar 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<sup>47</sup>.

---

<sup>45</sup> É quando uma doença se instala e permanece no organismo por vários anos (doença de curso lento).

<sup>46</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico: Gestação de Risco, 5ª Edição. Brasília – DF, 2010, p. 143.

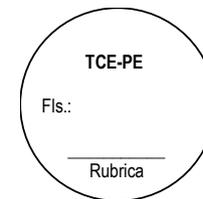
<sup>47</sup> Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos.



Tabela 08 – Tipo de gestação x Exames Complementares – Santa Maria da Boa Vista

Tipo de gestação	Exames Complementares												
	ABO-Rh (grupo sanguíneo)	Hb / Ht	1º Glicemia de jejum	2º exame Glicemia de jejum	1º exame VDRL - Sorologia sífilis	2º exame VDRL	1º exame Sumário de Urina	2º exame Sumário de Urina	HIV/AIDS	HbsAg - Sorologia p/hepatite B	IgM - Sorologia p/ Toxoplasmose	Nenhum	TOTAL
Sem risco (16)	10	10	11	2	11	2	9	2	10	0	1	5	73
Risco (14)	11	12	12	5	11	5	12	4	9	1	0	2	84
<b>TOTAL (30)</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>7</b>	<b>22</b>	<b>7</b>	<b>21</b>	<b>6</b>	<b>19</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>157</b>

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



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

Dentre as 14 gestantes de risco analisadas, uma foi identificada, segundo a tipagem sanguínea/Fator Rh, como “O (-)” (ó negativo), porém segundo os dados da ficha pré-natal e do prontuário da gestante foi realizado apenas um exame, cujo resultado foi negativo, contudo as recomendações do MS para esse resultado é que se repita o exame até a 30ª semana. Sendo o resultado do segundo exame positivo, a gestante deve ser encaminhada para uma unidade de referência para “alto risco”.<sup>48</sup> Tal fato demonstra deficiência no acompanhamento do pré-natal da gestante de risco com Fator Rh negativo.

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 tiver 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, deve repeti-lo em torno da 30ª semana. Quando o Coombs indireto 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 prescrição de medicamento essencial:***

Quanto à administração de sulfato ferroso profilático junto às gestantes de risco foi observado que não houve o registro da prescrição para cinco usuárias (35,75% das gestantes de risco). É salutar informar que o MS recomenda a ingestão de sulfato ferroso profilático mesmo para as gestantes que não apresente quadro de anemia leve ou moderada (Hemoglobina < 11 g/dl e > 8 g/dl)<sup>49</sup>.

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.

▪ ***Ausência de avaliação ultrassonográfica:***

Quanto à avaliação ultrassonográfica, apenas duas gestantes de risco realizaram no mínimo três avaliações (em destaque na tabela 09 abaixo), mesmo sendo as avaliações realizadas em outra unidade de saúde do município, segundo informações repassadas pelas profissionais de saúde. Pior situação foi encontrada para as gestantes classificadas como “sem risco”, que fizeram no máximo duas avaliações.

<sup>48</sup> 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.

<sup>49</sup> Para mulheres que apresentarem hemoglobina  $\geq 11$  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.



**Tabela 09** – Tipo de gestação x Avaliação Ultrassonográfica

Avaliação Ultrassonográfica \ Tipo de gestação	Não realizada	Menos de três avaliações	3 avaliações	Mais de 3 avaliações	TOTAL
Sem risco (16)	2	14	0	0	16
Risco (14)	3	9	1	1	14
<b>TOTAL (30)</b>	5	23	1	1	30

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

A recomendação do MS é que deve ser solicitado o exame de ultrassom 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.<sup>50</sup>

Alguns especialistas como Dr. Abner Augusto Lobão Neto<sup>51</sup> recomenda no mínimo três avaliações através de ultra-som, sendo uma a cada trimestre, pois no primeiro trimestre (11<sup>a</sup> e a 12<sup>a</sup> 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 (20<sup>a</sup> e a 22<sup>a</sup> 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 (34<sup>a</sup> e a 36<sup>a</sup> 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.<sup>52</sup>

Segundo MS:

[...] Está comprovado que, **em gestações de alto risco**, a ultrassonografia com dopplervelocimetria possibilita a indicação de intervenções que resultam na redução da morbimortalidade perinatal.”<sup>53</sup> (**grifo nosso**)

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

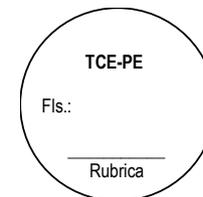
<sup>50</sup> Rezende J, Montenegro CAB. Obstetrícia fundamental, 9<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro – RJ, Guanabara Koogan, 2003 *In* Revista de Enfermagem, 2009, jan-mar, 13.

<sup>51</sup> Médico especialista em ultra-sonografia e coordenador do Setor de Pré-natal Personalizado da Universidade Federal de São Paulo.

<sup>52</sup> 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.

<sup>53</sup> 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 da assistência 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 Pressão Arterial (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.

Foi observado deficiência quanto ao acompanhamento do ganho de peso gestacional, pois não foram identificados os registros do índice de massa corpórea (IMC) gravídico<sup>54</sup>, apesar dos registros dos pesos das gestantes. Deixando assim de ser realizada a respectiva comparação com o ganho de peso recomendado na gestação, segundo o estado nutricional inicial.<sup>55</sup>

Além de não ter sido verificado o registro do IMC, cinco gestantes 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. Ver tabela 10 a seguir.

**Tabela 10** – Altura materna x Peso durante a gravidez

Peso durante a gravidez	Altura materna				
	< 45 kg	> 75kg	Entre 45 e 75Kg	Não Informado	TOTAL
Sim	0	0	2	0	2
Não	0	0	7	0	7
Não informado	0	2	3	0	5
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>14</b>

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

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

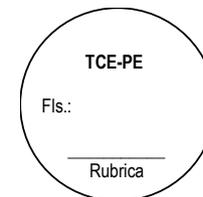
▪ **Insuficiência de exames físicos específicos:**

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 que seis gestantes de risco realizaram apenas uma medição e uma gestante realizou apenas duas medições, ou seja, 50% (cinquenta por cento) não tiveram um atendimento adequado quanto ao procedimento de AU. Ver tabela 11 a seguir:

<sup>54</sup>IMC é igual à relação peso (Kg) dividido pela altura da gestante elevada a potência de dois.

<sup>55</sup>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.



**Tabela 11 – Tipo de gestação x Medição da altura uterina**

Medição da altura uterina	Não realizada	Uma medição	Duas medições	Mais de duas medições	TOTAL
<b>Tipo de gestação</b>					
Sem risco (16)	4	6	0	6	16
Risco (14)	0	6	1	7	14
<b>TOTAL (30)</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>13</b>	<b>30</b>

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

A recomendação do MS para a medição da altura uterina é que seja realizada em todas as consultas subsequentes a 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.

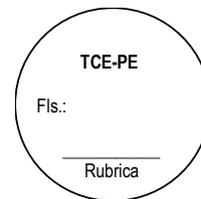
Os procedimentos de ausculta dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF) apresentaram um registro bastante significativo em relação às gestantes de risco, o que é bastante salutar para as usuárias do pré-natal. Apenas registramos ao analisar os apontamentos das fichas perinatais, que algumas ausculta não foram realizadas devido ao sonar estar com defeito na ocasião da consulta, o que evidencia um descuido por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria da Boa Vista ao não sanar o problema em tempo hábil.

▪ **Ausência de exames de citologia oncótica<sup>56</sup>:**

Quanto à realização pelas gestantes de risco do exame de citologia oncótica<sup>57</sup>, não foram identificados os registros nas fichas perinatais e nos respectivos prontuários como é exposto na tabela 12. 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.

<sup>56</sup> Esse exame também é conhecido como exame do colo do útero ou papanicolaou

<sup>57</sup> O exame preventivo do câncer do colo do útero 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](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=326). Acesso em 04/01/2011.



**Tabela 12** – Tipo de gestação x Exame de citologia oncótica

Tipo de gestação/	Exame de citologia oncótica		
	Sim	Não	TOTAL
Sem risco	0	16	16
Risco	0	14	14
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>30</b>	<b>30</b>

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

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o número de casos novos de câncer de citologia oncótica 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.<sup>58</sup>

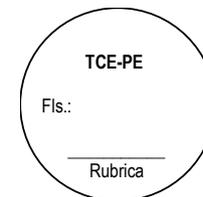
O preenchimento inadequado da ficha perinatal e do respectivo prontuário demonstra um desconhecimento ou falta de reconhecimento, por parte das profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento do pré-natal, da importância do registro das ações efetivadas durante as consultas e das informações relativas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

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. Portanto, é salutar utilizar a ficha perinatal como “espelho” do cartão da gestante, que no caso for extraviado, haverá perda das informações referentes aos procedimentos efetuados durante o pré-natal.

Tais evidências descritas neste subitem revelaram que não está havendo um controle interno pela Secretária Municipal de Saúde de Santa Maria da Boa Vista 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 na assistência pré-natal é imprescindível um 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 três USFs do Município de Santa Maria da Boa Vista propiciou a detecção do sub-registro dos procedimentos e condutas despendidas às gestantes consideradas de risco pelos profissionais de saúde responsáveis pela realização das consultas. Subentende-se, portanto, que as gestantes consideradas de risco não estão recebendo uma assistência pré-natal adequada e diferenciada como recomenda o MS. É salutar informar que 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 assistência pré-natal seja mais efetiva para reduzir os riscos de morbimortalidade materno-fetal.

<sup>58</sup> Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo\\_view.asp&ID=5](http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5). Acesso em 04/01/2011.



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

1. Avalie o desempenho das equipes de saúde da família quanto à captação, acompanhamento, trabalho educativo e divulgação das ações desenvolvidas pela USF junto às gestantes de risco;
2. Avalie periodicamente a qualidade dos procedimentos, atividades e condutas de acompanhamento do pré-natal oferecidas às gestantes de risco em suas USFs;
3. Implemente controle que garanta às gestantes de risco a realização plena dos exames complementares, inclusive referentes à sorologia para Hepatite tipo B e Toxoplasmose, e a realização de no mínimo três exames de ultrassonografia obstétrica com objetivo de trazer mais segurança à mulher durante o período gravídico;
4. Implante procedimentos de controle e responsabilização, quanto à ausência de registro documental ou descumprimento de algum procedimento ou conduta inerente a assistência ao pré-natal e puerpério 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.

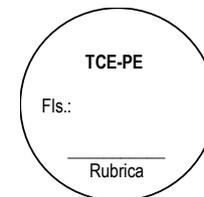
Este item do relatório avaliou exclusivamente a qualidade da assistência à gestante de risco (14 gestantes), diferente do próximo tópico que examina os procedimentos de pré-natal realizados pelas equipes de saúde da família para atender as gestantes de risco e sem risco identificado. Para tanto foram selecionadas 30 fichas de gestantes (14 em situação de risco e 16 sem risco identificado) escolhidas de forma aleatória pela equipe de auditoria.

### **3.2. Atendimento pré-natal realizados 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.

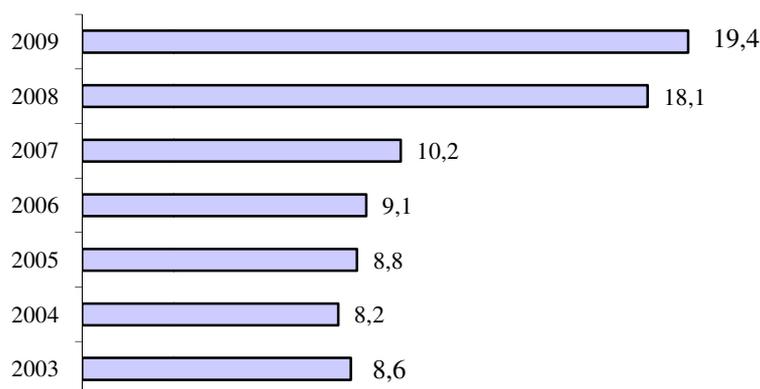
Segundo pesquisa Saúde Brasil 2009 do Ministério da Saúde (MS), publicado em dezembro de 2010, houve um declínio das causas de mortes de gestantes de 1990 a 2007, a exemplo de hipertensão (63%), hemorragia (58%) e aborto (80%). Na década de 90, a taxa de mortalidade materna era de 140 a cada 100 mil bebês nascidos vivos passando para 75, em 2007<sup>59</sup>.

<sup>59</sup> Informação extraída de notícia publicada em <http://www.folhape.com.br/index.php/saude/608931-pesquisa-mostra-reducao-nas-taxas-de-mortalidade-materna-e-infantil-no-brasil>.



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>).

**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 anterior, a pesquisa citada do MS 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.

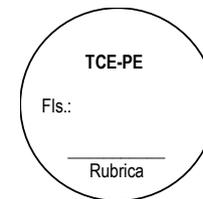
As mortes maternas estão diretamente ligadas à falta de cuidados na gravidez, sobretudo no que tange uma assistência de pré-natal adequada e qualificada.

O trabalho teve como procedimentos: visita a 50% das USFs do município o que equivale a três unidades localizadas na zona urbana; realização de entrevistas com as enfermeiras das unidades, coleta das fichas perinatais das gestantes assistidas pelas equipes de saúde da família; coleta do Boletim Diário de Produção Ambulatorial (BDPA) dos médicos do mês de setembro de 2010; registros das imagens da estrutura das USFs, através de fotografias.

### **3.2.1 Ausência de informações no modelo de ficha perinatal adotado pela Secretaria de Saúde, bem como seu preenchimento**

Foi constatado que o modelo de ficha perinatal adotado pela Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria da Boa Vista 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 preenchimento por completo pelas equipes de saúde da família.

Para avaliação do modelo da ficha perinatal, foram selecionadas aleatoriamente as fichas de 30 gestantes, o que corresponde a 32% do total, assistidas pelas USFs visitadas pela equipe de auditoria do TCE-PE em outubro de 2010. A ficha perinatal é o instrumento de

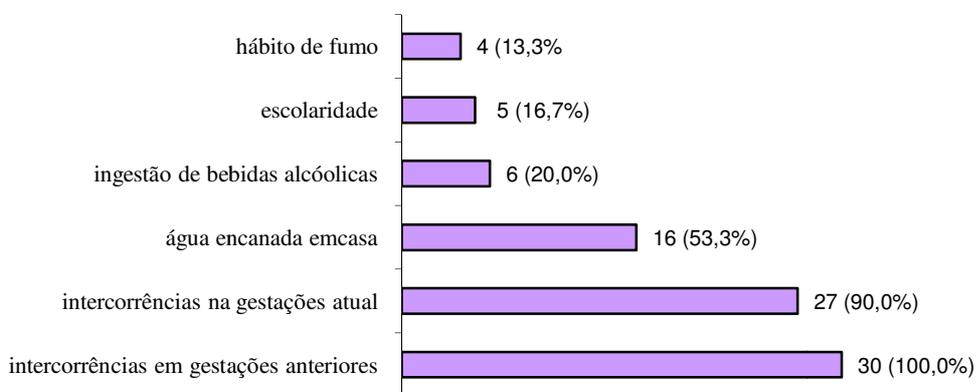


coleta de dados, na unidade de saúde ou no domicílio, para uso dos profissionais da unidade de saúde e deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, do parto, do recém-nascido e do puerpério recomendados pelo MS através do Anexo 2 “ficha de atenção pré-natal” (BRASIL, 2005, pg. 150).

Os exames 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, profissão/ocupação; 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 dos exames 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 “intercorrências em gestações anteriores”, nenhuma das 30 fichas examinadas apresentou preenchimento nesse campo. Os resultados obtidos na pesquisa quanto aos campos que não foram preenchidos pelos profissionais que deram assistência a estas gestantes (30) estão na figura 08 a seguir:

**Figura 08** – Campos sem preenchimento da Ficha Perinatal



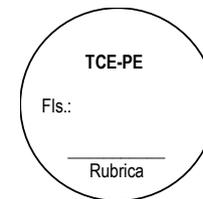
Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

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 Saúde de Santa Maria da Boa Vista 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, quanto à ausência de registro documental inerente à assistência ao pré-natal e puerpério por parte dos profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento da gestante de risco.

Como benefício dessas recomendações espera-se que a Secretaria Municipal de Saúde tenha um cadastro mais fidedigno das mulheres grávidas de modo que as ESFs 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**

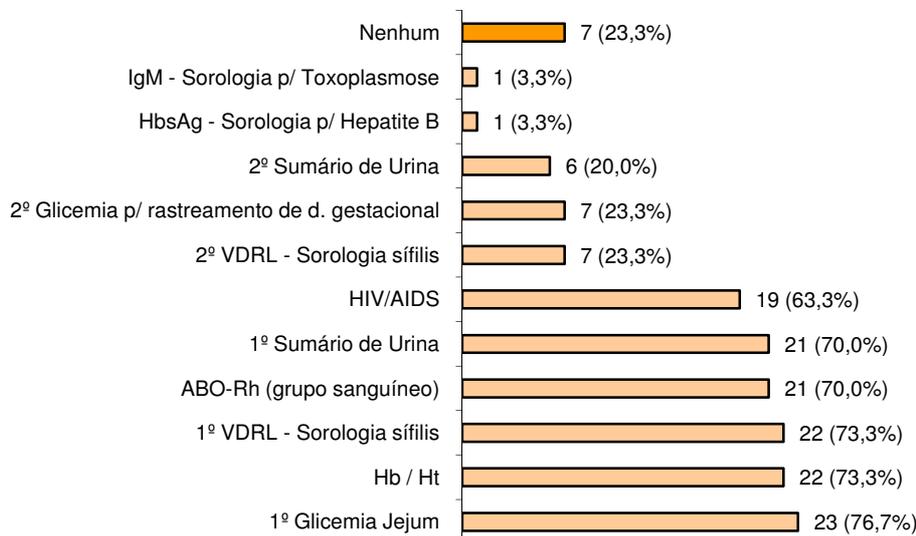
Constatou-se que as equipes de saúde da família do município de Santa Maria da Boa Vista não realizam todos os exames complementares durante a gravidez preconizados pelo Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

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

Através das entrevistas com as enfermeiras e das análises dos registros feitos nas fichas perinatais verificou-se que 23,3% das gestantes não fizeram os primeiros exames de Glicemia em Jejum, 26,7% para Sorologia para Sífilis (VDRL), e 30,0% 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 apresentando uma frequência muito baixa, pois das 30 gestantes pesquisadas, uma média de 23 não repetiram o exame. Outro problema identificado foi quanto a realização da sorologia para toxoplasmose (IgM) e para Hepatite B (HBsAG), apenas uma gestante do universo pesquisado fez os referidos exames. Observou-se também que em 30% das gestantes não foi possível identificar o grupo sanguíneo tendo em vista que elas não fizeram o ABO-Rh. Quanto ao HIV/AIDS, 11 (36,7%) gestantes não realizaram esse exame. Ainda foi possível identificar que sete das mulheres grávidas (23,3%) não fizeram nenhum dos exames complementares preconizados pelo MS.



**Figura 09** – Exames complementares realizados nas 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 Ministério da Saúde 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 de Municipal de Saúde de Santa Maria da Boa Vista que:

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.

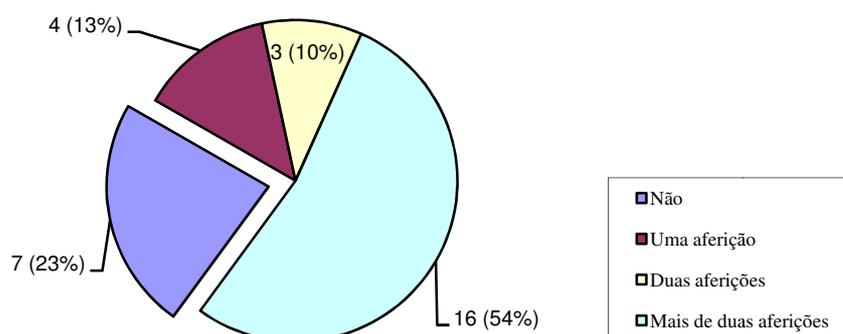


### 3.2.3 Ausência de procedimentos técnicos e condutas no exame clínico e obstétrico

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 23% (sete) das gestantes pesquisadas não foi feita qualquer ausculta dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF) do bebê. 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 (BCF) realizada nas USFs visitadas



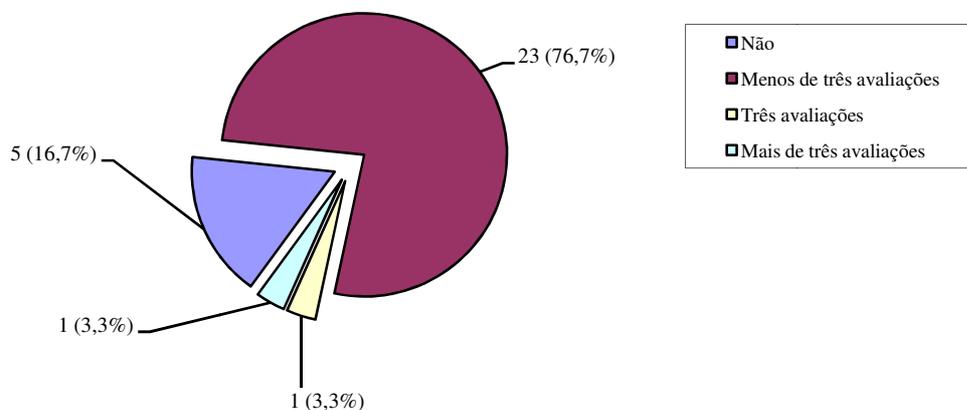
Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

Quanto ao número de avaliações ultrassonográficas constatou-se que apenas uma gestante dentre as 30 pesquisadas fizeram três avaliações, do mesmo modo que só uma fez mais de três (vide figura 11). O percentual de grávidas que não fizeram nenhuma avaliação desse tipo foi de 16,7% (cinco).

O exame de 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

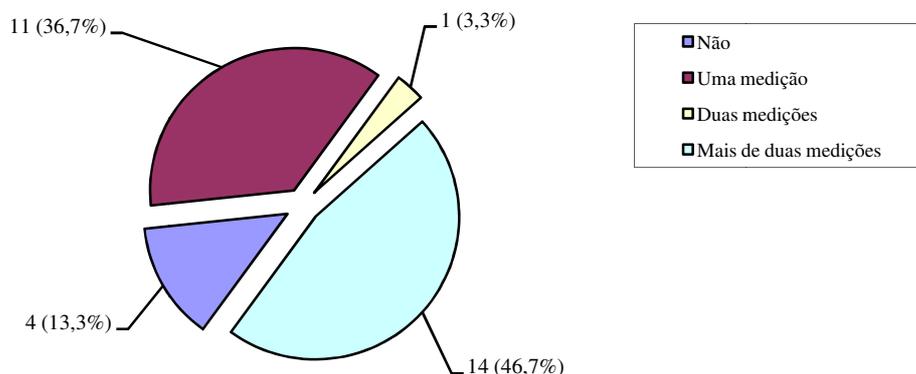


Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

Outro procedimento 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.

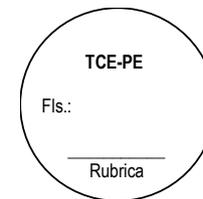
Acerca do registro da altura uterina que serve para estimar o crescimento fetal, correlacionando-se a medida da altura uterina com o número de semanas de gestação, constatou-se que 36,7% (11) das gestantes fizeram apenas uma medição, 13,3% (4) delas não realizaram esse procedimento (vide figura a seguir).

**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 63,3% (19) das grávidas ao passo que 10% (três) 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).

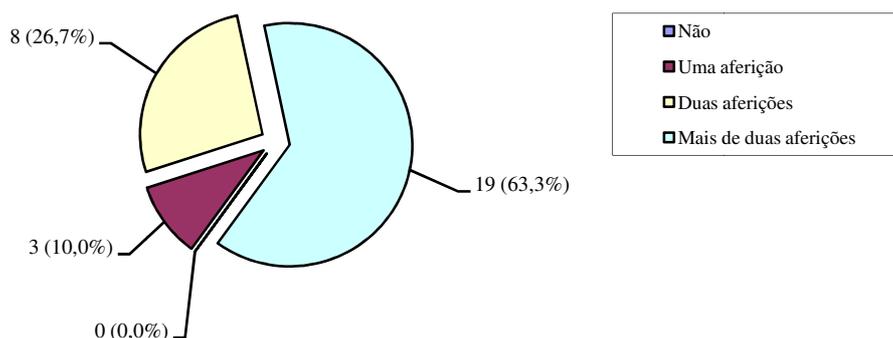


Segundo o Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, pg. 07).

[...] 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



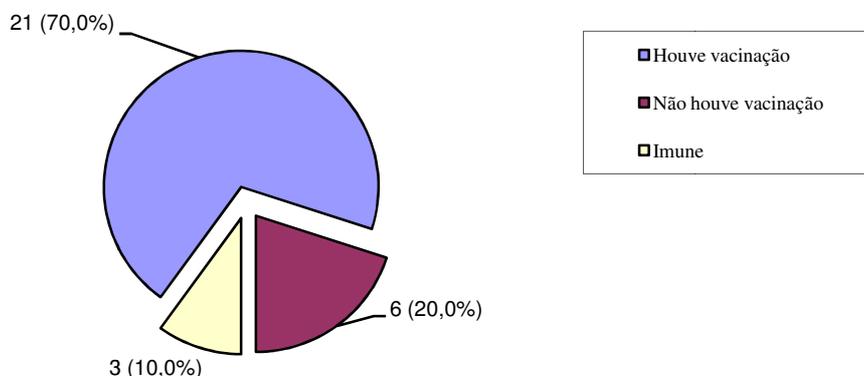
Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir da análise das fichas perinatais coletadas

Quanto à imunização antitetânica as fichas perinatais indicam que 20% (seis) das gestantes pesquisadas não receberam nenhuma dose da vacina (vide figura 14). 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 imunoprevenível 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.



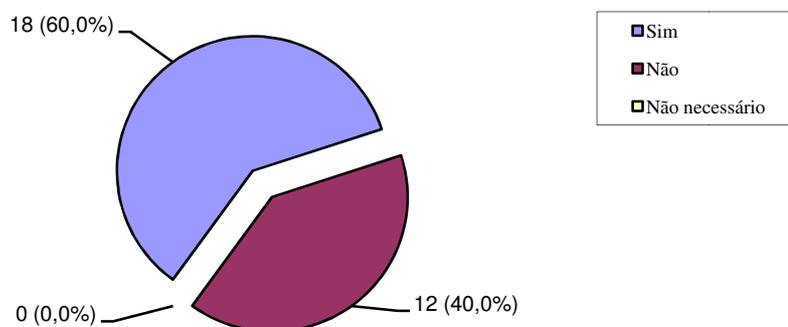
**Figura 14** – Vacina antitetânica realizada nas USFs visitadas



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

Outra conduta prevista no manual do puerpério do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006c) é a prescrição de suplementação de sulfato ferroso para profilaxia da anemia. Através da figura 15 verifica-se que não foi prescrito o sulfato ferroso a partir da 20ª semana de gestação para 40% das grávidas o que corresponde a 12 mulheres do universo pesquisado.

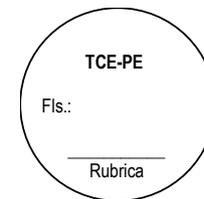
**Figura 15** – Prescrição do sulfato ferroso realizada pelas USFs visitadas



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 e demonstrado na figura 16 verificou-se que nenhuma das grávidas selecionadas 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.

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 a assistência pré-natal recomenda-se à Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria da Boa Vista 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 oncológica 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.

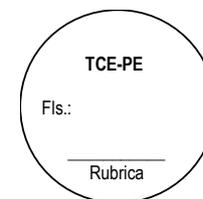
### **3.3. Profissional médico de saúde da família**

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 Boletins Diários de Produção Ambulatorial (BDPAs) 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 Santa Maria da Boa Vista que trabalham nas equipes de saúde da família não cumprem a jornada de 40 horas semanais estabelecida pela Portaria GM/MS nº 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).



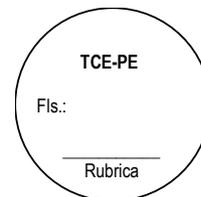
Para avaliação da assiduidade dos médicos integrantes das equipes de saúde da família, foram examinados os Boletins Diários de Produção Ambulatorial (BDPAs) referente ao mês de setembro/2010, preenchidos por estes profissionais (fls.51 a 102). Este documento tem como finalidade a consolidação da produção diária do profissional (quantidade e natureza dos serviços realizados) a partir do registro dos procedimentos/códigos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS). O BDPA 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 Santa Maria da Boa Vista, não foi possível a realização do levantamento da assiduidade de todos os profissionais médicos que prestam serviço para o município, ficando restrito a três unidades onde foram coletados os boletins pela equipe de auditoria. Os BDPAs das unidades examinadas foram enviados pela Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria da Boa Vista através do Ofício nº 491/2010 para equipe de auditoria do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (TCE-PE) (fls. 50).

A partir dos exames aos BDPAs, constatou-se que os médicos das equipes de saúde da família que prestam serviços ao município não cumprem a carga-horária prevista pela PNAB. O médico integrante da USF Raimundo Bedor não trabalhou nove dias úteis no mês de setembro, pois não houve produção registrada no BDPA, já excluído o feriado do dia 07 de setembro (quadro 03). Situação mais agravante foi identificada na USF Santa Luzia, onde o médico que atende esta comunidade não realizou qualquer procedimento ou assistência durante 17 dias úteis no mesmo mês, prejudicando a assistência aos usuários atendidos pela equipe.

**Quadro 03** – Avaliação da assiduidade mensal dos médicos de Santa Maria da Boa Vista: set/2010

Dia	Unidade de Saúde da Família		
	Mandacaru	Raimundo Bedor	Santa Luzia
01/09	Sim	Sim	Não
02/09	Não	Sim	Não
03/09	Sim	Sim	Não
Sábado	-	-	-
Domingo	-	-	-
06/09	Não	Não	Não
<b>07/09 (feriado)</b>	-	-	-
08/09	Sim	Sim	Não
09/09	Não	Sim	Não
10/09	Sim	Não	Não
Sábado	-	-	-
Domingo	-	-	-
13/09	Sim	Não	Sim
14/09	Sim	Não	Sim
15/09	Sim	Sim	Não
16/09	Não	Sim	Não
17/09	Não	Sim	Não
Sábado	-	-	-
Domingo	-	-	-
20/09	Sim	Não	Não
21/09	Sim	Não	Sim
22/09	Sim	Sim	Não
23/09	Não	Sim	Não
24/09	Sim	Sim	Não
Sábado	-	-	-



<b>Dia</b>	<b>Unidade de Saúde da Família</b>		
Domingo	-	-	-
27/09	Sim	Não	Não
28/09	Sim	Não	Sim
29/09	Sim	Não	Não
30/09	Não	Sim	Não
Total de dias úteis de set/2010	21	21	21
Dias úteis trabalhados	14	12	04
Dias úteis não trabalhados	07	09 (A)	17 (B)
Remuneração bruta mensal (contrato) – R\$	7.500,00	7.500,00	7.500,00
Prejuízo por dias úteis não trabalhados <sup>60</sup> - R\$	<b>2.500,00</b>	<b>3.214,29</b>	<b>6.071,43</b>

Fonte: BDPA de Santa Maria da Boa Vista (fls. 51 a 102)

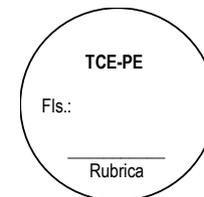
A baixa assiduidade dos médicos das equipes de saúde da família compromete as ações e serviços de saúde ofertados pela atenção básica do município e não atende a alguns princípios e fundamentos estabelecidos pela PNAB, como acessibilidade e longitudinalidade. De acordo com os preceitos do Sistema Único 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, 2006):

- 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 socioorganizacional, 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

<sup>60</sup> Para calcular o valor pago sem contrapartida do serviço, foi distribuída de forma proporcional a remuneração pelos dias úteis não trabalhados.



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.

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 Santa Maria da Boa Vista que promova 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.

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

O município de Santa Maria da Boa Vista 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 nº 648/2006.

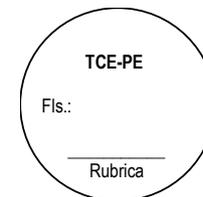
Para avaliação da despesa financeira realizada pelo município de Santa Maria da Boa Vista para pagamento de profissionais médicos contratados para prestação de serviços às USFs visitadas pelo TCE-PE foi solicitada à Prefeitura Municipal, através do Ofício TC/CCE nº 340/2010, de 07/10/2010 (fls. 46), 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 boletins diários de produção ambulatoriais referentes ao mês de setembro de 2010 (fls. 51 a 102).

A partir dos contratos entregues à equipe, constatou-se que o município paga mensalmente (remuneração bruta) a cada médico de saúde da família pelos serviços prestados o equivalente a R\$ 7.500,00 (sete mil e quinhentos reais) pela jornada semanal de 40 horas (fls. 107 a 109; 116 a 118). Também foi solicitado via ofício cópia das notas de empenho/folha de pagamento referente ao mês de setembro dos médicos das unidades de saúde da família.

Como foi evidenciado anteriormente no quadro 03 deste relatório, em alguns dias úteis do mês de setembro de 2010 não houve produção ambulatorial/atividade médica (registro de procedimentos no BDPA) dos médicos das unidades de saúde da família Raimundo Bedor (Sra. Suyenne Gomes de Araújo – contratada), Santa Luzia (Sr. Rodrigo Cavalcante Dias – contratado) e USF Mandacaru (Sr. José Leônidas Sobrinho – concursado), caracterizando a ausência às unidades de saúde. Apesar da reduzida carga-horária dos serviços prestados no mês de setembro pelos citados médicos, o município de Santa Maria da Boa Vista pagou na íntegra (valor contratual) aos profissionais, conforme se verifica a folha de pagamento de setembro/2010, fornecida através do Ofício nº 009/2011 (fls.102).

Quando somados os dias úteis não trabalhados (A + B + C) pelos médicos das unidades, constata-se que o município de Santa Maria da Boa Vista deixou de ofertar um total de 33 dias úteis (264 horas) de serviços médicos para a população atendida pelas três equipes de saúde da família.

Desta forma, diante dos fatos relatados anteriormente que constatam que médicos de saúde da família não cumpriram a jornada semanal 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-se ao ordenador de despesas da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria da Boa Vista, Sra. Alice Mara Gonçalves de Mattos, C.P.F. nº 686.773.325-53 (fls.134), a devolução aos cofres públicos do município o valor de **R\$ 11.785,72** (onze mil e setecentos e oitenta cinco reais, e setenta e dois centavos) pago indevidamente aos médicos das USFs, conforme demonstrativo de débito abaixo:

**Quadro 04** – Demonstrativo de débito por médico

USF	Médico	Valor a ser devolvido (R\$)
Mandacaru	José Leônidas Sobrinho	2.500,00
Raimundo Bedor	Suyenne Gomes de Araújo	3.214,29
Santa Luzia	Rodrigo Cavalcante Dias	6.071,43
Total		<b>11.785,72</b>

Fonte: Elaborado pela equipe de auditoria a partir dos contratos (fls. 107 a 109;116 a 118) , notas de empenho e folhas de pagamento dos médicos (fls.129 a 133) e BDPAs (fls. 51 a 102).

Recomenda-se ainda a aplicação de multa ao mesmo ordenador pelos pagamentos efetuados na íntegra a médicos que não cumpriram a jornada semanal estabelecida pela Política Nacional da Atenção Básica. Tal atitude administrativa fere os artigos 146 e 149 do Código de Administração Financeira do Estado de Pernambuco (Lei nº 7.741/78), que estabelece que nenhuma despesa realizada pela administração públicas pode ser paga sem estar liquidada<sup>61</sup>. O artigo 73 inciso III da Lei nº 12.600/2004, que dispõe sobre a Lei Orgânica do Tribunal de Contas do Estado de 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 para calcular o real prejuízo financeiro decorrente do pagamento de serviços de saúde não prestados pelos profissionais médicos.

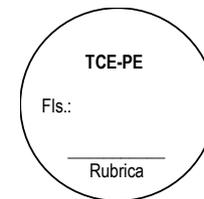
### 3.4. Estrutura da unidade de saúde da família

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).

<sup>61</sup> 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.



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.

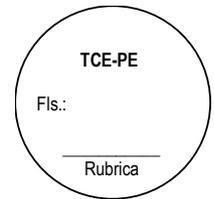
### **3.4.1 Estrutura física inadequada para o atendimento da população**

Constatou-se que as três unidades visitadas não apresentam 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 infra-estrutura 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)

Nas três unidades de saúde da família visitadas no município de Santa Maria da Boa Vista foi constatado que nenhuma delas possuía acomodações e acesso físico adequados à pessoa idosa e com deficiência, conforme pode ser observado nas figuras a seguir.



**Figura 16 – Estrutura física da USF Mandacaru**



Fonte: Fotos tiradas pela equipe de auditoria



**Figura 17** – Estrutura física da USF Raimundo Bedor

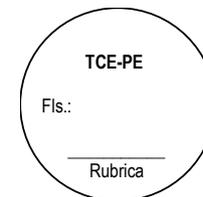


Fonte: Fotos tiradas pela equipe de auditoria

**Figura 18** – Estrutura física da USF Santa Luzia



Fonte: Fotos tiradas pela equipe de auditoria



Apenas uma USF possuía banheiro exclusivo para usuários e só uma tinha consultório destinado à saúde da mulher. Também não foi encontrado o calendário de consulta afixado em local visível em duas das unidades visitadas, assim como ambas não possuíam local adequado para realização das atividades educativas destinados às gestantes.

As atividades educativas 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 as 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).

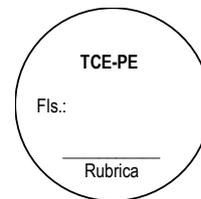
Em entrevista realizada com a coordenação de atenção básica, foi possível perceber que não há uma padronização nas rotinas dos profissionais de saúde que atuam nas USFs do município. As reuniões trimestrais realizadas na Secretaria Municipal de Saúde com as coordenadoras das USFs (enfermeiras) contemplam as apresentações dos resultados inerentes à produtividade de cada unidade e das dificuldades e problemas enfrentados diariamente. As oportunidades para o compartilhamento das melhores práticas a fim de se tornar um padrão são muito pequenas.

No que diz respeito aos controles internos, foi verificado que os prontuários ficam organizados em armários de aço com gavetas. Em cada gaveta ficam os prontuários das famílias de um agente comunitário de saúde (ACS) que por sua vez atende a uma microárea<sup>62</sup>. Contudo, as gavetas não estavam sinalizadas com nome do ACS ou da microárea, o que pode prejudicar o pronto atendimento do paciente. Se porventura o funcionário encarregado da organização desse arquivo não estiver presente e, houver uma emergência que necessite localizar de imediato o prontuário da família isso não será possível tendo em vista a ausência de controles adequados para uma rápida localização da ficha do paciente.

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

<sup>62</sup> Microárea- o espaço geográfico delimitado onde residem cerca de 400 a 750 pessoas e corresponde à área de atuação de um agente comunitário de saúde (ACS).



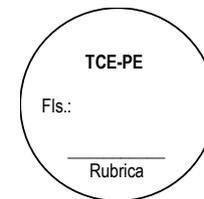
intervenções específicas de saúde reduzem a incidência e a gravidade de importantes complicações associadas à gravidez, ao parto e ao período pós-parto para as mães e seus bebês (*apud* SECLLEN-PALACIN, 2004).

Cabe aos municípios enquanto co-partícipe 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 Santa Maria da Boa Vista 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. As equipes de saúde da família realizem o planejamento e a 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 da assistência pré-natal e a consequente a redução dos índices de mortalidade materna.



## CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR

### 4.1 Da gestora Sra. Alice Mara Gonçalves de Matos, Secretária de Saúde do Município nos exercícios de 2010 e 2011

Em resposta a solicitação desta Corte de Contas, Sra. ALICE MARA GONÇALVES DE MATOS, **Secretária de Saúde do Município nos exercícios de 2010 e 2011** (até março)<sup>63</sup>, emitiu defesa através do documento protocolado em 09/08/2011 (PETCE nº 64481/2011) e juntado aos autos (fls. 221 a 228). Entretanto é importante destacar que se observam nos autos do processo nº 1005680-4 a peça defensiva da Sra. ALICE MARA GONÇALVES DE MATOS e sua respectiva cópia (fls. 238 a 245). Verifica-se que a cópia se refere à resposta dada pela gestora ao Ofício CCE N° 624/2011 através do Ofício nº 01/2011. Em seu conteúdo é informado que a defesa já tinha sido entregue no dia 09/08/2011 conforme protocolo em anexo<sup>64</sup>.

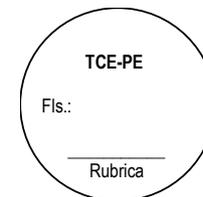
A Ex-secretária de forma introdutória cita que o “relatório de avaliação” externa apenas recomendações a serem observadas pela gestão administrativa do Fundo Municipal de Saúde de Santa Maria da Boa Vista. Em breve relato alega que, segundo o que disciplina a Lei Estadual nº 12.600/2004, “apenas os atos administrativos que importem improbidade administrativa e que reflitam em sérios prejuízos aos cofres públicos é que são dignos de imputação do rótulo de rejeição,...”. Com base na lei citada, a gestora alude o artigo 59 destacando o seu inciso III que faz referências aos tipos de ocorrências de irregularidades (fls. 222).

É importante ressaltar que o objeto da auditoria foi a **Avaliação das Ações para Assistência à Saúde Materna**, portanto não se trata de assunto referente ao Fundo Municipal de Saúde. Assim, observa-se de início que a leitura do relatório preliminar por parte da Sra. ALICE MARA GONÇALVES DE MATOS é equivocada. É mister enfatizar que os achados da auditoria não se trata apenas de prejuízo ao erário público, mesmo que se tenha sido apontados pagamentos remuneratórios indevidos a médicos, mas sim também, sobre a qualidade da assistência materna oferecida nas USFs visitadas pela equipe de auditoria desta Corte de Contas. Considera-se, portanto, que a declaração feita pela gestora está fora do contexto do que foi apontado no relatório preliminar (*Cf.* fls. 158 *usque* 199 deste processo). Percebe-se assim, um equívoco, pois a auditoria não teve como objeto a análise da prestação de contas do Fundo Municipal de Saúde.

Em sua defesa a Sra. ALICE MARA GONÇALVES DE MATOS considera que os achados da auditoria são apenas “vícios de forma” e que não foi observado efetivo dano ao

<sup>63</sup> A Sra. ALICE MARIA GONÇALVES DE MATOS foi **Secretária de Saúde do Município nos exercícios de 2010 e 2011**. Sendo no último ano até o mês de março. Pois, o Sr. LEANDRO RODRIGUES DUARTE, Ex-Prefeito, esteve no governo da Prefeitura do Município de Santa Maria da Boa Vista, durante o exercício financeiro de 2011, apenas nos primeiros quatro meses. Sendo substituído pelo Sr. JETRO DO NASCIMENTO GOMES. O Sr. LEANDRO RODRIGUES DUARTE foi notificado pelo Ofício CCE N° 617/2011, de 20 de julho de 2011, no qual foi encaminhada cópia do relatório preliminar desta Auditoria Operacional e lhe dado ciência que o **Secretário de Saúde do Município** receberia também uma cópia do referido relatório.

<sup>64</sup> Por meio do Ofício CCE N° 624/2011, de 04 de julho de 2011, foi encaminhado a Secretária de Saúde o relatório preliminar e solicitação de apresentação de defesa e comentários sobre os resultados da Auditoria Operacional relativa à Avaliação da Assistência à Saúde Materna na Unidade de Saúde da Família.



Erário Municipal. Ainda em sua arguição justifica que os problemas encontrados na estrutura física da unidade de saúde e no acompanhamento dos atendimentos médicos são inerentes a uma realidade enfrentada não só no seu município, mas também, em todas as Unidades da Federação, inclusive pelo MS. Ao justificar que os problemas encontrados pela equipe de auditoria são uma realidade encontrada em todos os Estados, inclusive no próprio MS, a gestora apenas tergiversou quanto ao que foi arguido no relatório preliminar.

Para a gestora, o TCE/PE também entende que as falhas como as apontadas no relatório preliminar são “vícios de forma” e como elementos da sua tese cita as decisões desta Corte de Contas alusivas aos seguintes processos: TC nº 0904963-0, TC nº 0190097-3 e TC nº 0032/08 (Cf. fls. 223 a 226). As decisões são referentes a Prestações de Contas, duas sobre o Fundo Municipal de Saúde e uma relativa à Prefeitura. Contudo, observa-se que todas foram consideradas regulares com ressalvas devido às falhas e irregularidades constantes nos respectivos processos, o que gerou recomendações propostas pelas auditorias realizadas.

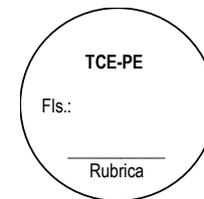
A preocupação da Sra. ALICE MARA GONÇALVES DE MATOS de querer fundamentar, com base em decisões desta Corte de Contas, o seu entendimento de que os achados apontados no relatório preliminar são “vícios de forma”, ou seja, falhas e irregularidades que não têm a potência de repercutir negativamente na prestação de contas do Fundo Municipal, demonstra que a gestora não fez uma leitura correta do que foi apontado no relatório preliminar e nem compreendeu o objetivo a que se propôs a auditoria operacional. Ver-se, por parte da gestora, apenas uma apreensão de ter a prestação de contas rejeitada.

Ao se ponderar o comparativo utilizado pela gestora (vícios de forma) para as desconformidades encontradas nas USFs, chega-se às razões da má qualidade do pré-natal nas USFs visitadas no município. Como pode ser lido em sua defesa, a gestora não avaliou quanto ao risco de um atendimento inadequado para uma gestante. Pode-se também se destacar no texto da peça defensiva que a Ex-secretária deixa de apresentar medidas para o controle das ações que envolvem a assistência pré-natal do município, como por exemplo, implantar procedimentos de controle interno e de responsabilização, quanto ao descumprimento de algum procedimento, atividade ou conduta inerente à gestante, por parte dos profissionais de saúde responsáveis.

A Sra. ALICE MARA GONÇALVES DE MATOS informa que a “unidade de saúde da família sempre fez atender os postulados preconizados pelo artigo 37 da Constituição da República”. Segundo a gestora, as metas de atendimento impostas pelo MS sempre foram cumpridas rigorosamente, tanto pelos servidores administrativos como os de medicina. Destacando a eficiência administrativa e que as metas podem ser aferidas junto ao MS.

A defendente cita o termo “unidade de saúde da família”, porém acredita-se que queria dizer “Programa de Saúde da Família” (PSF) já que a unidade de saúde da família faz parte deste, ou seja, parte de um todo. É importante informar que entre as principais responsabilidades da Atenção Básica a serem executadas pelas ESF está as ações da saúde da mulher e entre estas, o pré-natal.

A gestora argui que a “ilação” apontada no relatório, de modo algum, chegou a comprometer o bom andamento da saúde pública e principalmente, o programa de saúde da família, pois, todas as metas foram cumpridas. Para a Ex-secretária, o alcance das metas evidencia a eficiência administrativa, como a própria finalidade pública do programa também fora atingida. Esclarece que o objetivo primordial do programa era de garantir o cumprimento



das metas e que foram plenamente cumpridas e satisfeitas. Acredita-se que quando a gestora cita “programa” deve estar se referindo ao PSF.

Com o objetivo de substanciar a sua tese que houve o cumprimento da finalidade pública a Sra. ALICE MARA GONÇALVES DE MATOS transcreve textos dos Ilustres Senhores CELSO ANTONIO BANDEIRA DE MELLO e LUIZ FUX em referencia ao princípio da finalidade (Cf. fls. 226 a 227). Porém, só o texto do primeiro autor é referente ao princípio da finalidade, que pelos resultados da auditoria operacional nas unidades de saúde visitadas pela equipe de auditoria desta Corte de Contas não foi alcançado (Cf. fls. 211 a 213).

Pela leitura feita na defesa da gestora é percebida a preocupação de demonstrar que houve o cumprimento de metas e que conseqüentemente foi alcançada a finalidade pública do PSF. A sua declaração de que “todas as metas de atendimento impostas pelo Ministério da Saúde sempre foram cumpridas rigorosamente pelos seus servidores administrativos, seja pelos profissionais da medicina...” vai de encontro com a realidade encontrada nas unidades de saúde visitadas. Apesar de citar cumprimento de metas, a gestora não as apresenta em sua defesa, apenas alude que este Tribunal de Contas deveria requerer para aferir a eficiência alegada.

É importante trazer à baila que, segundo o MS, para se ter uma atenção pré-natal de boa qualidade é necessário, além dos equipamentos e instrumental necessários, deve-se se ter uma equipe de saúde capacitada. Ainda conforme o MS, para se considerar organizado um serviço de saúde deve-se existir o registro da assistência oferecida, conseqüentemente, a documentação médica usada de forma devida é um fator de qualidade.

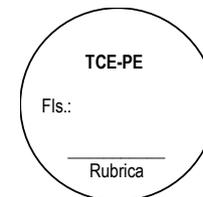
Vale salientar que um gestor público não se deve apenas se deter em observar números de forma quantitativa (alcance de metas), pois não é o único formato que se deve avaliar a qualidade de um serviço prestado e sim, também, como o cidadão é atendido e se há a satisfação dele após a assistência recebida.

Em sua defesa a Sra. ALICE MARA GONÇALVES DE MATOS utiliza o termo “acusação” para se referir ao que foi apontado subitem do relatório preliminar “3.3.1 Baixa assiduidade dos médicos das unidades de saúde da família”. Trata-se novamente de outro equívoco, pois a equipe de auditoria não teve o objetivo de acusar, mas apenas de relatar o que foi apurado durante os trabalhos de auditoria.

Para explicar a baixa assiduidade dos médicos das unidades de saúde da família, a Ex-secretária esclarece que no âmbito da execução dos serviços médicos existe Resolução nº 001/2005 (2005) fincada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco – CREMEPE. Tal ato normativo remete-se a limitação máxima de consultas ambulatoriais e outras determinações. Segundo a Ex-secretária de Saúde é limitado ao médico o atendimento nos PSFs de 14 pacientes diários.

Os elementos apresentados pela Sra. ALICE MARA GONÇALVES DE MATOS para descaracterizar a baixa assiduidade dos médicos das unidades visitadas pela equipe de auditoria não se fundamentam diante dos pontos a serem relatados nos parágrafos a seguir.

A Resolução nº 01/2005 do CREMEPE estabelece parâmetros a serem observados, como limites máximos de **consultas ambulatoriais**, de evoluções de pacientes internados em enfermarias, de atendimentos em urgências e emergências e os realizados em serviço de terapia intensiva. O artigo 1º, § I, determina que:



Para consultas ambulatoriais o limite referido no caput deste artigo, é o de até 14 (cartoze) pacientes, atendidos por médico, em 4(quatro) horas de jornada de trabalho, respeitando-se a decisão do médico de ultrapassar ocasionalmente este número de acordo com sua capacidade de trabalho, mas dentro dos ditames de padrões éticos.

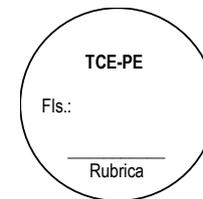
Como se observa, a dita Resolução estabelece o limite máximo de 14 pacientes atendidos por médico em quatro horas de jornada de trabalho diário, diferente da jornada dos profissionais nas equipes de saúde da família, oito horas de jornada diária.

No entanto, o que está em discussão não é a quantidade de atendimentos por jornada de trabalho diária (quatro ou oito horas), mas a ausência de profissionais médicos de seu expediente de trabalho, descumprindo a jornada de 40 horas semanais estabelecida pela Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica.

Outro ponto importante que a ser apontado é que a atividade do médico que participa da equipe de saúde da família não se restringe apenas a realização de consultas ambulatoriais. A Portaria nº 648/06 do Ministério da Saúde estabelece em seu Anexo I as atribuições dos profissionais da equipe.

São as seguintes atribuições comuns a todos os profissionais:

- I. participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- II. realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
- III. realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- IV. garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
- V. realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- VI. realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- VII. responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- VIII. participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- IX. promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;
- X. identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;



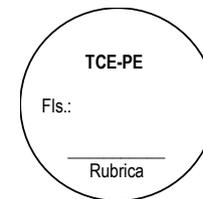
- XI. garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
- XII. participar das atividades de educação permanente; e
- XIII. realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Além das atribuições comuns a todos os profissionais, a Política Nacional também estabelece **específicas para os médicos:**

- I. realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II. realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);
- III. realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecoobstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;
- IV. encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contrareferência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;
- V. indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;
- VI. contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD; e
- VII. participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

A partir das análises da defesa da Sra. ALICE MARA GONÇALVES DE MATOS, não foram apresentados elementos/documentos que venham a comprovar a assiduidade mensal de setembro/2010 dos médicos (Sr. JOSÉ LEÔNIDAS SOBRINHO, Sra. SUYENNE GOMES DE ARAÚJO, Sr. RODRIGO CAVALCANTE DIAS). Portanto, permanece o posicionamento da equipe de auditoria quanto a cobrança de ações gerenciais para assegurar a cumprimento da carga-horária integral de todos os profissionais da equipe de saúde da família.

A Defendente afirma que o Erário não sofreu prejuízo, mesmo que possa ter ocorrido o descumprimento da jornada por parte dos médicos. Mas aproveita para observar que a falta de cumprimento de jornada de 40 horas para médicos, sempre foi atendida por esta Corte de Contas como digna de ressalva, principalmente quando comprovado a exata execução das metas. Como fundamentação da sua tese transcreve a Decisão T. C. nº 0362/07 deste Tribunal de Contas (Cf. fls. 228). Por fim, conforme o entendimento discorrido em sua defesa, a Sra. ALICE MARA GONÇALVES DE MATOS alega que “nenhum ato de improbidade ou lesão grave foi causada aos cofres públicos”, mas sim, “meros erros de forma”. Conseqüentemente, pede que seja eximida de qualquer penalidade.



Como visto, em sua defesa a Sra. ALICE MARA GONÇALVES DE MATOS não abordou plenamente o que foi apresentado no relatório preliminar. Deixando a maioria dos achados da auditoria sem comentários. Excetuando-se apenas o descumprimento da jornada de 40 horas para médicos e conseqüentemente, o pagamento dos médicos sem o cumprimento de carga horária integral.

Os argumentos apresentados pela gestora municipal não evidenciam a assiduidade mensal de setembro/2010 dos médicos das unidades visitadas, e também não houve iniciativa por parte da gestão o desconto nos vencimentos proveniente do descumprimento da carga-horária dos médicos citados (Sr. JOSÉ LEÔNIDAS SOBRINHO, Sra. SUYENNE GOMES DE ARAÚJO e Sr. RODRIGO CAVALCANTE DIAS).

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 Santa Maria da Boa Vista, conforme evidenciado na folha de pagamento de setembro/2010 (fls. 129 a 133).

Desta forma, a equipe 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 não foram sanados, sendo necessária a proposição das recomendações sugeridas pela auditoria.

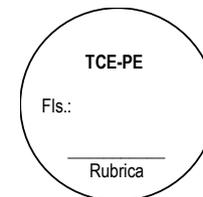
Após análise dos comentários da Sra. ALICE MARA GONÇALVES DE MATOS conclui-se que a gestora deixou de comentar os achados da auditoria operacional e de apresentar ações necessárias para a solução das desconformidades. Destarte, a defendente não apresentou argumentos plausíveis para contrapor o que foi observado no relatório preliminar.

#### **4.2 Da gestora Sra. Luiza de Marilac Duarte de Sá, Secretária de Saúde no exercício de 2011**

Decorrente do Sr. JETRO DO NASCIMENTO GOMES ter sido Prefeito do Município de Santa Maria da Boa Vista durante o período de 17/05 a 31/12/2011 foi lhe enviado o Ofício CCE N° 934/2011, de 16 de agosto de 2011, no qual foi encaminhado cópia do relatório preliminar. No ofício é lhe dada também ciência que uma cópia do relatório preliminar foi enviada ao Secretário Municipal de Saúde para a apresentação de defesa e comentários sobre os resultados desta Auditoria Operacional.

Por meio do Ofício CCE N° 933/2011, de 16 de agosto de 2011, foi encaminhada a versão preliminar deste relatório ao Sr. HOSTÍLIO RODRIGUES, **Secretário de Saúde do Município de Santa Maria da Boa Vista** no exercício de 2011, solicitando o pronunciamento sobre os resultados da **Avaliação das Ações para Assistência à Saúde Materna**. O ofício epigrafado foi recebido em 02 de setembro de 2011. Apesar de receber a notificação, Sr. HOSTÍLIO RODRIGUES não manifestou o pronunciamento solicitado por este Tribunal de Contas.

Por conseqüência de mudança na gestão da Secretaria de Saúde do Município foi encaminhado o Ofício CCE N° 1102/2011, de 24 de novembro de 2011 (fls.), a Sra. LUIZA DE MARILAC DUARTE DE SÁ, a nova **Secretária de Saúde** no exercício de 2011, com a versão preliminar deste relatório e a solicitação para o seu pronunciamento sobre os resultados



da **Avaliação das Ações para Assistência à Saúde Materna**<sup>65</sup>. Ao contrário do Sr. HOSTÍLIO RODRIGUES a Sra. LUIZA DE MARILAC DUARTE DE SÁ apresentou comentários sobre o relatório preliminar através do Ofício SMS nº 161/2011 de 15 de dezembro de 2011 que foi protocolado neste Tribunal de Contas em 22/12/2011 sob o PETCE nº 103.991 e apensado ao Processo nº 1005680-4 (Cf. fls. 251 *usque* 253).

Pelo Ofício SMS nº 161/2011 a Sra. LUIZA DE MARILAC DUARTE DE SÁ informou que foi empossada no mês de setembro de 2011 e, portanto, estava ainda tomando ciência dos problemas existentes na Secretaria de Saúde do município. Mas pretendia realizar as modificações necessárias para corrigi-los com maior brevidade possível. Também expressou compromisso para realizar as capacitações necessárias dos servidores que atuam na área, afim de que se possa otimizar a prestação dos serviços.

A gestora assumiu ainda o compromisso de adotar o modelo de ficha perinatal compatível com o modelo adotado pelo MS e de realizar capacitações para orientar os profissionais para o devido preenchimento das fichas. De modo que não falem informações indispensáveis a um adequado acompanhamento das gestantes, evitando assim, problemas inusitados, inclusive quanto às gestantes de alto risco. Para a Secretária de Saúde, com estas ações será permitido responsabilizar os profissionais que vierem a atuar em desconformidade com as orientações estabelecidas.

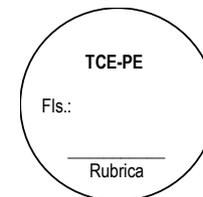
A Sra. LUIZA DE MARILAC DUARTE DE SÁ previu a capacitação de servidores para atuar como fiscalização através de avaliações periódicas das atividades dos profissionais e das equipes de USF. Essas medidas teriam como objetivo o bom desempenho das condutas e procedimentos referentes ao acompanhamento de pré-natal, em especial aos das gestantes de risco. Também previu a implementação de atividades educativas no âmbito das USFs com inclusão das gestantes de risco.

A gestora informou também a intenção de formar uma parceria com o Laboratório Central de Pernambuco (LACEN-PE) com o objetivo de realizar todos os exames complementares necessários, principalmente para as gestantes de alto risco. Quanto aos exames preventivos, comunicou que seria contratada uma empresa regional com a finalidade de suprir a demanda, inclusive enfatiza que a situação anterior encontrava-se em situação ilegal, pois não havia contrato firmado entre o município e empresa que prestava serviço. Por fim, apesar de reconhecer as dificuldades da região quanto ao setor público em saúde, a gestora se manifestou em despendar esforços para que todos os exames necessários sejam realizados.

Em relação aos procedimentos técnicos relativos aos exames clínicos e obstétricos que foram motivos de críticas no relatório preliminar, a Secretária de Saúde declarou que seriam adotadas as medidas necessárias, inclusive campanha de conscientização acerca da necessidade de realização do exame de citologia oncótica. A gestora também se comprometeu a verificar o quantitativo necessário de sulfato ferroso nas respectivas USF e conseqüentemente, providenciando o adequado abastecimento e para isto, a realização de um processo licitatório.

Em relação ao achado “3.3.1 Baixa assiduidade dos médicos das unidades de saúde da família” a Sra. LUIZA DE MARILAC DUARTE DE SÁ informa que estaria sendo tomadas

<sup>65</sup> O ofício CCE N° 1102/2011 foi recebido em 12 de dezembro de 2011.



as devidas medidas no sentido de efetuar uma fiscalização adequada nas unidades para que não ocorram novamente as falhas apontadas na auditoria.

Quanto ao achado “3.3.2 Pagamento de médico de unidade de saúde da família sem o cumprimento de carga horário integral”, a gestora informa que será feita a fiscalização para solucionar os problemas e que seriam descontados dos vencimentos dos profissionais citados no relatório os dias não trabalhados. Aproveitou para informar que ficava no aguardo desta Corte de Contas para o recebimento dos termos de imputação de débito ou outro instrumento que formalize a imputação da multa e do devido ressarcimento ao Erário Municipal para que seja feita inscrição na dívida ativa do município e conseqüentemente, ser ajuizada a competente ação de execução fiscal. Por fim, caso ocorresse outro procedimento a ser adotado ficaria no aguardo das orientações a serem emitidas por esta Corte de Contas.

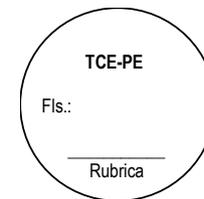
Quanto à estrutura física das unidades, a gestora se comprometeu a adequá-las com brevidade, conforme as orientações do MS e desenvolver atividades educativas nas unidades com dinâmicas interativas.

Como visto, com referência aos demais pontos do relatório preliminar, não houve quaisquer contestações por parte da Sra. LUIZA DE MARILAC DUARTE DE SÁ, que apenas expressa concordar com a necessidade de reorganização do serviço de saúde municipal e se comprometendo a regularizar as ações e serviços. Por fim a gestora demonstrou estar consciente dos problemas apresentados pela auditoria e com base nos comprometimentos apresentados, espera-se que haja empenho para a melhora da qualidade da assistência à saúde materna nas unidades de saúde do município.

### **4.3 Considerações finais**

Conclui-se, portanto, que os comentários elaborados pelas duas gestoras citadas neste processo não suscitam alterações no relatório de Auditoria Operacional. 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 de Santa Maria da Boa Vista deverá elaborar o Plano de Ação que servirá de instrumento para realização do primeiro monitoramento. Ferramenta de acompanhamento das ações a serem implantadas para a correção das desconformidades relativas à Assistência à Saúde Materna nas Unidades de Saúde da Família.



## CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO

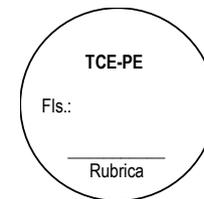
A presente auditoria operacional foi planejada com o objetivo de avaliar a qualidade da assistência ao pré-natal prestada pelas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Santa Maria da Boa Vista, com foco na classificação de risco das gestantes e seus procedimentos para assistência, nos procedimentos 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 exames 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 à assistência pré-natal prestada pelas USFs foi organizado em quatro 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 ausência e 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 (29% gestantes de risco começaram o pré-natal após a 13ª semana); ausência de encaminhamento à unidade de referência de risco (apenas cinco, entre as 14 gestantes de risco examinadas, possui o registro de encaminhamento); ausência de realização plena dos exames complementares (nenhuma das gestantes realizou a Sorologia para Toxoplasmose e apenas uma para Hepatite B); ausência de prescrição de medicamento essencial (cinco, das 14 gestantes de risco não receberam o sulfato ferroso); ausência de avaliação ultrassonografia (três, das 14 gestantes de risco, não fizeram nenhuma ultra, e nove menos de três ultra); e ausência de exames de citologia oncológica (nenhuma das gestantes realizou o exame).

O segundo ponto pesquisado “atendimento pré-natal realizado nas unidades de saúde da família” apontou três problemas que impacta na qualidade da assistência pré-natal ofertada pelas USFs. Constatou-se que o modelo de ficha perinatal adotada pela Secretaria Municipal de Saúde não dispõe de todas as informações exigidas pelo Ministério da Saúde, além 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: 30% das gestantes



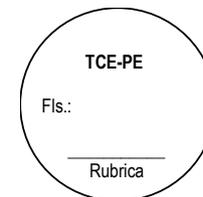
examinadas não fizeram os primeiros exames de Sumário de Urina, 27% os de Sorologia para Sífilis (VDRL), e 23% os de Glicemia de Jejum; em média 23 gestantes com trinta ou mais semanas de gestação, das 30 pesquisadas pela equipe de auditoria, não repetiram os exames citados anteriormente. Outro problema identificado foi ausência de procedimentos técnicos e condutas no exame clínico e obstétrico: 23% das gestantes não realizaram qualquer ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF) do bebê; 17% das gestantes não fizeram avaliações ultrassonográficas e 77% realizaram menos de três avaliações; 37% (11) das gestantes fizeram apenas uma medição e, 13% delas não realizaram esse procedimento; 37% realizaram menos de três aferições da pressão arterial; 20% das gestantes não receberam nenhuma dose da vacina antitetânica; não foi prescrito o sulfato ferroso para 40% das gestantes; e nenhuma das grávidas examinadas fez o exame de citologia oncótica.

Outro ponto avaliado “profissional médico de saúde da família” evidenciou dois problemas que refletem 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 R\$ 11.78,72 (onze mil setecentos e oitenta e cinco reais e setenta e dois centavos) sem desconto dos 33 dias úteis (264 horas) não trabalhados no mês de setembro, de médicos de unidades de saúde da família que não cumpriram a carga-horária de 40 horas semanais firmado contratualmente com o 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 foi a inadequação da estrutura física das USFs visitadas. Foi verificado que nas três unidades de saúde da família visitadas nenhuma delas possuía acomodações e acesso físico adequados à pessoa idosa e com deficiência. Apenas uma USF possuía banheiro exclusivo para usuários e só uma tinha consultório destinado à saúde da mulher. Também não foi encontrado o calendário de consulta afixado em local visível em duas das unidades visitadas, assim como ambas não possuíam local adequado para realização das atividades educativas destinados às gestantes.

Foram apresentadas nestas considerações finais algumas constatações que influenciam sobre a qualidade da assistência pré-natal prestada pelas USFs do município de Santa Maria da Boa Vista. Vale ressaltar que a presente auditoria não pretende avaliar todas as ações e 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 sejam efetivas, garantindo uma qualidade mínima de serviços de saúde e contribuindo para redução dos índices de morbidade e mortalidade materna no município avaliado.



## 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 Santa Maria da Boa Vista, propõe-se o encaminhamento das recomendações descritas no quadro 06 (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 Santa Maria da Boa Vista:
  - 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 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\$ 11.785,72** (onze mil e setecentos e oitenta cinco reais, e setenta e dois centavos), pago indevidamente aos médicos das USFs;
4. Estabeleça multa a Sra. ALICE MARA GONÇALVES DE MATOS (Apêndice B) responsável por ferir os artigos 62 e 63 da Lei nº 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<sup>66</sup>.

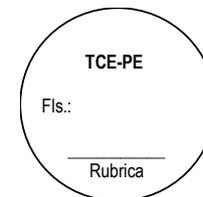
Recife, 18 de dezembro de 2014.

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)

<sup>66</sup> Inciso III do Artigo 73 da Lei nº 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 Health Matters, 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. Ministério da Saúde. **Manual Técnico: Gestão de Risco**, 5ª Edição. Brasília – DF: Ministério 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 nº 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.

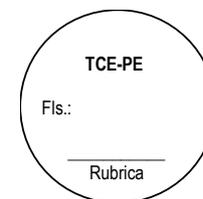
\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde : saúde da família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 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 nº 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 nº 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. 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, 2005.

\_\_\_\_\_. 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 nº 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 técnicos**, 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.

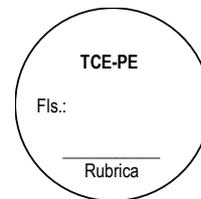
CHAMBERLAIN, R.; PHILLIP, E.; HOWLETT, B. & CLAIREAUX, A., 1970. British births 1970. Vol. 2: Obstetric care. London: Heinemann.

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-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 49-55, julho 1997.

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.

SECLLEN-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; SECLLEN-PALACIN, Juan A (Orgs), Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.



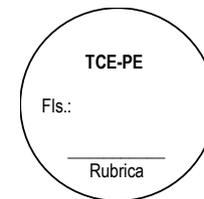
SERRUYA, Suzanne Jacob; CECATTI, José Guilherme; DO LAGO, Tania di Giacomo. **O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5): 1281-1289, set-out, 2004.

<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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/assistencia\\_gestacao.php](http://bvsmms.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<sup>67</sup>

#### 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.

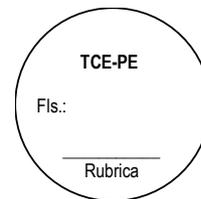
#### 3. Intercorrências clínicas crônicas:

- 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.

<sup>67</sup> 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.



## Apêndice B

### Quadro 05 – Dados pessoais do responsável

Nome	Função / Cargo	CPF	Estado Civil	Endereço
Alice Mara Gonçalves de Matos	Secretária Municipal de Saúde	686.773.325-53	Casada	Endereço: Av. Sete de Setembro, 190, A, Centro, Santa Maria Da Boa Vista. CEP: 56380-000



## Apêndice C

**Quadro 06** – Achados e Recomendações

Achados	Recomendações
Inadequação da classificação do risco gestacional (Subitem 3.1.1)	Capacitar os profissionais de saúde que compõem as equipes de saúde da família para conscientizar 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.
	Inserir na ficha perinatal campo que possibilite o registro da classificação do grau de risco gestacional identificado pelo profissional de saúde responsável durante o atendimento pré-natal.
	Implantar procedimentos de controle e responsabilização, quanto à ausência de registro documental inerente à assistência ao pré-natal e puerpério por parte dos profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento da gestante de risco.
Deficiência dos serviços e atendimentos do pré-natal às gestantes de risco (Subitem 3.1.2)	Avaliar o desempenho das equipes de saúde da família quanto à captação, acompanhamento, trabalho educativo e divulgação das ações desenvolvidas pela USF junto às gestantes de risco.
	Avaliar periodicamente a qualidade das atividades, procedimentos e condutas de acompanhamento do pré-natal oferecidos às gestantes de risco em suas Unidades de Saúde da Família.
	Implementar controle que garanta às gestantes de risco a realização plena dos exames complementares, inclusive referentes à sorologia para Hepatite tipo B e Toxoplasmose, e a realização de no mínimo três exames de ultrassonografia obstétrica com objetivo de trazer mais segurança à mulher durante o período gravídico.
	Implantar procedimentos de controle e responsabilização, quanto à ausência de registro documental ou descumprimento de algum procedimento ou conduta inerente a assistência ao pré-natal e puerpério 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 preconizado pelo MS (Subitem 3.2.2)	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 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.



Achados	Recomendações
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 Unidades de Saúde da Família 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 oncológica 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.
Estrutura física inadequada para o atendimento da população (subitem 3.4.1)	As três unidades visitadas no município de Santa Maria da Boa Vista não apresentam estrutura física adequada.
	Promover a adequação da estrutura física das Unidades de Saúde da Família 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.